

[令和3年度 第2回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩西部〕

令和3年11月30日 開催

【令和3年度第2回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩西部〕

令和3年11月30日 開催

1. 開 会

○奈倉課長：それでは、定刻となりましたので、令和3年度第2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まして、まことにありがとうございます。

議事に入りますまでの間、私、東京都福祉保健局医療政策部計画推進担当課長の奈倉が進行を務めさせていただきます。

本会議は、新型コロナウイルス感染拡大防止のため、Web会議形式となっております。通常の会議とは異なる運営となりますので、事前に送付しております「Web会議に参加にあたっての注意点」をご一読いただき、ご参加いただきますようお願いいたします。

次に、資料の確認をいたします。

本日の配布資料につきましては、事前にメールで送付させていただいておりますので、各自お手元にご準備をお願いいたします。

それでは、開会にあたり、東京都医師会及び東京都よりご挨拶を申し上げます。
東京都医師会、土谷理事、お願いいたします。

○土谷理事：皆さん、こんばんは。東京都医師会の土谷です。

昼間の業務のあとにお集まりいただきありがとうございます。

今回もコロナがテーマの一つになっていますが、最近は感染者数もずいぶん減っています。ただ、オミクロン株が出てきましたので、今後の動向に注視していかないといけないと思っております。

今回のテーマは、コロナの中でも第5波を経験しまして、医療が非常に逼迫していたときに、通常の医療をどのように維持していくか、通常医療のほうまで制限がかなりかかるかもしれないというときに、どのように対応すればいいかについて話し合ってみましょうということだったのですが、現在の感染状況がこういう状況ですので、実感を持って話しにくいかとは思いますが。

そうはいつでも、地域の連携というのは、コロナだけに限らなくて、今まで以上に大事なことです。地域医療の観点から、こういった連携をどう進めていくかについて、コロナがまたはやったときにどうするかということを、改めて議論していただければと思います。

きょうはどうぞよろしくお願ひいたします。

○奈倉課長：ありがとうございました。

続いて、東京都福祉保健局医療政策担当部長の鈴木よりご挨拶申し上げます。

○鈴木部長：東京都福祉保健局医療政策担当部長の鈴木でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

土谷理事からもありましたように、コロナの状況はかなり落ち着いていて、1週間平均で15人という数字で推移しておりまして、先週からもちょっと減ったかなというところでございます。

ただ、落ち着いたといっても、今のお話にありまじょうに、オミクロン株が、成田の検疫で1人発見されました。

知事が記者会見していますが、陽性の方が1名で、同じ飛行機に乗っていた都内の人は40人いたということでございます。その方々は、全員、都の宿泊療養施設に入っていただく方向で、今進めているというようなことでございます。

この先、まだまだ予断を許さないようなところではございますが、忌憚のないご意見をお聞かせいただければと思っております。

本日は、そのほか、病床配分について、病院の方もご出席いただいて、話し合いをしていただくことになっておりますので、そちらのほうも併せてよろしくお願ひいたします。

○奈倉課長：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、第1回に引き続きまして、オブザーバーとして、「地域医療構想アドバイザー」の方々にもご出席いただいておりますので、お知らせいたします。

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。

傍聴の方々が、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、公開となっておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、これ以降の進行を香取座長にお願いいたします。よろしく願いいたします。

2. 議 事

(1) 病床配分希望について

○香取座長：座長の、立川市区医師会の香取です。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、早速、議事の1つ目に入らせていただきたいと思います。「病床配分希望について」でございます。

まずは、全体の配分申請状況について、東京都から説明をお願いいたします。

○東京都（医療安全課長）：東京都福祉保健局医療安全課長の坪井でございます。

まず、資料1-1をお手元にご準備ください。

北多摩西部医療圏におきましては、令和3年4月1日現在、基準病床数が4322床に対しまして、既存病床数が4248床でございまして、74床が不足している状況でございます。

続きまして、資料1-2をご覧ください。

今年度、本圏域におきます病床配分につきましては、1件の申請がございました。昭島市の竹口病院の増床でございます。

今回、真ん中の太枠でお示ししておりますように、一般病床5床ということで申請が出ております。地域包括ケア病床拡充の増床ということでございまして、令和4年7月に開設を予定されております。

また、病床機能報告における報告機能及び病床稼働率につきましても、資料に記載しているとおりでございます。

概要につきましては、以上でございます。

○香取座長：ありがとうございました。

続いて、個別の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行います。時間が限られておりますので、説明は3分程度でお願いいたします。

よろしく願いいたします。

○吉住（竹口病院 事務管理部）：竹口病院事務管理部の吉住でございます。

本日はこのような説明の場を設けていただきましてありがとうございます。

早速ですが、病床の整備経過からご説明申し上げます。

当院の病床整備計画としましては、現在の地域包括ケア病棟の51床と、医療療養病棟の56床から、地域包括ケア病棟60床、医療療養病棟52床へ変更を計画しております。

そのために、療養から一般へ病床機能変更を4床行うことを前提として、今回、病床配分で一般病床5床を申請させていただきました。

これにより、回復期機能である地域包括ケア病棟が9床増床することで、北多摩西部医療圏での回復期病床の不足を補うことにつながると考えております。

当院の地域包括ケア病棟では、急性期を過ぎた患者に対して、積極的にリハビリテーションと退院支援といった回復期医療、いわゆるポストアキュートを行っておりますが、それに加えて多くの在宅高齢者の救急患者、サブアキュートの受入れも、24時間365日体制で行い、高齢者に多い大腿骨骨折の急性期患者までを受け入れております。

