

[令和7年度 第1回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西北部〕

令和7年7月14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』

〔区西北部〕

令和7年7月14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〔区西北部〕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司会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。お忙しい中お集まりいただきありがとうございます。

きょうは、報告事項が3つと議事が3つとなっています。今回、You Tubeでご覧いただいたと思うんですが、スタイルを変えました。説明は主に動画で見ただいて、こちらでは主に議論をしていただきたいと考えています。

報告事項につきましては、(1)地域医療に関する調査について、強くご認識いただきたいと思います。

議事のほうは、2番目と3番目の意見交換についてが、今回の山場になるところで、2040年に向けた新たな地域医療構想が始まりますが、それに向けてご議論いただければと思っています。

きょうはどうぞよろしく願いいたします。

○本間課長：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、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、今年度も圏域ごとに2回開催させていただきたいと考えております。よろしく願いいたします。

また、本日の議事と会議の進め方を変更したことにつきましては、土谷先生に触れていただいたとおりでございます。

また、議事と合わせまして、今年度、都内の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の、「地域医療に関する調査」の概要についても、報告をさせていただきたいと考えております。

限られた時間でございますが、忌憚のないご意見を頂戴できればと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

○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、よろしく願いいたします。

それでは、これ以降の進行を齋藤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

○齋藤座長：座長の、板橋区医師会の齋藤でございます。

限られた時間ですので、早速、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。

調査事項といたしましては、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、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点目は、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、何とぞご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

報告事項の説明は以上となります。

○齋藤座長：ありがとうございました。

主に資料1の地域医療に関する調査についてご説明いただきましたが、これについて、土谷副会長から一言お願いします。

○土谷副会長：今の調査の意味付けについて少しお話ししたいと思います。

資料1は、上の段と下の段に分かれますが、上の段の(1)の患者の受療動向についてです。

コロナが明けたあと、5類になってから、患者さんはそんなに戻ってこない、入院もなかなか戻らないというような話もあると思います。

そういうのをどうやって調査するかということですが、マーケット調査をするんですが、1つの医療機関がコンサルに頼んでやる場合もちろんあると思います。

ところが、今回はコンサルにお金を払ってやるのではなくて、東京都がやってくれるという話になります。ですので、こういった調査を東京都がやってくれるというような位置付けになると思います。

こちらの結果は、きょうは第1回の調整会議となりますが、第2回のほうで結果が報告されると予定していますので、ぜひしっかりお答えいただき、興味深く見守っていただきたいと思っています。

それからもう1つの話が、下の①の病院調査についてです。

先ほど、1日1人当たり580円出るという補助金の交付要件となっているというお話がありましたが、それだけではなくて、来年以降の事業についての基礎調査ともなり得ます。

ですので、しっかりお答えいただいて、本当に580円で十分なのか、あるいは足りないという話になるかもしれませんので、病院においては、しっかりお答えいただきたいと思っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、報告事項の2番、3番については、これまでもご説明がありましたとおりですし、You Tubeでご確認いただければと思います。

ただいまの報告事項全体についてのご意見とかご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。

練馬区の富田部長、お願いします。

○富田（練馬区 地域医療担当部長）：練馬区の地域医療担当部長の富田でございます。いつもお世話になっております。資料のご説明ありがとうございました。

2点ほど教えていただきたいんですが、こういった地域医療に関する調査をやっていたらということ、非常に興味深く見ていきたいと思っております。

その中で、調査分析方法の中でお伺いしたいんですが、まず、②番の都民調査ということで、都民を対象としたインターネットによるモニター調査ということですが、この都民の数をどのくらい想定していらっしゃるのかということです。

あと、東京都内は非常に広いので、地域ごとでかなり事情が異なると思いますので、その地域バランスのようなものはどのようにとっていかれるのか、お考えを聞かせていただければと思います。

それから、③の患者調査ということで、都内の2病院を特定して調査されるということですが、これもまた地域によって病院の状況がだいぶ違うように思うんですが、その2病院というのはどのように選択されて調査を行うお考えなのかを教えてくださいたいと思います。

