

[令和3年度 第2回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩南部〕

令和3年12月22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』

〔北多摩南部〕

令和3年12月22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、猪口副会長、お願いいたします。

○猪口副会長：皆さん、こんばんは。東京都医師会副会長の猪口でございます。

お忙しいところお集まりいただきまして、どうもありがとうございます。

本日の議題は2つございまして、1つは、地域医療支援病院の承認申請ということで、この調整会議で地域医療支援病院のお話を聞いて、ご意見を皆さまに承

るというようなことと、もう1つは、感染症医療の視点を踏まえた地域での医療連携と役割分担についてです。

この部分は、今までの経験を踏まえて、いろいろなご意見があると思います。きょうだけで「こうしよう」というようにまとまることはないと思いますが、それぞれの皆さんが思ったことを発言していただいて、課題とか改善の方向性といったものが出てきましたら、医療計画等に反映することができます。

黙っていますと、医療計画等に反映させることができなくなりますので、ぜひ活発なご討論をお願いしたいと思います。

きょうはよろしく願いいたします。

○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と申します。どうぞよろしく願いいたします。本日は、お忙しい中お集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

新型コロナの患者の発生状況でございますが、本日は40人ということで、最近は少ない数字に慣れているせいか、少し増えてきたなというところでございます。

1週間平均にしますと28.6人ということで、これは、先週のきょう、木曜日と比べますと、大体1.5倍ぐらいになってきたというところでちょっと増えてきたかなというような感じがいたします。

また、最近では新たな変異株のオミクロン株が話題になってございます。現在、都内では、圏域を出たあとの患者さんが6人発生しております。都内では、60人ぐらいのオミクロン株の患者さんが、感染症指定医療機関に入院されているということです。

そのほか、同じ飛行機で来た全員が、濃厚接触者ということになりまして、そういう方が約1000名いらっしゃって、そのうちの600名が都内のホテルに今入っていらっしゃるというような状態です。

年末に向けてちょっと不安なところもございますので、そういったことも踏まえながら、いろいろご議論いただければと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

また、猪口副会長からも先ほどございましたが、本日は、地域医療支援病院の件でお話しもしていただきます。申請者様にはお忙しい中来ていただきましたので、そちらのほうのご議論もよろしくお願いいたします。

○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、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。

傍聴の方々は、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、これ以降の進行を齋藤座長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

2. 議 事

(1) 地域医療支援病院の承認申請について

○齋藤座長：皆さん、こんばんは。座長の、小金井市医師会の齋藤でございます。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。「地域医療支援病院の承認申請について」です。東京都からご説明をお願いいたします。

○東京都（医療安全課）：東京都福祉保健局医療安全課長の坪井でございます。

地域医療支援病院の承認につきましてご説明いたします。資料1-1をご覧ください。

地域医療支援病院につきましては、紹介患者に対する医療提供や医療機器の共同利用の実施等を通じまして、地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力や、地域医療の確保を図るためにふさわしい設備等を有する病院を、各都道府県知事が個別に承認するものでございます。

その承認要件は、医療法に規定されておりまして、令和3年4月1日現在では、東京都では46病院を承認しているところでございます。

そして、令和3年4月1日付で、医療法施行規則の改正が行われまして、地域医療支援病院の管理者が行うべき事項に、「地域における医療の確保を図るために、特に必要であるものとして、都道府県知事が定める事項」というものが追加されてございます。

都といたしましては、地域医療構想調整会議でご意見を伺った上で、東京都医療審議会を経て、感染症医療の提供及び災害医療の提供の2つの事項につきまして、本年10月1日付で定めたところでございます。

新たに地域医療支援病院を承認するにあたりましては、医療法第4条第2項に基づきまして、予め東京都医療審議会の意見を聞くこととされてございますが、今般の医療法施行規則等の改正に伴いまして、予め当該病院が所在する構想区域の地域医療構想調整会議におきましても協議を行うこととされました。