そして、手術からリハビリテーション、在宅復帰までを一貫して可能にし、現在では、在宅高齢者の救急を積極的に受け入れた結果、病床の利用率が高止まりの状態に推移しており、現状の定数51床だけでは、地域の高齢化によって急増

する救急医療ニーズに、十分応えることが難しく、救急隊からの要請、また、当院は訪問診療も積極的に行っておりますが、自宅療養中で具合が悪くなった患者などの受入れも、対応することが厳しい状況になっております。

以上のことから、今回新たに増床が必要であると考え、病床整備計画をすることに至りました。

設備整備計画につきましては、既存病棟における構造上での収容ベッド数が地域包括ケア病棟がある2階部分は52床まで、医療療養病棟のある3階部分は60床までが上限となっているため、2階と3階を入れ替える必要がありますが、それ以外は、特に大幅な改築や設備整備は必要としておりません。

雇用計画につきましては、施設基準上の人員配置は、既存スタッフでクリアしているため、増床による新たな雇用は計画しておりません。

また、想定する診療報酬は、地域包括ケア病棟では、入院基本料1が60床、回復期リハビリテーション病棟では、入院基本料1が54床、療養病棟では、入院基本料1が52床でございます。

最後に、地域の関係者との調整経過でございますが、増床計画につきましては、9月末より、昭島市及び昭島市医師会に、病床配分申請を行っている旨をお伝えし、賛同いただき、11月9日の分科会において、承諾を得ております。

以上、増床希望に関する説明とさせていただきます。ありがとうございました。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、質疑に移る前に、行政、地区医師会が中心となって、地域で必要な医療機能等の事前調整の場である地域単位の分科会等を開催していただいておりますので、その開催状況について、事務局より報告をお願いしたいと思います。

よろしく願いいたします。

○東京都（医療安全課長）：医療安全課の坪井でございます。

それでは、資料1-4をご覧ください。

先ほど、病院様よりご報告があったとおりでございますが、11月9日(火)に分科会が開催されておまして、地区医師会、行政、医療機関の代表から、「異議なし」との意見でまとまったということでございます。

以上でございます。

○香取座長：ありがとうございました。

対象の医療機関からの説明が終わりましたので、質疑や意見交換に移ります。

今の医療機関からの説明を踏まえて、ご質問、ご意見がありましたらお願いいたします。

地元の昭島市から、2つの病院の先生方と行政の方も出席されておりますが、何かご意見等がありますでしょうか。

では、お1人だけ指名させていただきます。うしお病院の森川先生、いかがでしょうか。

○森川（うしお病院 院長）：竹口病院さんには、うちも、リハビリの回復期とかでお世話になっています。

病床稼働率の高止まりということで、増床は好ましいことではないかと考えております。

○香取座長：ありがとうございました。

申請内容については、地区医師会、行政、医療機関の代表から、「異議なし」ということで、意見がまとまっているという報告をお聞きしましたので、以上を踏まえて、東京都のほうのご意見をお願いしたいと思います。

○鈴木部長：東京都の鈴木でございます。

それでは、ちょうどしたご意見を参考に、病床の配分につきましては、医療審議会に報告の上、都において決定していきたいと思っております。ご意見をいただきありがとうございました。

○香取座長：ありがとうございました。

（２）感染症医療の視点を踏まえた地域での

医療連携の役割分担について

○香取座長：それでは、次の議事に進みたいと思います。

「感染症医療の視点を踏まえた地域での医療連携の役割分担について」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（事務局）：それでは、意見交換の趣旨について簡単にご説明させていただきたいと思います。

これまでの調整会議では、新型コロナの患者さんに対してどういうふうに対応していくかといったような議題で、話し合っただけでしたが、今回は、「コロナ患者への医療と通常医療の提供」といった観点で意見交換をしていきたいと思っております。

意見交換に関する資料は、資料2と参考資料1～5になります。

今回、いくつか議論のきっかけとして、データをお示しさせていただいております。

地域で急性期医療を中心的に担ってきた病院さん、例えば、参考資料1で示しておりますような、救急搬送、心筋梗塞、脳梗塞といった患者さんを多数受け入れてきた急性期の病院に関しては、新型コロナの対応においても、地域で中核的な役割を担っていただいております。

そのため、新型コロナの感染拡大は、急性期医療に大きな影響を与えまして、その状況は、参考資料2に、コロナ前後の手術や救急搬送の受入れの件数を、比較としてお示ししているように、かなり大きな影響が出ていることがわかるかと思っております。

また、参考資料3には、救急医療の“東京ルール”事案の発生件数の推移をお示ししております。こちらもかなり、コロナ発生以降、件数が増えている状況でございます。

また、これまでで最大の感染拡大でありました今回の第5波では、圏域内での入院だけではなく、圏域をまたいだ広域での入院や、急性期病床の活用も行われました。

このような状況では、新型コロナウイルス感染症に対する医療と通常の急性期医療を行うには、限られた医療資源を最大限に活かすことが重要だと考えております。

そのために、急性期医療を提供する病院だけではなく、回復期や慢性期の病院、地域の診療所や薬局、保健所など、関係機関がそれぞれの機能や専門性を活かして、連携や役割分担をしながら、通常の急性期医療もサポートしていくことが不可欠だと考えております。