どうぞよろしくお願いいたします。

○齋藤座長：それでは、東京都、よろしくお願いします。

○本間課長：ご質問ありがとうございました。

まず、1点目の都民調査ですが、想定している数としては4000人ほどを想定しております。

年齢構成とかはなるべくバランスよく、高齢者の方々も幅広く意見を聞けるようにということ考えております。

地域のバランスについては、今後また必要に応じて検討させていただければと思っておりますが、年齢はバランスよくということを考えております。

2番目の患者調査の2病院については、なるべく地域の患者さんを広く受け入れるような、なおかつ診療科目も複数開いているような病院様ということで、今調整させていただいているところでございます。

○齋藤座長：よろしいでしょうか。

○富田（練馬区 地域医療担当部長）：ありがとうございました。

4000人からということで、だいぶ大きな調査になるなと思います。私どもはこの結果を今後の取組みの参考にぜひさせていただきたいと思います。

特に、地域バランスとか、都市部と住宅街とかで事情が異なってくると思いますので、そういったところのご意見がバランスよく見られるようにしていただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、病院調査についてのご協力をよろしくお願ひしたいと思います。

ほかにいかがでしょうか。竹川病院の山崎先生、お願いします。

通信環境が悪いようですので、後ほどご質問を受けたいと思います。

それでは、次に進めさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

3. 議 事

(1) 2025年に向けた対応方針について (協議)

○齋藤座長：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なっており、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]

では、合意されたとさせていただきます。ありがとうございます。

(2) 現行の地域医療構想の振返り (意見交換)

○齋藤座長：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させていただきます。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年度以降になりますが、コロナ禍後の東京ルール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ましては、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り返りとなっております。

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。

前半の説明は以上となります。

○齋藤座長：ありがとうございました。

平成28年からこの地域医療構想調整会議が始まりましたが、当初は、それぞれの病床区分をどういうふうにしていくかというような議論が主だったかと思いますが、徐々に、コロナを挟みましてということもありますが、高齢者救急、連携、在宅を含めて、幅広い観点から見ていくような取組みがあったかと思えます。

これについては、後ほどまたご意見を伺うところもありますが、今この場で何か言っておきたいことがありましたら、ご意見をお願いしたいと思います。

よろしいでしょうか。それでは、これについては、後ほどまた議事の(3)に進んだあと、皆様からご意見を頂戴いたしますので、その中で触れていただいても結構です。

(3) 2040年に向けた課題及び取組みの方向性 (意見交換)

○齋藤座長：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、これが報告事項のメインになりますので、ご意見をいただければと思います。

まず、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内容になります。

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。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。

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、意見交換をお願いしたいと考えております。

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。

○齋藤座長：ありがとうございました。

今ご説明いただきましたように、2040年に向けてどういうふうな取組みをしていけばいいか、あるいは課題はどのようなものかということですが、これまで

のご意見というのを区西北部について、参考資料を簡単にご説明したいと思えます。

在宅療養者からの救急要請が増加している、地域での役割分担が必要だろう、介護福祉、生活への連携をもっとしていかなければいけない、高齢者の受入れでADLが低下して自宅に帰るのが難しくなる、ACPあるいは家族への対応というのが大変だ、施設入所が困難だ、というようなご意見をいただいております。

これから2040年に向けて、東京都では高齢者がまだ増えていくということですし、独居の高齢者が増えるというのが、これまでの調査でも考えられるところですよ。

在宅療養者が増えるとともに、高齢者の救急要請がどんどん増えていくということで、それをどうやって乗り切っていくかというところが、今後の課題なわけですが、これまでのそれぞれの病院、医師会などいろいろな立場でいろいろなことを取り組んでこられたかと思えます。

今の状態で、これから高齢者救急、在宅療養者が増えていく中で、それぞれの病院の立場で、「どのようなことをしていけば、受け入れることが可能」、あるいは「こういうことを医師会に要望したい」、あるいは、「行政にこういうことを要望したい」というようなことで、ご意見を皆様方からお聞きしたいと思えます。