今般、この北多摩南部医療圏におきましては、東京慈恵会医科大学附属第三病院様より地域医療支援病院の申請がございましたので、本調整会議においてご協議いただくものでございます。

このあと、申請病院さんから、申請の概要につきましてご説明をいただきますので、ご意見をいただければと考えてございます。

なお、資料1-2につきましては、地域医療支援病院の申請から承認までの流れについて、整理した資料でございますので、こちらにつきましては、ご参考とさせていただければと幸いです。

事務局からの説明は以上です。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、続いて、医療機関からの説明をお願いしたいと思います。質疑は、医療機関からの説明のあとによりしくお願いいたします。

では、古田先生、お願いいたします。

○古田（東京慈恵会医科大学附属第三病院 院長）：東京慈恵会医科大学附属第三病院院長の古田でございます。

このたびの地域医療支援病院の申請にあたっての申請概要についてお話し申し上げます。資料1－3をご覧くださいながら、お聞きいただければと思います。

当院は、狛江市、調布市を初めとする近隣地域の急性期医療を担う基幹病院であり、ここに記載のような種々の指定を受け、地区医師会並びに地方自治体とも協力しながら、地域における綿密な医療連携体制を構築しております。

在宅医療においても、「総合医療支援センター」を設置し、入退院支援や在宅医療への移行支援のみならず、近隣在宅医療機関からの急変患者の受入れも、常に迅速に対応しております。

また、医療連携に関しては、現在、ICTによる連携強化を推進しており、Web上で当院の診療情報を公開し、共有することなども開始しております。

地域医療支援病院の申請にあたりまして、新興感染症対策並びに災害医療体制確保として、以下の取組みを計画し、実施しておりますので、ご報告いたします。

新興感染症対策についてですが、「感染制御チーム」を設けており、地域医療機関と連携しながら、感染対策の調査・分析・指導・研修を行っており、質の高い感染医療を提供することが可能です。

新型コロナウイルス感染症対応としても、東京都が定める入院重点医療機関として、常に病床を確保し、陽性患者を受け入れております。

また、院内の敷地を、狛江市医師会のPCR検査センターに提供しており、地域医療従事者に対するワクチン接種を、院内で実施しており、酸素・医療提供ステーションにも医師を派遣しており、同ステーションの後方支援病院としても協力してまいりました。

次に、災害医療体制確保についてでございます。

当院は、東京都災害医療拠点病院に指定されており、平時から災害に備えるため、事業継続計画（BCP）を策定し、外来・入院患者だけではなく、罹災した地域住民のための食料・飲料水も確保しております。

また、毎年、狛江市・調布市並びに両市医師会・歯科医師会・薬剤師会等と共同で、実践的な総合訓練を行っており、災害活動に関する各種協定を締結して、地域防災力の向上を推進しております。

なお、当院は、2025年には新病院を竣工し、地域の医療ニーズを捉え、高度急性期・急性期から回復期、地域包括ケアへと、切れ目のない質の高い医療サービスを構築し、縦割りの診療ではなく、患者・患者家族の持つ問題点を包括的に解決する、シームレスな医療を目指しております。

また、健康推進センターを設立し、住民や患者に対して未病・一次予防・二次予防への対策を講じてまいります。

以上により、地域医療支援病院として、近隣地区全体の地域医療のさらなる充実に貢献したく、承認申請をさせていただきました。

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。

ただいまの説明内容について、何かご質問、ご意見はございますでしょうか。

我々開業医も、大変頼りにさせていただいている病院でございますが、いかがでしょうか。

猪口先生、お願いします。

○猪口副会長：ICTによる連携強化というお話をいただきましたが、東京都医師会は、東京都とともに、電子カルテのネットワークをつくっています。「東京総合医療ネットワーク」という名称ですが、もしよろしければ、ご参加いただけるとありがたいと思っております。