そこで、コロナ禍において、それぞれの機関が行ってきた取組みや、平時から行える準備につきまして、参考資料4のほうに、事前にアンケートにご協力いただきまして、その結果をまとめておりますので、こちらも参考にしながら、意見交換を行っていきたいと思っております。

趣旨については以上になります。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、意見交換に移ります。何かご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

先ほど、土谷理事のほうからも、鈴木部長のほうからも、現在は感染者数が非常に減っているため、緊迫感がなくなっている状況かと思いますが、ことしの夏は、急激に増えたため、医療が非常に逼迫しました。

オミクロン株は空気感染するという話もありまして、増えてしまうと、また大変なことになると思われまますので、その辺も踏まえてご議論いただきたいと思えます。

それでは、こちらから問いかけさせていただきたいと思えます。

アンケートの回答の最初には、災害医療センターが載っております。ここでは、三次救急もやっておられ、そういう状況の中で、なかなか大変だったところや、苦労されたところなどを、まずお話しいただければと思えます。

では、災害医療センターのほうからよろしく願いいたします。

○伊藤（国立病院機構災害医療センター 副院長）：災害医療センターの副院長をしております伊藤でございます。いつもお世話になっております。

当院は、多摩地区の三次救急を担う救命センターを持っていますので、通常医療では窓口を全部開いていました。ただ、もともと、竣工して以来27年になっていますので、いわゆる動線が非常に悪く、コロナの患者さんに対応と一般診療が混線するということが、病院の中でいつも問題になっていました。

そのため、救命医療はもちろんのことですが、私たちのところは、悪性疾患や脳血管疾患などの患者さんが多いので、そういう患者さんのどれを優先するかということが、スタッフに大きな足かせになっていました。

病床は、5階から9階までベッドがありますが、その中で、動線をいかにクロスしないようにするかということと、それがスタッフに影響しないように配慮するのに、非常に苦慮いたしました。

受入れ体制をつくるのに、どうしても後手に回っている事態がありまして、近隣の施設さんには非常にご迷惑をおかけしたということで、じくじたる思いをずっとしております。

厚労省から「第6波に備えろ」という指示が出ておりますので、当院では、70床の部分をつぶして、53床のベッドを空けていますが、病院にとっては、受けるべき患者さんがなかなか受け入れられないということで、今まで非常に辛いところございました。

○香取座長：ありがとうございました。

コロナの診療とともに、通常の診療とのバランスが非常に大事だと思いますが、このアンケートの回答には、「悪性疾患を優先的に対応しました」と書かれています。

新聞などによると、そういう悪性疾患の検診が3割程度も減ってきているということですが、その悪性疾患の進行度合いが、以前に比べて変わってきたようなことがあるのでしょうか。

○伊藤(国立病院機構災害医療センター 副院長)：もともと、この立川市自体が、検診率がかなり悪いということですので、受診される患者さんの多くは、進行がんでございます。

それから、当院は、血液内科に専門医がずっと4人いましたので、都下の血液内科の患者さんをたくさん集めていましたが、コロナの患者さんと同等に対応することが難しいというところでした。

ですから、悪性疾患も、検診がどうのこうのではなくて開業の先生方が検査を手控えるということで、進行がんが以前より多かったことがあります。

また、私は外科医ですので、その観点でいくと、手術の前に化学療法を徹底的にやらなければいけないので、そういう患者さんが以前より増えたという感じがあります。

逆に、それは、マンパワーも必要としますので、どちらを優先するかということ、いつも天秤にかけざるを得なかったというのが本音です。

○香取座長：ありがとうございました。

では、ここで、土谷理事からお願いいたします。

○土谷理事：伊藤先生、ご説明ありがとうございました。

一つお聞きしたいんですが、ICU（集中治療室）の運用についてです。

今はそうでもないんですが、コロナが逼迫した場合は、どこまでコロナを診るのか、一般医療をどこまで守るのかというのは、ICUの利用が拮抗するところではないかと思っています。

災害医療センターでは、ICUは何床あって、第5波のとき、最大で何床でコロナを診ていたでしょうか。何床は一般医療に残しておかれたでしょうか。そのあたりの考え方はいかがでしたでしょうか。

○伊藤（国立病院機構災害医療センター 副院長）：ICUは8床持っていましたが、いろいろな事情があって、6床運用でやっていたのが現実です。

コロナになってからは、レスピレーター（人工呼吸器）管理をICUに集約しましたので、一般診療はICUから出るという形になりました。そのため、ICUは全てコロナの重症患者さんに対応していたという状態でした。

ただ、ICUとは別に、救命センターがありまして、そこでは、「外保連（外科学会保険委員会連合）」の難易度Eの手術をかなりやりますので、そのベッドの一部を借りて対応していました。

ですから、ICUに関しては、コロナ専用になっていました。

○土谷理事：そうすると、一般医療については、救命センターのほうで賄っていたということでしょうか。

○伊藤（国立病院機構災害医療センター 副院長）：救命センターで動線が重ならない、こちらの場合ですと、熱傷部屋でクローズなところがあるので、そこに患者さんを入れた形で対応していました。