まず、土谷副会長からお話をお願いします。

○土谷副会長：また2つだけお話したいと思えます。

1つは、「2040年に向けた課題というので、生成AIでまとめました」というものをご覧になって、皆さん、驚きませんでしたか。

「さっき聞いたのと同じじゃないか」ということで、平成28年に地域医療構想が始まったとき、課題が実は一緒だったんですよ。

高齢者救急を初め、救急の話と、在宅療養の話と、連携についてですが、今回、2040年に向けて新しくなったのは、最後のところで「人材が足りないかな」ということで、その4つ目が加わったぐらいで、実はテーマが一緒で、変わらないということだったんですよ。

そのあたりで、それぞれについて話していくと、議論が散漫になってしまいますので、どれかテーマを絞ってもらったほうが議論しやすいかと思えます。

もう1つの話は、参考資料3についてで、地区診断の話になります。

それぞれの病院はどんな役割だったのかというのが、参考資料の3をご覧くださいだくと分かると思います。疾患ごとに、「あそこの病院はこんなだった」というのが分かります。

連携するにあたって、「あそこの病院はこれが強いんだ」とか、「これをいっぱい診ているんだ」というのが分かりますので、地域連携のために、この参考資料の3をよくご覧いただけたらいいかと思います。

もっとも、「よくご覧いただいたら」と言いましたが、「詳しく見ると余計分からなくなるかもしれなくて、ぼんやり見たほうが分かるかもしれない」と、ほかの地域でも言ったんですが、地域連携にこの参考資料の3を活かしていただければと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、「焦点を絞って」ということで、まず、高齢者救急ということで、皆様方のご意見を頂戴したいと思います。

先ほども言いましたが、「自分の病院でどういうふうにするか」、あるいは、「どういうところをもっと力を入れれば解決するのか」、あるいは、「行政側にこのようなことがあればやっていただけるか」というようなご意見でも結構です。高齢者の救急をもっと受け入れるためにどういうふうにしていくかというところで、少しお話をいただきたいと思います。

まずは、医療機関代表ということで、北区、豊島区、板橋区、練馬区の順番でお話をお聞きしたいと思います。

それでは、北区の高度急性期担当の北医療センターの宮崎先生、よろしくお願いいたします。

○宮崎（副座長、東京都病院協会、東京北医療センター管理者）：高齢者救急で今問題になるので、一般的には、複合疾患の患者さんが多いということです。

それから、在宅でギリギリで診ている人がちょっと具合が悪くなったりとかいう方が多いとかというのは、いつも話題になっています。

もう一つは、急性期の医療資源投入後の転院をどうするのかということが、大
体問題になっているということです。

それから、行政とかにもお願いしているんですが、ACPの話です。要するに、
受け入れたときにどれぐらいのことをやればいいのかということです。

こういう4つのことがいつも出ていることでして、どういうふうに解決したら
いいかということになります。

このうち、複合疾患の患者さんが多いとかということに関して言うと、総合診
療科とか、当院も総合診療科が強みですが、そういう受け入れるときに、「どの
科が診たらこの人はいいんだろうか」ということは余り考えずにできるというの
が、総合診療科ではないかなと思われまので、ぜひその辺のところは力を入れ
ていくべきではないかと思えます。

あと、後方連携に関しては、この地域医療構想調整会議が始まって、いろい
ろな病院の状況が生の声で分かることで、意外と受け入れていただけるよになっ
たような印象を持っています。

あと、ACPに関しては、なかなか進まないという印象を持っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、急性期病院で、明理会中央総合病院の廣瀬先生、いらっしゃいます
でしょうか。

○廣瀬（明理会中央総合病院 院長）：宮崎先生がおっしゃったことは、私もいつ
も感じております。

私からは、話がちょっと変わってしまいますが、高齢者の救急を受け入れると、
認知症がひどくなったりして、入院させてしまったら、看護師をはじめとしたコ
メディカル負担がすごく多くて、高齢の患者さんをたくさん取っていくと、そ
れがいやで辞めていくスタッフとかもいます。