今は診療所もそのネットワークに入ることができるようになってきていますので、ぜひよろしく願いいたします。

○古田（東京慈恵会医科大学附属第三病院 院長）：はい。検討させていただきます。

○齋藤座長：ほかにはよろしいでしょうか。

それでは、皆さまから特にご意見も出ませんので、概ね了承ということによろしいかと思えます。どうもありがとうございます。

(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

○齋藤座長：それでは、次の議事に進みたいと思います。2つ目は、「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、議事の2点目について、事務局よりご説明させていただきたいと思えます。

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地域でどのように対応していくかといったことを、主に話し合ってきましたが、今回は、コロナ禍において通常医療をどのように維持していくかといったような観点で、意見交換をしたいと思っております。

関連する資料は、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、データをお示ししております。

まず、参考資料1に示しておりますのは、救急搬送や心筋梗塞、脳梗塞などの急性期医療を必要とするものについて、多数受け入れてきた病院をグラフ化しております。

こういった病院につきましては、地域で急性期医療を中心的に担っていただいております。新型コロナ感染症の治療においても、中核的な役割を担っていただいております。

そのため、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、その状況を参考資料2と3に付けております。

参考資料2は、コロナ前後で手術の件数や救急搬送の受入れの件数を比較をグラフ化したもので、参考資料3は、救急医療の“東京ルール”の事案、これは、

搬送先が決まるまでに時間がかかった事案ですが、そちらの発生件数をグラフ化しております。

参考資料2のほうでは、手術の件数や救急搬送の件数が大幅に、コロナ前後で減っていることがわかるかと思えます。

また、参考資料3では、“東京ルール”事案が大幅に増えているといったような状況が、見て取れるかと思えます。

これまでで最大の感染拡大でありました今回の第5波におきましては、圏域内での入院だけではなくて、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。

このような状況の中では、新型コロナに対する医療と通常の急性期医療を両立させていくためには、限られた医療資源を最大限に活用していくことが重要だと考えております。

そのため、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。

また、今回、それぞれの機関が行ってきた取組みですとか、平時から行える準備につきまして、皆さまに事前にアンケートにご協力いただきまして、そのアンケート結果を参考資料4にまとめておりますので、その結果等も参考にしながら、意見交換を行っていただければと思っております。

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。

それでは、意見交換に移りたいと思えます。ご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

それでは、急性期病院の先生方からまずご意見をいただきたいと思えます。

杏林大学病院の市村先生、お話をいただけますでしょうか。

○市村（杏林大学医学部附属病院 病院長）：当院は、近くに多摩総合医療センターや、感染症指定病院の日赤病院がございまして、患者数としては、3番目ぐらいに受け入れていたのではないかと思います。

さらに、我々は、三次救急を、ことしの8月のときも、常に空けていまして、三次救急以外のところで、コロナ患者さんの対応をさせていただきました。

ただ、患者さんが非常に多かったときには、通常診療を制限いたしました。緊急を要さない手術とか、一般病床の制限もするようにして、何とかコロナの患者さんを入れたということでした。

都のほうからも、特定機能病院の役割ということで、なるべく重症、中等症を中心に受け入れてきました。

今回のアンケートの最後の項目に、「平時から備えておくべき事項」がございしますが、重症者を受け入れるためには、三次救急もやっていますので、人工呼吸器を誰が扱えるかということ、普段から把握しておき、トレーニングをしておく必要があると思いました。

また、ECMOに関しても、同時に2台稼働するには、人員が不足していたりということもありましたので、普段から、重症患者の部屋だけでなく、それを扱えるソフトというか、人員を用意する必要があると感じております。それがまた、特定機能病院としての当院の役割と考えております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

急性期病院としての役割を充実させていきたいというお話をいただきました。

あと、連携ということについては、何かご意見はございますでしょうか。

○市村（杏林大学医学部附属病院 病院長）：最近の特徴としては、高齢者の患者さんで、急性心不全の症状で感染が現れてくるということもあります。

そうすると、感染そのものはある程度コントロールされたけれども、よく言われる“下り”のほうの受入れ病院がないと、当院のような病院が、重症や中等症の方を受け入れられなくなりますので、急性期を過ぎたような患者さん、あるいは、基礎疾患の患者さんを受け入れるような病院との連携が、今後ますます必要になると考えております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ほかの急性期の病院の先生方にお伺いしたいと思いますが、その前に、野村病院の吉野先生、どうぞ。