救命センターの一般床は、動線が入り組んでしまっていますので、そこには、コロナの患者さんを入れないようにして、動線を分けた形で対応していました。

○土谷理事：わかりました。

もう一つ質問したいんですが、ICUをみんなコロナにしてしまって、一般医療で、「本当はICUを使いたかったけれども、入れられなかった」ということが、第5波のときにあったのでしょうか。

○伊藤（国立病院機構災害医療センター 副院長）：ありました。

私自身は、肝臓、胆のう、すい臓を専門になっていまして、これらのメジャーの手術や、食道がんに関する手術は、ICUを使いたかったんですが、救命センターの一部を間借りするという形で行っていました。

それも、「できるだけ短期間で一般床に戻してくれ」と、救命センターの先生方から言われていたので、本当に間借りでした。

○土谷理事：高度医療において、第5波では、かなり制限を受けたということですね。

○伊藤（国立病院機構災害医療センター 副院長）：そうですね。

○土谷理事：ありがとうございました。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、次に、アンケートの回答の2番目に書かれている、立川病院さんにお聞きしたいと思います。

ダイヤモンドプリンセス号の新型コロナウイルスの患者を受け入れた病院ですが、急性期を担っておられる中で、一般診療とのバランスが、第5波のときには大変だったと思いますので、その辺のお話をしていただければありがたいです。よろしく願いいたします。

○片井（国家公務員共済組合連合会立川病院 院長）：立川病院院長の片井です。

私は、この4月から院長ですので、それ以前の状況はわからないのですが、第5波のときにはちょうど居合わせたので、お話をさせていただきます。

当院は、1病棟の35床をコロナ専門病棟にしております。先ほどお話がありましたように、コロナ病棟までの動線は確保できるのですが、病棟内でグレーゾーンができてしまうとかで、ゾーニングには苦勞いたしました。

うちは、基準を満たすICUがありません。HCU（高度治療室）の基準を満たすものが16床ありますが、実際、その中でゾーニングを考えると、そのうちの2床でしか、重症患者さんのICU管理ができないという状況でした。

もともとがそういう状況でしたので、軽症患者さんを中心に診るということにしていたのですが、第5波においては、結果的には、中等症以上の患者さんが30人近くいるという状況が続いたわけです。

ただ、幸いに、かなり重症になったときは、災害医療センターのほうで、具合がかなり悪い人を引き受けていただいたということがありましたので、私たちとしては非常に感謝をしております。

やはり、連携というものが本当に大切で、本来であれば、私たちのところに来るまでに、もうちょっと早く手を打っておいていただければと、その点は残念に思っています。

実際、その時点では抗体療法はなかったわけで、状況がなかなか厳しかったということはわかっていますが、今後は、早いめに対応して、うまく病院ごとに患者さんをどんどん移動させていくという体制をつくっていくことが、非常に大切だと思っております。

一般患者さんについて申しますと、立川地区というのは、がんに関しては、進行がんの患者さんが多くですし、「制限しろ」と言われても、命のトリアージをするのは、基本的にはかなり難しい地域だと思えます。

そういう点で、東京都の区部に比べると、一般診療が余り制限されていないというのは、もともと制限できないような患者さんが、私たちの地域には多いため、ほかの地域よりも一般患者さんをきちんと診るような体制をつくっていかなければいけないと思っております。

○香取座長：ありがとうございました。

片井先生のほうから、重症の患者さんは災害医療センターに送って、連携をしていったということですが、逆に、片井先生にお伺いします。

ある程度軽くなってきて、立川病院でなくてほかの病院でもいいんじゃないかという、そういう紹介の連携の仕方はあったのでしょうか。

○片井（国家公務員共済組合連合会立川病院 院長）：ありました。

この地域は、保健所さんがかなり頑張ってくださいと思います。第5波の途中からは、ホテルに積極的に送っていただいたりという手だてを、保健所の方々が頑張ってやってくれましたので、そういう点では、後半になって、かなり改善されたと思います。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、名簿の3番目の、立川相互病院の高橋先生にお伺いしたいと思います。

先生のところも、コロナの患者さんをかなり受け入れてこられて、立川病院との連携の状況などをお話しいただけるのでしょうか。

○高橋（立川相互病院 院長）：当院は、第5波の最大期には、コロナの病床を42床まで増やしまして、そのうちの39床から40床ぐらいまで埋まっていました。

レスピレーターは、最大のときに4床で動いていて、それ以外に、「ネーザルハイフロー」を行って、通院してもらおうという状況が長く続きました。

実際のところ、重症で他院にお願いするのは、「ECMOが必要だ」と判断したときは、多摩総合医療センターにお願いしたときが、何度もありました。

ただ、第5波の最盛期には、受け入れられないということで、当院において、レスピレーターで頑張っていたでいて、幸いにして回復されたという患者さんもいらっしゃいました。

それから、根本的な問題としては、先ほど、伊藤先生、片井先生からもお話がありました。コロナの感染爆発の中で、急性期の一般病床が相当制限を受けたという実態があります。

今後も、コロナに限らず、新しい感染症が起こってくる可能性もありますので、急性期の病床をある程度拡充していかざるを得ないのではないかと考えております。

この地域医療構想調整会議においては、当圏域の急性期の病床の一部を慢性期の病床に転換していかうということを検討したことがあると思いますが、今回のコロナの流行の教訓としては、急性期の病床を逆に拡充すべきであるということだと思っております。