できれば、スタッフ病院としては充実させたいんですが、経営的にもなかなか
人を増やすということが難しいので、私どもからお願いしたいのは、高齢の患者
様、特に認知症のひどいような患者様を取ったら、少し何か都から補助とかをい
ただけるとありがたいなど、常に今思っている次第でございます。

病院としては、手がかかる患者さんをできるだけ取っていきたいと思っておりますが、ある程度サポートをいただけないと難しいというところが、私どもの病院の現状としてはございます。ぜひご検討のほどよろしく願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

東京都からお願いします。

○宮澤部長：今の話で、既にご存じかもしれないんですが、今年度から、高齢者向けの病床を確保していただく病院様に対しての補助制度を設けておりますので、そういったものの活用をまずはいただければと思います。

また、ほかの圏域の皆様からもいろいろな意見をいただいておりますので、そういったものも含めて、今後こういった施策に結びつけられるかということ、引き続き検討させていただければと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、回復期代表として、花と森の東京病院の岡崎先生、よろしく願いいたします。

○岡崎（花と森の東京病院 院長）：初めて参加させていただくんですが、送られた資料を拝見いたしまして、2025年問題の対応ということで、今までやってこられたことを見せていただきまして、意外とこちらのほうも機能してきているんじゃないかなと感じながら拝見させていただきました。

当院は、高齢者の救急も結構受けておりまして、6割ぐらいの高齢者になってくるかと思いますが、最近は社会的弱者の方も増えているなというのもまた感じております。

先ほど、廣瀬先生もおっしゃいましたように、高齢者の方が入ってくると、医療という面以外に介護の度合いが非常に高くなりまして、急性期は7対1なんですが、そのマンパワーでもってしても、特に夜間帯などは対応し切れていないということ、常々感じている状況でございます。

こういったような人的な問題というのは、コストの面もあるんですが、本当に基準以上に何か対応できることがあればと感じております。

当院は、地ケア、回りハと回復期も持っているんですが、回りハのほうは、そういった方が移動していかれて、退院調整するのに日程的な余裕はあるんですが、地ケアに関しては、マックス60日ですが、そういった介護等の社会的な物が入っていない方に関して言いますと、それだけ日数があっても、全部さばききるのはかなり厳しいとも感じております。

ですので、入院前の体制として、何かサポートできるものも、より一層充実していければいいなと感じています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、慢性期代表の、王子生協病院の今泉先生、よろしく申し上げます。

○今泉（王子生協病院 院長）：慢性期としては、先ほど宮崎先生がおっしゃったように、総合診療医が多くいたほうがいいのかと思っています。

一方、中小病院が慢性期の病院を担っているかと思うんですが、将来的に見ると、医師、看護師の確保が困難で、どこまで継続できるかというのが難しい現状があります。

特に、昨今の物価高が相まって、ほかの業界では給与が上がっていますが、医療、介護の方の、特に看護師などでは、なかなか物価高に追いつかないような給与体系になっていまして、それがもう個々の病院の努力では足りなくなっています。

せっかく病院に就職した若い人たちは、急性期の病院の疾患別のほうに魅力を感じてしまって、そちらに移る方が多くなって、慢性期の医療をどうやって維持していくのかというのは難しいと感じております。

あと、連携については、急性期から慢性期の病院と介護の連携をいかに構築するかということが大事だと思っています。

ただ、そこについては、慢性期としては、特に、高齢者の急性期が終わったあとの患者さんの受入れを、なるべく連携を図っていきたいと思うんですが、どん

なに軽い方でも、救急医療という点では、急性期の病院にお願いせざるを得ないことが多々あります。

これからはそういう方の受療について、慢性期のほうでそういう急性期医療を担っていけるかというのは疑問かと思っていますが、独自の努力でやっていきたいと思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、豊島区の高度急性期の、都立大塚病院の三部（ミヅ）先生、お願いいたします。

○三部（都立大塚病院 院長）：宮崎先生と大体一緒ですが、いろいろな合併症が多い患者さんが多くて、うちの場合は、内科とかはかなり細分化してしまっています。

ですので、自分たちの専門分野の患者さんはよく受けてくれるんですが、高齢者でいろいろな合併症があったりとか、多臓器に及んだりする場合、その科が取るかというのが問題になりまして、総合診療科はうちはないんですが、内科の先生が持ち回りで何とか回しているという状況です。