○吉野(野村病院 院長)：忘れないうちにお話しさせていただければと思います。

私の病院は、病床数が130床ぐらいの小規模な病院です。そういう病院において、コロナの患者を受け入れていくという対応を、第5波のときに行いました。

今後どのようにしていくかというときに、いくつかご質問というか、決めていただきたい点があります。

1つは、第1波から第3波までの間の対応と、第5波のときの対応は全然違っていました。つまり、第5波においては、自宅療養を容認する形になりましたが、あっという間にコロナの患者さんが減ってしまったので、何とかクリアすることができたような感じになっています。

今後は、自宅療養を容認する形にするのか、それとも、現在行われていますように、ホテル等の収容施設に行くようにするのかということを、予め決めておかないといけないと思っています。このことが、今後の対応として非常に重要ではないかと思っています。

ただ、この収容施設についてですが、第5波のときには、十分利用されていなかったという状況があったようです。

つまり、部屋が空いているにもかかわらず、そこに収容されていなかったということですが、その理由としては、例えば、1つのフロアに患者さんが1人でもいれば、新しい人を取れないということで、それは、一気に掃除しなければいけないからということだったです。

そういうこともあって、こういうホテルが十分利用されていなかったわけですが、それに対して、今後どうしていけばいいか、どういう人を収容していけばいいか、それらの人々に誰が健康状態をチェックしていくのかということが重要になりますが、第5波のときには、多摩地区においては、十分機能しなかったのではないかと思っています。

それから、自宅療養の人の場合、それを誰がチェックするかということですが、それを保健所が全部行うというのは、非現実的ですし、保健所がやるとしても、保健所のドクターは基本的に1人しかいませんので、具体的に誰が健康チェックをするのかということが、非常に重要な問題になりますので、それについての準備も必要です。

それから、つい最近、「自宅療養中の患者に対して、訪問診療をやりますか」というアンケートが来ましたが、我々のような小さい病院では、そういうことに対しては、1週間先の休日診療で電話対応ができるということの準備をするためには、どういうところにどのように患者を運ぶかということが、ちゃんとできていないと、こういうことは非常に難しいと思います。

ですから、前回の第5波のときは中途半端だった体制を、もう一度きちんと決めて、その上でそれぞれの役割を果たしていくようにして必要があると思っています。

○齋藤座長：ありがとうございます。貴重なご意見をいただきました。

それでは、東京都の鈴木部長のほうからお願いします。

○鈴木部長：実は、あとの報告事項の中でお話ししようと思っていた資料がございますので、ここでそれをご説明させていただければと思います。

3. 報告事項 (その1)

(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

○鈴木部長：資料5をご覧ください。と思います。「感染再拡大に向けた総合的な保健・医療提供体制」についてです。

これは、この10月1日、各都道府県に国のほうから、この夏の第5波の流行を受けて、「今後の対策をどうしていくか定めなさい」という指示がございまして、それにお応えする形で東京都でつくったものでございます。

左側が、夏の体制の「現状（最大値）」で、右側が、「今後の体制」ということになっております。

まず、医療機能の体制ですが、確保病床を増やし、入院待機ステーションとか酸素・医療提供ステーションなどを維持して、最大値として9440床の体制にするというものでございます。

ただ、今は病床確保レベルを落としておりまして、4500から4600床の体制で行っております。

それから、宿泊療養施設につきましては、今後、施設数を増やすのと併せて、先ほど指摘がございましたような、清掃などのやり方についての見直しを行って、確保数をここまで増やしていこうと考えております。

さらに、自宅療養についても、自宅療養者フォローアップセンターの体制強化をいたしまして、250人体制まで人員を増やしていこうと考えております。また、パルスオキシメーター（血中酸素濃度計）も倍増しようとしております。