ただ、急性期の病床稼働率を93%～95%にすることによって、経営を成立させているという状況だと思っておりますが、そうではなくて、7割～8割程度の病床稼働率で成立するような医療体制でないと、こういったときに、「2か月は頑張れ」と言われても、それ以上は頑張れないということになると思っております。

ですので、もっと余裕を持った医療体制をつくっていくことが、社会的に必要ではないかと考えております。

○香取座長：ありがとうございました。

続いて、西砂川病院の柳先生にお伺いします。

先ほどの3つの病院と先生のところは、状況がちょっと違うかと思いますが、コロナの患者さんをどのように受け入れられて、どのように連携されたかというようなことについて、お話をしていただければと思います。

○柳（西砂川病院 理事）：当院で受け入れた患者さまは、入院時にしたスクリーニングで陽性が判明した方で、もともと転院が決まっていた方で、そのまま、当院でお引き受けする形で入院していただきました。

もちろん、新しく入院してこられる方は、隔離を行っておりまして、隔離期間は14日間ということでしたので、そういう患者さまも、通常どおり隔離を行って、ほかの方々に伝搬することなく、何とか済みました。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、これまで、立川市の4病院のほうからお話をお伺いしましたが、今度は、この圏域で高度急性期を担っておられる、東大和病院の野地先生、ご苦労されたことや連携についてのお話をお願いできますでしょうか。

○野地（東大和病院 院長）：当院は、大和会として、武蔵村山病院と機能分化して、コロナに対応してきました。

しかし、第5波においては、重症者も増えるということで、当院では、人工呼吸器も含めて、中等症以上ということで、HCUを専用病床として対応しました。

当院は、8月の中旬ぐらいからHCUを重症用に空けましたが、あっという間に、人工呼吸器が4台を使ってしまうという状況でしたが、9月いっぱいにかけて、徐々に収束してきました。

あと、当院の場合は、ある意味、HCUのゾーニングという点では、2フロアに分かれておりますため、片方をコロナ専用にして、もう一方は一般用として使うことができました。これは、ラッキーだったかもしれません。

それから、人工呼吸器を普段は余り使っていませんでしたので、看護師等の人員配置という点で、ちょっと苦労したことがあります。急性期の医療をすごく

圧迫してしまったということは、余りなくて、概ね提供できたのではないかと考えております。

これからも新興感染症が出てくるとは思いますが、病院間の機能分化ということが、一番大切ではないかと考えております。各病院で同じようにやるということは、効率が非常に悪いので、機能分化をして対応できるようにする必要があると考えております。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、今名前が出ていました、武蔵村山病院の鹿取先生、同じ系列の東大和病院との連携とか、ほかの病院との連携とかについてお話をさせていただきたいと思っております。

○鹿取（武蔵村山病院 院長）：野地先生から今ご紹介がありましたように、大和会では、病院間で機能分化をして、昨年6月から、武蔵村山病院のほうでコロナの患者さんを、外来も入院も受け入れるという形で、東村山市を中心に、患者さんを引き受けてきました。

入院患者さんは、延べでいうと、450人入院させていますが、第5波に関しては、非常に辛かったです。52床の1病棟を空けて、25床のベッドを確保したんですが、毎日かなりオーバーベッドの実態でした。

本来であれば、軽症から中等症という病院だったわけですが、中等症に酸素需要が発生する患者さんが5割以上、「ネーザルハイフロー」とか挿管しなければいけない患者さんも増えてきました。

そのため、本来病院でやっていた医療以上のものを、やらなければならないような状況になっていました。

ただ、そういう中でも、患者さんが重症化したときには、災害医療センターさんとか立川相互病院さんで、非常に困った症例を積極的に受けていただいて、大変助かったという思いがありますので、この場を借りて感謝申し上げます。

我々の病院の大きな問題は、300床ありますが、もともとはケアミックス病院で、急性期は144床しかない病院なんです。

その中で、52床の病床をつぶして、感染病床にしますので、急性期の病床は92床しか残りませんでした。そういう中でも、救急車を含めて、通常診療も取っていましたので、ベッドコントロールが非常に大変になりました。

地域包括ケア病棟と緩和療養病棟もありますので、患者さんを頻繁にそういう病棟にベッドチェンジしながら、急性期病棟を確保して、通常診療にも何とか対応しました。

先ほど、立川相互病院の高橋院長がおっしゃったように、急性期病床の全体の数というのは、こういう有事にとっては、非常に大きなパワーになりますので、一律に削減していくという姿勢が、本当に正しいものなのかどうかということ、考えさせる一面があったと思っております。

○香取座長：ありがとうございました。

次に、アンケートによりますと、昭島病院においては、「通常医療を一部制限した」と回答されています。上原先生、ほかの病院との連携なども含めて、その辺のお話をお願いいたします。

○上原（昭島病院 院長）：当院では、男性2名、女性名の4名のコロナの患者さんを受け入れていました。

最初は、中等症まで、それも中等症I以下という患者さんを受けていましたが、酸素が必要になる、レスピレーターが必要になるという患者さんを、どこに送るかというのが、一番苦労した点です。

幸いに、災害医療センターさんとか立川相互病院さんに、すぐに診ていただくことができました。特に、第5波のときには、それが非常に助かりました。逆に、その前のときには、受け入れていただくところが少なかったです。