それから、ACPの問題も、どこまで患者さんを救命したりかということも問題となっています。

転院先がありませんし、長期化するケースがありますので、急性期の病院としては、手術の患者さんをいっぱいやって、医療看護の必要度もある程度確保したいという意識があります。

ただ、高齢者が増えて転院先がなく、入院が長期化すると、必要度もだんだん下がってきてしまいますので、病院経営的に問題が出てきますので、その辺をうまく回せるような仕組みを確保してほしいと希望しております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、急性期代表で、一心病院の上川床（かかわ）先生、いらっしゃいますでしょうか。

○上川床(一心病院 院長):高齢者救急ということにおいては、受け入れてから、ある程度病状が落ち着いたあとにということを考えてときに、もともと生活が難しかったりとかしている患者さんも結構多いので、回復期、あるいは在宅との連携が重要だと考えております。

○齋藤座長:ありがとうございました。

それでは、要町病院の島本先生、よろしく申し上げます。

○島本(要町病院 院長):いろいろ意見をいただいておりますが、特に、これからますます傾向が強くなってくると思うんですが、高齢者でも家族がいなかったり、ご家族もご高齢であったりということで、医療と介護の連携が非常に重要であるというところは、当然、皆さんご承知だと思います。

ただ、医療から介護に持っていく以前に、要介護度がなくて、そこでの手続きを担う人がいないような状況がかなりあると思うんです。

入院してから要介護認定を始めると、そこからまた1か月半ぐらいかかりますし、例えば、身寄りのない方だと、後見人を立てないといけないみたいなケースになると、さらに半年ぐらいかかったりしています。

ですので、そのあたりの手続きの簡略化とかについて考えていく必要があるんじゃないかと思っております。

○齋藤座長:ありがとうございました。

それでは、関野病院の関野先生、よろしく申し上げます。

○関野(関野病院 院長):高齢者救急もそうですが、二次医療圏を跨いだ連携も必要になってくるかと思っております。

回復期、慢性期に向けて、協力し合うに関しても、二次医療圏内で収まらないことが多々ありますので、これは拡大して考える必要があるんじゃないかと考えております。

もう1点、先ほどもお話がありましたが、人材確保というところでは、他業種に比べて、ボーナスとか給与で劣っているのが残念なところでもあります。

ここに関しては、さらに東京都独自の点数を付けていただいておりますが、ぜひこれを継続していただきつつ、あるいは拡大していただくような施策を、ぜひお願いできたらなと考えていたところでございます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、板橋区に移りますが、帝京大学病院の澤村先生、よろしくお願ひします。

○澤村(帝京大学医学部附属病院 病院長)：高度急性期病院としては、宮崎先生、三部先生がおっしゃったように、当院での治療をひとまず終わった患者さんの転院先ということで、非常に苦慮しております、ある内科の病棟では、半数の患者さんが転院待ちという状況でございます。

それが、転移先がないのか、あるいは我々が情報を十分ゲットできないのか、それすらも分からないという状況で、1病院でできることには限度があると思っておりますので、ここはぜひ行政のほうでもご協力、お力添えをいただけると助かります。

あと、人材確保ということで、こちらのほうも、大学病院は非常に薄給ですので、なかなか厳しいものでございますので、このあたりのご支援もいただければと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、都立豊島病院の畑先生、よろしくお願ひいたします。

○畑(都立豊島病院 院長)：皆さんも言われていることですが、何とか生活していた高齢者の方が一旦入院してしまうと、もう自宅に帰れなくなったり、家族がいても、「もう面倒みきれない」と言われて、自宅に帰れないという人が一定数いらっしゃいます。

あと、そういう方で経済的問題で施設に入れないということになると、ではどこに行くんだという問題が、まだずっと続いていって、MSWの人がいろいろ苦慮するところです。

急性期が終わって、長期療養型に入る前に、そのつなぎのところを診てくれる病院というのが、ある一定程度いらっしゃると思いますが、そこがまず少ないような感じがしています。