次に、②についてですが、これは、その他の体制づくりのところでございます。

この夏のときには、患者さんから保健所になかなかつながらなかったというところもございましたので、そういったところを踏まえまして、診療・検査医療機関の中で、ご了解いただけているところは、場所等を公表させていただいて、患者さんが直接そこに連絡できるような仕組みをつくりました。

また、医療機関による療養種別の勧奨をしていただくことにしました。特に、無症状者や重症化リスクのない患者さんに対しては、「あなたは宿泊のほうがいいのではないか」とか、「自宅療養でいいんじゃないか」ということを、医療機関のほうでご判断いただいて、例えば、自宅療養の健康観察をその後やっていただくような仕組みをつくることにいたしました。

さらに、宿泊療養を勧奨された方は、ご自分でホテルの申込み窓口のほうに、電話連絡をしていただけるようにするという仕組みもつくりました。

それから、③についてですが、必要な方が迅速に病床や医療施設等に受け入れられるようにするため、都の入院調整本部の体制も強化いたしまして、専任の「転退院支援班」というものを設けます。

先ほど、杏林大学の院長先生からもお話がございましたとおり、転退院の促進ということ、我々も強化していこうということで、重症者を受け入れているとこ

ろから、重症を脱した方の転院促進を図っていこうとか、中等症を診られるところから、軽くなったら自宅やホテルに送っていくという体制を整えていくということでございます。

そして、一番下のところに書いてありますように、そういう場合、当然、搬送が伴いますので、そういう搬送車両を増強いたしまして、転退院が効率的にできるようにいたします。

そのほか、真ん中に書いてありますように、酸素・医療提供ステーションの多機能化ということで、ここで透析ができるとかいう施設も、今つくっているところでございます。

なお、病床確保のレベルですが、この資料には書いてありませんが、例えば、新規陽性者が7日間平均で500人以上になった場合や、または、増加比が120%になった場合は、レベル1からレベル2に行くということにして、新規陽性者が7日間平均で700人以上になったら、レベル3に行くということを考えていました。

ただ、都知事がきょう発表していることですが、オミクロン株が出てきたということで、このオミクロン株の新規陽性者の7日間平均が概ね100人以上になったとき、または、増加比が300%ぐらい2週間継続したら、今のレベル1から一足飛びにレベル3にしましょうということで、体制を今つくり上げてきているところでございます。

説明が長くなってしまい、申しわけございませんが、以上でございます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

野村先生、いかがでしょうか。

○吉野（野村病院 院長）：ありがとうございました。

前回うまくいかなかったことに対して、非常に細かいところまで対応されていると感じました。

ただ、いくつか気になることがありまして、これについては、ほかの先生方からもご意見を賜りたいと思います。

例えば、医療機関が患者さんに、「あなたは自宅療養しなさい」「あなたはどこそこに行きなさい」という指示を出す場合、これをちゃんと中央で管理するシステムを持っていないと、どの人がどのようになったかわからなくなってしまいます。

また、患者さんが自ら宿泊施設に行くというのは、それを希望しなければ、家に戻りたいと思うのが普通ですので、こういう考え方は、感染症2類ではなくて、5類扱いみたいになっているような気がします、それは大丈夫ですか。

○齋藤座長：鈴木部長、お願いします。

○鈴木部長：そうですね。確かに、2類ですと、入院とかいったことが出てきますが、コロナは指定感染症ということで、宿泊療養等も認められているところですので、そこは大丈夫だと思います。

あと、先ほどの管理の問題ですが、やはり、その一歩としては、「HER-SYS」というシステムがございます。

ここに入力していただければ、いろいろなところでその患者さんの状況を見ながら、これを中心にしてデータを管理していこうという考え方もございます。

○吉野（野村病院 院長）：そうすると、先ほどの資料5の②のところにある、「医療機能による療養種別の勧奨等」のところについては、2類ですと、「自宅療養を診なさい」ということは、基本的には言えないですね。