立川相互病院の高橋先生もおっしゃっていたように、急性期病院の中でも機能分化をするということが、今回、非常に重要だなということを実感いたしました。

レスピレーターを着けないといけないような急性期の患者さんを、どうやって受け入れていただくかということが、一番重要なことだと思います。

そういうバックアップしていただける病院があるんだという安心感で、我々のような中小病院でも、コロナを受け入れることができたと思っております。

また、担当医のモチベーションも、患者さんが急激に重症化してきたときに、「そうすればいいんだろう」という不安感が強くて、コロナに対して拒否感を持つ医者も、非常に多かったです。

ですから、今後予想される第6波が来るかどうかわかりませんが、もし来たときに、そういったバックアップ体制がしっかりしていれば、病床の数ではなく、中等症以下の患者さんを受け入れる病院は、たくさん出てくると思いますので、そういうふうにしていただければと思います。

○香取座長：ありがとうございました。

次に、このアンケート結果を見ると、立川中央病院さんは、「通常診療を全く制限していない」と回答されていますので、看護部長の伊東さん、どのように対応されたかというお話をお聞かせいただければでしょうか。

○伊東（東京都看護協会・立川中央病院 看護部長）：当院は、初めのうちは、「疑い患者さん」を受け入れるということで、2床ということにしていたのですが、第5波のときには、「最大4床まで受け入れよう」ということで対応しました。

ほかの大きな災害さんや立川相互さんのように、何か制限をしたとかいうことは全くなくて、通常の診療体制のまま、コロナの方についても、外来のほうでも受け入れていくことができました。

当院も、小さな病院ですので、動線の確保とかいったところで非常に苦慮しましたが、特に、職員の感染やクラスターとかも、今までなかったという経緯もあります。

看護師の立場で申しますと、しっかり感染防護をする中で、グレーゾーン、レッドゾーンというところも見極めながら、対応できたのかなということは、当院の看護部は、かなり頑張ったのではないかと考えております。

○香取座長：ありがとうございました。

今までは病院の先生方からいろいろお聞きしてきました、それぞれが連携してきたということですが、保健所との対応を願ったということですので、その辺の連携に対して、多摩立川保健所の渡部所長にお伺いしたいと思います。

今回のコロナ対応において、どのような状況で、どんな問題点があったでしょうか。また、今度どうすればいいかなど、いろいろお話をいただきたいと思えます。

○渡部（多摩立川保健所 所長）：圏域の病院の先生方、医師会の先生方には、コロナ対応でご尽力いただきまして、まことにありがとうございます。

2年間にわたるコロナ対応の当初は、医療機関間の情報の共有の体制もままならない状況で、東京都とのWeb会議にもなかなか慣れなかったです。

そういう中で、立川相互病院の健生会のほうから声をかけていただいて、Web会議を昨年12月から、定期的を開催して、病院の情報共有がかなり迅速にできるようになったと思っております。

一般医療に関する話題というのは、これまでは出ておりませんでした。きょうのテーマとなる「コロナ禍における一般医療に関する情報の共有」なども、今後はしていければと考えております。

我々も、ようやく、Web会議などのICTのノウハウが追いついてきたところなので、これまで蓄積してきたノウハウを活かしながら、対応していきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○香取座長：ありがとうございます。

続いて、コロナの患者さんの全てが、病院で診療したとは限りませんが、自宅療養、酸素ステーション、宿泊療養とかについては、医師会の働きが大きかったと思います。

北多摩医師会の鎌田先生、その辺の医師会の対応はいかがだったでしょうか。

○鎌田（北多摩医師会 理事）：いろいろな病院で連携をとっていただいて、本当に心強く感じました。ありがとうございます。

医師会としては、執務要請が東京都から来ます。ホテル療養者のため、在宅のためということで、いろいろな要請が来ます。

ただ、平日、通常の診療をしながら、そういう執務をするということは、非常に難しいということで、医師会としては、東京都あるいは東京都医師会にお願い

するとすれば、執務するのを断わるというのではなく、少し早いめにご連絡いただければありがたいということです。

できれば、ひと月ぐらい期間を置いて、「いついつ出てください」と言われると、通常の診療が何とか都合がつかますが、「来週出てください」と言われると、執務してくれる医師を探すのが非常に大変でした。

コロナの状況に協力したい気持ちはたくさんありますが、急な話だと、自分の診療所が閉められない、代わりの医者が見つからないというようなことで、結局、会長初め医師会の役員などが、自分の診療所を何とかして、執務に行くということで、ちょっとトラブルがあったという事例もあります。

ですので、医師会としては、できるだけ協力しながら、かつ、自分の診療に大きな支障がないように、時間的余裕をいただきながら協力したいと思っているのが現状です。

○香取座長：ありがとうございました。

なお、きょうは、自宅療養とか在宅のほうの話が出ませんでした。薬剤師会の根本先生、自宅療養、宿泊療養をしている人たちに薬を持っていくというような対応について、お話をしていただければと思います。

○根本（東京都薬剤師会 常務理事）：コロナ禍の状況で、先生方、本当にご尽力いただきまして、まちの薬局を代表させていただいて、御礼を申し上げます。

これからまだまだ、第6波が来るかと思っておりますので、私ども、薬局の薬剤師も、自宅療養をしている患者さんに対しての薬の配送の部分や、そのあとのフォローアップのところに対しても、自分たちができるところを探しながら、動かしていただきたいと思っております。