前から言っていますが、この地域内では、たくさんあるんですが、1か月待ちとかいう感じですので、圏域を越えて転院せざるを得ないということで、圏域を越えた病院の情報も必要になってきます。

あと、ACPに関しては、まだ全然周知されていなくて、がんの患者さんについては結構進んでいると思いますが、がん以外の患者さんについては、「そんなことは考えたくない」という患者さんも結構いらっしゃいます。

うちの職員でまだ余り理解していない職員が多いので、うちでもACPカンファレンスというものを各診療科で行うようにして、地域の医療機関の方を呼んで、まず症例を振り返るとところから始めているところです。

実際に患者さんにACPを取るというのは、医師だけでは無理なので、多職種でやっていかなきゃいけないということで、これも、なかなか時間を取るのが難しく、皆さんどうやっているのかお聞きしたいところであります。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、竹川病院の山崎先生、先ほどは失礼いたしました。お願いします。

○山崎（竹川病院 院長）：私、厚労省で、ちょうどACPの話ですとか、地域医療構想の担当の技官をしていたことがございますので、きょうの議論を興味深く拝聴しておりました。

診療報酬の設定とかが、病床機能の変更に強い影響がある一方で、医療構想における需要供給の分析というのは、現状の制度に合わせて計算されているところだと認識しております。

ですので、その辺、制度面の影響が今後どうなっていくかが加味されていないところから考えましても、先ほどご説明いただきました資料1のような調査が、非常に重要なんだなと感じた次第で、当院でもきちんと回答できるようにしていきたいと考えております。

あと、高齢者救急の受入れについては、当院は全床が回復期の病院ですので、ひたすら後方でスムーズに受け入れるということだと考えておりますが、時間がある回復期で、介護とか社会的支援の部分について担わせていただくということが、間接的に先生方のお役に立つものであろうかと考えております。

長期化が見込まれるような障害の重い方とかでしたら、転院前からお声をかけていただいて、支援に入らせていただくようなことも可能かと考えておりますので、お声がけをいただければと思います。

ACPにしてもそうで、時間がかかるということは、先ほどのお話のとおりだと思っておりますが、例えば、回復期の場合には、退院前カンファで「いよいよ帰れてよかったですね」というときに、もちろん、言い方は考えますが、「さて、どうやって死にたいですか」みたいな話に、ようやくなくなることがございます。

命の危険からだいぶ遠ざかってきたときにできるような話もあろうかと思っておりますので、「回復期に投げられる」といっては変ですが、任せていただける点には、お声をかけていただいて、やらせていただくということも、今後担っていきたいと思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、上板橋病院の細野先生、よろしく申し上げます。

○細野（上板橋病院 院長）：今回初めて参加させていただいたんですが、資料の課題とかで、非常に勉強になることが多かったです。

私たちの病院だと、診療科的には、リウマチ膠原病を診れる先生たちがいるので、総合診療科とほとんど変わらない診療ができるという状況ですが、先ほどから出ているように、人材的に、介護が診れるケアワーカーさんの人材が、最近非常に少なくなっていて、一時期、看護師さんがそれを補う形になっていて、看護師さんの負担が非常に大きくなった時期もあります。

では、それを日本人ではなくて、海外の人たちがケアワーカーさんで、主体になって担当していただいているんですが、その方々の教育に非常に時間がかかるという面も、新たな問題になっています。

看護師さんのほうでも、日本人の方だけではなくて、海外の方々の協力も得ながら今進めているんですが、そういう人材を確保しつつ、その方々のレベルを上げるという形での対応も、非常に時間がかかることになっています。

高齢者救急を受け入れても、先ほどからあるように、認知機能が非常に落ちていたり、暴れたりされる方がいたりして、きちんと対応できないということになる場合が多いです。

そうすると、連携室を通して、精神科の病院との連携を模索して、一時的ではともかく受け入れていただけないかというような形での連携という面でも、その人材の確保というか、その人たちの技能を高めていくということで、何とか今しのいでいるという状況になります。