○鈴木部長：ただ、コロナに関しては通知が出ておりまして、入院以外の対応も可能とさせていただいております。

○吉野（野村病院 院長）：自宅療養も可能ということですか。

○鈴木部長：はい、そうです。

○吉野（野村病院 院長）：それは大丈夫ですか。

そうすると、「皆さん、自宅療養でいいですよ」という可能性があるということですよ。

今回一番大事だったのは、途中で重症化した場合、本当に対応できるのかということ、大きな問題だったわけですよ。

しかも、自宅内の近隣の人に感染を増やさないかということも、大きな問題になるわけですよ。例えば、その人が、自宅がある建物の1階のコンビニに行った場合、それでも感染を起こす可能性がありますから、そういうことに対して大丈夫なのかということです。

もう一つは、その人が重症化しないようにするフォローアップが、本当にできるのかということについての対応が、うまくいくのかという問題もあります。

要するに、第一選択は、例えば、宿泊療養所に行って、どうしてもいっぱいになった場合には、自宅療養にするということにするのか、それとも、「オミクロン株は軽症なので、基本的には自宅内感染は仕方がないとして、自宅にいなさい」とするのか。その辺の方針が、非常にあいまいだと思うんですが、いかがでしょうか。

○鈴木部長：私は直接の担当ではないので、全てを話しきれないところがございしますが、そのあたりについては、今後、こうした診療・検査医療機関の皆さんに、健康観察をお願いするにあたって、通知なり説明会なりをしていくようになると思っております。

○齋藤座長：ありがとうございます。

では、ここで、猪口先生からお願いいたします。

○猪口副会長：東京都の中の調整本部の会議に毎日出ていますので、先生がご懸念になっていた、第5波のときの自宅療養等の話をさせていただきます。

あの当時、療養継続中の方々が、1日最高で5万人ぐらいいました。そうすると、入院施設で全部診るということは、当然できなくて、宿泊療養についても、保有しているのはせいぜい3000室ぐらいで、その中でうまく活用できていたのは、2000弱ぐらいでした。

そのため、どうしても自宅療養のほか、「調整中」という形で、自宅に居ざるを得ない方々が非常に多くおられたということです。

ただ、それは、「自宅療養をする」という選択肢をやっているわけではなくて、それぞれの保健所において、重症度とか緊急度を判定して、入院、自宅療養、宿泊療養というようにしてもらったことを選んでいました。しかし、途中からは、それは追いつかない状況になっていたことは確かだと思います。

先生がご懸念になっていたのは、自宅療養がどんどん増えていってしまうのは危険だというお話だろうと思いますが、それに関しては、「調整力を上げる」とか、「入院から自宅のほうに返していくとか」というような“下り”の流れを、かなりよくはしてきました。

もちろん、部長のほうから今お話があったとおり、いろいろ改善させているつもりですが、オミクロンがどの程度出てくるかということによって、今後また変わってくる可能性があると思います。

○吉野（野村病院 院長）：ありがとうございます。

自宅療養をするのが悪いとかは、全く思いません。ある人たちは自宅療養中心にして、ある人たちはそこから次のステップに行くというようにしないと、前回の第5波のようになったときはもちろん、オミクロン株がもっと一気に出了場合には、そういう対応は仕方がないですし、それでいいと思っています。

ただ、ほかの人がうつるかもしれませんので、そういう場合、具合が悪くなった人をどうやってピックアップしていくかというシステムさえできていれば、当院のような小さい病院でも、そういう患者を拾い上げていけますし、次の病院に送ることもできるようになると思っています。

ですから、重症化を担当されている大きな病院に全て負担がかからないようにして、軽症化すればどんどん下のほうに送っていくというシステムが、うまく動いていくようにすることが、非常に大切だと思っていますので、その辺をコントロールするグループがあれば、我々は安心してやっていけると思っていますので、よろしくお願いします。