ですので、まずは、先生方からの情報をもとに、自分たちがやれるところを探していきたいと思っておりますので、これからも先生方からの情報も含めて、連携させていただきたいと思っておりますので、何とぞよろしくお願いいたします。

○香取座長：ありがとうございました。

ほかにご質問、ご意見等はございますでしょうか。

東京都の鈴木部長、お願いします。

○鈴木部長：一つお伺いしたいことがございます。

本日、シチズン健康保険組合さんが出席されていると思いますが、お名前のおり、シチズンの会社さんを中心とした、職域の健康保険組合かと思えます。

被保険者さんに対して、これまでどんな取組みをされてきたのかということをお伺いできればと思います。

職場でクラスターなどが出たしまえば、財政的な負担というのかなりものになってしまうのかなということもありますので、ワクチン接種を含めて、何か取り組まれていたようなことをあれば、お聞かせいただければと思います。よろしく願いいたします。

○長（シチズン健康保険組合 常務理事）：私どもは、保険者代表として参加させていただいております。この2年間、医療従事者の皆さまには、大変ご協力いただきまして、感謝申し上げます。

私どもといたしまして、想定されます第6波に関しまして、健康保険組合の加入者に対して、これまでの感染対策の継続を、さらに訴えていきたいと思っております。

これまでは、主に、事業主さんとコラボしながら、東京都におきましては、事業主がメインでしたが、店舗によりましては、事業主と協働で、ワクチン接種を実施してきたりしてまいりました。

また、これから第6波も想定されておりますので、第3回目のワクチン接種に向けて、なるべく多くのメンバーが接種を受けるように、これからも呼びかけていきたいと考えております。

また、最近は電車も混んできておりますが、我々も、可能な範囲で、テレワークを推進しておりますので、これからも注視していきたいと考えております。

○鈴木部長：ありがとうございました。

○香取座長：ありがとうございました。

ほかにご質問、ご意見はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

では、活発なご議論をありがとうございました。

3. 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

(2) 外来医療計画に関連する手続きの提出状況について

○香取座長：次に、「3. 報告事項」ですが、時間の都合もありますので、(1)と(2)については、資料の配布で代えるということです。

(3) 感染再拡大に向けた総合的な

保健・医療提供体制について

○香取座長：では、(3)の「感染再拡大に向けた総合的な保健・医療提供体制について」ということで、東京都のほうから説明をお願いいたします。

○鈴木部長：東京都の鈴木でございます。

資料5の、「感染再拡大に向けた総合的な保健・医療提供体制について」をご覧ください。

これは、先週の11月25日に発表したものでございまして、元は、令和3年10月に、国からこの夏の感染拡大を踏まえた、今後の新型コロナウイルス感染症に対応する保健医療提供体制の整備を、各都道府県が行うようにということがありまして、それに応える形で作成したものでございます。

まず、①では、「現状(最大値)」と「今後の体制」というところがございます。

現在、今後の体制をつくるように目指しているところでございます。

医療機関のところを見ていただきますと、「確保病床」数は、240床増の6821床で、回復期支援病床は1785床、臨時の医療施設等の入院待機ステーションなどの臨時の医療施設も含めて、9440床の体制にしていきたいというところがございます。

また、宿泊療養施設についても、16施設、約3200室の現状から、31施設、約7900室に拡大していこうというところがございます。

さらに、自宅療養のほうも、「自宅療養者フォローアップセンター」という、相談等を受ける施設の担当者を、150人体制から250人体制に強化していくということと、パルスオキシメーターも、約10万台確保している現状から、約21万台確保できるようにしていくということがございます。

なお、この数字は、現段階の計画のものでございまして、注意書きのとおり、今後変更する可能性もございます。

②は、第5波では、患者さんがなかなか保健所につながらなかったとか、健康観察を始められなかったとか、診療等につながらなかったというようなところがございます。

そこで、まず、「保健所や発熱相談センターを介さない診療・検査体制の充実」ということで、ホームページ上に、医師会さまのご協力で、公開してもいいよというところは、診療・検査医療機関をマップに載せさせていただいて、患者さんが直接医療機関にかかれるような体制をつくらうというところがございます。

2つ目は、「医療機関による療養種別の勧奨等」ということです。

これは、無症状者や、若い方で重症化リスクの少ない患者さんに対して、医療機関のほうから、「こうしたら」ということで、保健所に行く前に勧めていただければという体制をつくっていききたいというところがございます。

例えば、「宿泊療養施設への入所勧奨」というのがございますが、勧奨していただいて、その下の段にございますように、ご自分から、保健所や調整本部を通さなくて、自らがここに電話していただければ、空いているホテルをご紹介して、そちらに早期に入所できる仕組みをつくっていききたいというところがございます。

③は、医療に迅速につながる方法や、「回転をよくする」という表現は不適切かもしれませんが、入院調整本部に専任の転退院支援班を設けて、転退院を促進していきたいというところがございます。

例えば、重症の方が改善して、中等症を受け入れるところとかを担当する、専門の支援班を、入院調整本部の中に置いて、どんどん進めていきたいというところでございます。

また、その際には、一番下に記載のとおり、搬送ということが必要になりますので、そこについても、かなり増強していきまして、都のほうで搬送も引き受けたいと考えているところでございます。