ACPとかも含めると、連携も含めて、その方々との話し合いをしたいんですが、実はキーパーソンになる方々がいても、遠方であったりとか、あるいは高齢のパートナーであったりする場合ですと、その方々と我々のほうの多職種の方々が会って、日程を調整すること自体も結構大変なことになっていて、決められた日程の中で進めていくのが実際問題としてかなり難しいという状況になっています。

そういったいろいろな人材の面とかいうことで、やりたいんですが、日程調整等でいろいろ時間がかかってしまうということになっていて、かなり現場としてはそういう面で負担がかかっているというような状況だと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、練馬区に移りますが、練馬光が丘病院の光定先生、いらっしゃいますでしょうか。

○光定（練馬光が丘病院 名誉病院長）：当院は、令和4年に、新病院としてこの会議で承認いただいています。

今回のDPCのデータは、ちょうどその開院の年と2年目のデータを示していただきました。

この10月で丸3年になりますが、高齢者救急とかは非常に数が増えて、職員が頑張っている中で、当院だけじゃないんですが、どの病院も感じられているように、医療者の確保というところで非常に問題を感じています。

看護師さんとかも、昨今、再度離職率が上がってきたりしています。その理由を聞くと、病院で働くということのオイシサというのが、介護度が上がってしまったり、薬剤師さんも町の薬局に流れたり、そういう意味では、これはもう政策的に国や都の力で、病院で働くことが医療者にとって、経済的にもオイシイような施策をぜひ考えていただければと思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、続きまして、浩生会スズキ病院の鈴木先生、いらっしゃいますでしょうか。

通信環境が悪いようですので、次に行かせていただければと思います。

続いて、ねりま健育会病院の酒匂（サウ）先生からは、「音声の不具合だ」ということで、チャットをいただいております。

「練馬区の急性期、回復期、慢性期連携は良好です。重症例が多いため、特にこのスムーズな連携はありがたいです。

ACPも、回復期から開始しており、人生の再出発を目指されています。

練馬区とのACP会議でも、回復期からのACP開始を提案しております。

独居高齢者の自宅退院も、在宅を集めて可能な範囲で進めております。」

このようなご意見をいただきました。

それでは、慢性期の練馬高野台病院の今井先生、よろしく申し上げます。

○今井（慈誠会・練馬高野台病院 院長）：多くの先生方がしっかりお話しされているので、ほとんど付け加えることはないですが、高齢者救急ということを考えたときに、おっしゃっていた先生もいらっしゃいますが、地ケア病棟の60日のうちに、しっかりとした退院調整をするというのは、かなり困難だと感じています。

ですから、この日数不足をどうにかしないと、単身者の退院調整をするというのは、なかなか難しいというのが現状です。

あと、慢性期中で、急性期で7対1の認知症の患者さんがいると大変だというお話は、もちろんそうですが、慢性期だとこれが15対1とかになるわけです。

それと同じような感じというか、むしろそれより多い頻度で認知症の患者さんがいらっしゃいますから、慢性期の病院から精神科の病院との連携というのが、非常に大事になってきて、そのルートをしっかり今後も続けていかないといけないと感じています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、時間がなくなってきましたが、それぞれの医師会の先生方から、在宅も含めて、高齢者救急について一言お話をいただきたいと思います。

北区医師会の横山先生、よろしくをお願いします。

○横山（北区医師会 副会長）：高齢者の救急医療に関しては、北区医師会では、そちらにいらっしゃる宮崎先生が一生懸命取り組んでいらっしゃって、在宅療養の支援病床というのがありまして、在宅で急変があった場合は、病院のドクターカーで迎えに来てもらって、搬送して入院するというシステムが、非常に生きていて、在宅医も非常に助かっているという状況があります。

花と森の東京病院もドクターカーを使っておられますが、私は特に北医療センターにお世話になっていることが多くて、最近も2人ぐらいお願いして、かなりそれがうまく稼働しているので、今後もそういうことでお世話になることができたらと思っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、豊島区医師会の小林先生、お願いいたします。