○齋藤座長：ありがとうございます。

そういうシステムをつくるために、この会議をやっていると理解していただければと思います。

高度急性期、急性期の病院にお願いする患者をどうやってピックアップするかということも、先生のご意見の中にあると思いますが、そういったことは、いろいろなアプリを使ったりして、重症化しやすい人をピックアップしていくようなシステムも、いくつかできていると思います。

そうしたのもも利用していったって、その中で高度病院のほうに送るということを、積極的に考えていかなければいけないと思いますが、そういう高度病院を一番有効に使うためには、“下り”の回復期にある人をいかに回復期の病院に運んでいくかというシステムを、しっかりつくっていく必要があると思っています。

そこが一番のキモではないかと思っておりまして、そういった連携体制をつくっていくことが、非常に大事だと思っています。

それでは、急性期病院の先生方から、今のお話も含めて、ご意見をいただければと思います。

武蔵野赤十字病院の泉先生、お願いします。

○泉（武蔵野赤十字病院 院長）：第5波のときは、余りにも患者さんが多かったため、受入れがかなり難しかったです。この北多摩南部地域におきましては、コロナ以外の通常の医療に対する連携体制が、非常にしっかりできていて、急性期から回復期、療養、在宅につなげるところは、かなりうまくいっていたのではないかと考えています。

コロナに関しては、人口が103万人もいるのに、保健所が1つしかなかったため、そのダメージが非常に大きかったです。コロナの場合でも回復期とか療養型に転院できたり、あるいは、急性期のところでも、感染が続いているときでも、何とか取っていただくことができたので、この北多摩南部は、地域医療構想がかなり実現できている地域ではないかと考えております。

あと、今回感じたのは、転院に関しては、民間救急をお願いしていましたが、これが保健所をお願いしないとできないということで、保健所の管轄が違っていると、民間救急を使っただけの転院が難しかったということがありました。

ですので、保健所をまたぐような民間救急の搬送ができればいいかなと思いますが、北多摩南部地域においては、ほかの地域はわかりませんが、“下り”も“上り”もかなり充実しているのではないかという感じを受けていました。

もちろん、非常に増えてしまったときは、なかなか難しいとは思いますが、今回の第5波を通してこのような印象を持っております。

○齋藤座長：貴重なご意見をありがとうございました。

北多摩南部は連携が比較的うまくいっていたのではないかというご意見をいただき、ちょっとほっとしております。

ほかにご意見はございますでしょうか。

榊原記念病院の磯部先生、どうぞ。

○磯部（榊原記念病院 院長）：私どもの病院は、循環器に特化した病院ですので、高度急性期で循環器の救急を中心に行っております。

この1月、2月の第3波のときだったと思いますが、急患が激増いたしまして、オーバーベッドになってしまい、大変な思いをして、患者さんを受け入れてまいりました。

それに関して、きょうのテーマにもありますような「医療連携と役割分担」についてちょっとお話をさせていただければと思います。

救急医療というものは、コロナのあるなしにもかかわらず、一定頻度発生いたしますし、特に、循環器疾患は、11月から2月ぐらいがピークになります。

幸いにして、夏の第5波のときは、急患自体が少なかったもので、大きな問題なく乗り切れましたが、この役割分担ということについて申しますと、例えば、私どもの病院で大動脈の救急手術ができないと、救命できない方が出てくる可能性があります。

日常から、近隣の三次救急や救命センターから、大動脈の疾患の手術を依頼されておりますので、病院としての機能の分担を、行政のほうで、地域ごとにしっかり考えていただきたいと思っております。

それから、この1月、2月のときに大変だったことの一つは、軽症化したコロナの患者さんの転院が、なかなかうまくいかなかったという話が、先ほどござい

ましたが、私どもが経験いたしましたことを申しますと、この時期は転院が非常に大変だったということです。

循環器の手術後の回復期に、ベッドの回転をよくして、一人でも急患の方を受け入れたいということで、他病院に転院を再三依頼しましたが、日常に増して、コロナ禍においては、多くの病院が手いっぱいだったこともあって、なかなか受け入れていただけませんでした。