車両をかなり増やしていこうということが、3番目のところに書いております。

なお、真ん中に戻りまして、「酸素・医療提供ステーション」についても、現在も、酸素投与とか中和抗体薬の投与なども行っておりますが、さらに、強化型の、透析もできるようなステーションもつくっていこうということで、今検討しているところでございます。

こうしたものを今のうちに調整して増やしていきまして、本当は来ないでほしいのですが、第6波に備えていこうという計画を立てて、今進めているところでございます。

情報提供させていただきました。よろしくお願いいたします。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、この調整会議は、地域での情報を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、よろしくお願いいたします。いかがでしょうか。

○東京都（事務局）：それでは、どなたからもないようでしたら、会議次第にはないのですが、事務局から1点、コロナに関して情報共有をさせていただいてもよろしいでしょうか。

○香取座長：よろしくお願いいたします。

○東京都（事務局）：第1回目の調整会議におきまして、コロナの患者さんの圏域を越えた流出入が話題になった圏域が多数ございましたので、その状況について、資料を画面共有で情報提供させていただきたいと思っております。

こちらは、「新型コロナウイルス感染症患者の入院の状況」ということで、本年7月から9月までの発生届受理分の入院の状況を表にまとめたものになっております。

こちらは参考値としてお示ししているものですので、本日は画面共有のみとさせていただきますまして、画面のスクリーンショットなどもお控えいただければと思います。

資料の見方ですが、上のほうに書いてありますが、「所管保健所の属する二次保健医療圏」で、これは、患者さんの居住地になっております。

左側の、「入院先医療機関の所在」というのが、その患者さんがどこの医療機関に入院したかといったような表になっております。

こちらの圏域ですと、北多摩西部の患者さんのうちの536人が、北多摩西部の医療機関に入院したといった見方になっております。

1つ右に行きますと、北多摩南部の患者さんのうちの50人が、北多摩西部の医療機関に入院したという見方になっております。

右側から3列目が、圏域内の医療機関の入院患者に占める自圏域患者の割合ということで、北多摩西部の医療機関に入院した患者さんのうち、どのぐらいがその圏域の患者さんだったかという割合になっておりまして、こちらの圏域ですと、70.8%となっております。

下から2行目は、「自圏域の医療機関に入院した患者の割合」で、こちらは、「圏域内の完結率」といいますか、その圏域の患者さんが、自分の圏域の医療機関にどれだけ入院できたかという割合になっております。こちらは、59.7%という結果になっております。

資料を見ていただきますと、ほとんど全ての圏域間で患者さんの移動が発生しておりまして、「できれば自圏域の患者さんを診たいんだけど」といったようなお話が、第1回目の調整会議で多数ありましたが、患者さんが発生するタイミング等もそれぞれありまして、広範な範囲でいろいろ協力をしていただいて、受けとめていただいたという状況になっております。

次のページは、同じデータをグラフ化したものになっております。

「Y=X」と書かれた赤線が、斜めに走っておりますが、これは、流入と流出がちょうど同じであるというところになります。

そこより上の圏域が、流入より流出が多かった圏域で、それより下の圏域が、流出よりも流入のほうが多かった圏域となっております。

こちらの圏域ですと、左下のほうの、赤線に近いところに、「北多摩西部」という円グラフがありまして、やや流出のほうが多かったという状況になっております。

以上、情報提供になります。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、まとめの意味で、猪口副会長にご発言をお願いいたします。

○猪口副会長：東京都医師会の猪口でございます。

きょうはたくさんのコロナ対応のご努力の様子を聞かせていただきまして、本当にありがとうございました。

連携においては、災害医療センターさんを中心として、いろいろな連携ができている姿が、非常に見てとれて、私がやっている区東北部などと比べると、非常にうらやましいなと思いました。

今回の第5波は、現状で持てるもので一生懸命やって、何とか乗り切ったというか、ワクチンがほどほどに追いついてくれて、収まってくれましたが、第6波に備えて、先ほど、鈴木部長からお話があったように、現状でできるところのいろいろなことをやっています。

ただ、これが最善という形ではないだろうと思います。先ほど、「急性期医療をもっと大事にしないといけない」というお話もありましたが、今後に向けては、今できることと、将来やらなければいけないことをいろいろ考えながら、私たち医師会もいろいろな提言をしてまいります。

そのため、ぜひ、「こうあるべきだ」というようなお話を、今後も一緒に聞かせていただいたり、一緒に議論したりしながら、東京のこの危機管理体制を強めていきたいと思いますので、今後とも協力をよろしくお願いいたします。

きょうは本当にありがとうございました。

○香取座長：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ので、事務局にお返しいたします。

4. 閉 会

○奈倉課長：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。ありがとうございました。

最後に、事務連絡をさせていただきます。

本日の会議で扱いました議事の内容について、追加でのご意見、ご質問がある場合には、事前に送付させていただいておりますアンケート様式にて、東京都あてにお送りいただければと思います。

また、Web会議の運営方法等につきましては、「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、東京都医師会あてに、会議終了後2週間以内にご提出いただければと思います。

それでは、本日の会議はこれで終了とさせていただきます。長時間にわたりましてありがとうございました。

(了)