○小林（豊島区医師会 会長）：私、初めて参加させていただいて、会長になったばかりで、まだ余り把握できなくて、まだ意見を持っておりませんが、今後ともよろしくをお願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、練馬区医師会の内田先生、お願いいたします。

○内田（練馬区医師会 会長）：最近たびたび、「高齢者の急変時の搬送についてどうするんだ」という意見が、会員の中から出てきております。

実際には、在宅の先生方も心配しているんですが、医師会としてそこをどうやってコーディネートするかというのが、今後の課題として浮き彫りになっております。

当医師会には病院部門の先生方もいらっしゃいますので、在宅の先生とそのあたりの話し合いというか、チームを今度立ち上げて、行政側との調整も図っていきたいという考えで、今構想を練っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、まだまだご意見をいただきたいところだったんですが、もう時間になりましたので、ご意見をいただくのはこれで終わりにしたいと思います。

では、東京都医師会の増田先生、お願いします。

○増田理事：東京都医師会の増田です。

情報提供ですが、土曜日に、山梨県の甲府で関東甲信越静岡の県医師会と行政との会議があったんですが、そこで驚いたのが、静岡県とかでは、「インフルエンザの流行期には、高齢者に限らずですが、発熱者がみんな救急車を呼んでしまったので、パンクしてしまった」ということでした。

我々が高齢者救急の話をしていると、ある意味、本当の高齢者救急の話しかしてなかったんですが、そういった本来は1次救急とか発熱外来で処理できるはずの人が、救急車を呼んじゃうということでパンクしてしまったという話だったんです。

東京都医師会理事の、板橋区の水野先生と花と森の小平先生も一緒にいたので、「北区はそんなことはないですよ」とかいう話をしていたら、「いや、そんなことはないよ。発熱でも呼ぶ人がいるよ」ということをお聞きしました。

そうなってくると、コロナの間は国の補助金を使って、発熱外来を休日診療日以外にも立ち上げたりして、何とかこなしてたと思うんですが、これから先、その枠組みがなくなりますので、「発熱者が多発する時期に、本来は発熱外来で診るべき人が救急車を呼んで、2次、3次救急に行ってしまうとなると、その救急

が機能停止してしまうということで、大問題だよね」ということを、小平先生と話していました。

ですので、インフルエンザとか発熱が多発する長い休みは考えなければいけない問題かなと思いました。

地方は、車を運転できないと、熱があつたら病院に行けないということで、東京とは違うと思うんですが、そういうふうな意外な問題があちこちで多発していたので、情報提供しました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

今お話を伺ったように、これから高齢者が増えていくと、課題がどんどん増えていくというところで、診療所でも、在宅の患者さんをいかに診ていくかというところも大事だと思いますし、高齢者の救急を減らしていくかというのは、我々の責務でもあるのかなと思います。

そういう意味で、病院と診療所が一体になって、地域医療をどうやって守っていくかというところが、大事なところだと思います。

先日、板橋区では、病院の院長先生と医療連携室の方に集まっていただいて、顔の見えるような連携を取っていくような会を開きましたが、圏域を跨ぐとなると、全ての方々に集まっていただくということは、非常に難しいところかと思えます。

ただ、そういう連携室同士の連携というのも、もっと増やしていかないといけないところだと思いますし、今後、27年度から地域医療構想調整会議も変わって、介護とか在宅とかいう施設も含めてということになってくると、そのあたりの連携をどうやって取っていくかというのも、また非常に難しいところだと思います。

特に、施設には嘱託医がいても、発熱者をそこで留めておくということがなかなか難しいとなると、救急要請ということになってしまうので、そのあたりの救急対応というのも、どうにかしていかなくていけないところかと考えております。

活発なご議論をありがとうございました。

最後に、調整会議は地域の情報を共有するという場ですので、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、挙手をお願いしたいと思います。

よろしいでしょうか。それでは、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返しいたします。

4. 閉会

○本間課長：皆さま、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まして、東京都医師会宛てに会議終了後1週間以内にご提出いただきますようお願いいたします。

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す。

(了)