そのため、例えば、心臓の手術をしたあと、通常よりも1日から3日ぐらい早く退院してもらうことも試みてはいました。

そういうこともありますので、お願いしたいことは、コロナの患者さんだけではなくて、一般の患者さんのベッドを早く回転させられるように、行政のほうで回していただけるように検討していただきたいということでございます。

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。

コロナ禍においては、通常の救急患者さんの回復期への、“下り”の転院がうまくいかなかったため、それに対してのシステムを、行政のほうでつくってほしいというお話でしたが、その点はどうでしょうか。

猪口先生、どうぞ。

○猪口副会長：磯部先生にちょっと質問してもいいでしょうか。

回復期リハビリテーション病院は、それほどのベッド稼働率ではなかったのですが、心臓疾患の方を受けてくれる回復期リハビリテーション病院もなかったということでしょうか。

それとも、むしろ、急性期に近いような病院が、先生はお望みだったということでしょうか。

○磯部（榊原記念病院 院長）：先生がおっしゃったあとのほうで、日常から、私どもは、ある程度回復された方は、本格的なリハビリに入る前に、転院をしていたいただいていた。

日常ですと、かなり受け入れていただけますし、高齢者でADLに問題があるような方は、ずっと入院しているよりは、回復期等に転院していただけるのですが、その転院交渉が、1月、2月の第3波のときに非常に困難になったということでございます。

○猪口副会長：わかりました。ありがとうございます。

○齋藤座長：貴重なご意見をありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

野村病院の吉野先生、どうぞ。

○吉野（野村病院 院長）：今のお話に関してのことですが、当院は、むしろ、1月、2月は、“下り”のほうの患者さんを受け入れる側だったんです。

あの時期に、中小病院に結構クラスターが発生して、病床閉鎖に陥ってしまい、本来であれば、うちは心臓専門のリハビリはありませんが、脳梗塞などのリハビリを受け入れる病床がほとんど閉鎖になってしまったというところがありました。

そうすると、今のお話のような困難な状況に陥ってしまいますので、それに何とか対応して、そういうことがないようにするのが課題だと思われました。

○齋藤座長：ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

小金井リハビリテーション病院の川内先生、どうぞ。

○川内（小金井リハビリテーション病院 副院長）：私どものところには、立川病院さん、多摩総合さん、日赤さんとかから、コロナのあとの患者さんが、リハビリに回ってきていただきました。今も、ECMOのあとの患者さんが入院しておられます。

もちろん、そんなに大した数ではなくて、全体で20人とか30人ぐらいしかお受けできませんでしたが、私どもの病院でリハビリができるということを、適切に判断した患者さんを送っていただきましたので、そこで騒ぎになることもな

く、酸素補給をしなくて、運動ができるようになって、帰っていただくことができました。

磯部先生には申しわけありませんが、私どもの設備の関係で、少し時間がたった患者さんは回していただいているのですが、急性期からまだ落ち着いていない患者さんを引き受けるだけの余力がないものですから、その範囲でやらせていただきました。

そういう意味では、急性期の先生方は、私たちの病院の実力をご存じなので、その範囲内で安全に治療ができたと思っております、私どもはできるだけ努力はさせていただいたと思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

今の先生のお話は、コロナ患者さんということですね。

○川内（小金井リハビリテーション病院 副院長）：はい。循環器ではなくて、コロナのあとの、特に、ECMOなどをやって、肺が悪くて、酸素がないと身動きができなくなっているような患者さんたちのリハビリテーションです。

○齋藤座長：それは大変ありがたいことですね。わかりました。今後はもっと、受入れ患者さんを増やしていただけるかと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○川内（小金井リハビリテーション病院 副院長）：自分たちの実力の範囲内でお受けし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、回復期、慢性期の病院の先生で、受入れの際に問題になったことなどがありましたら、お話しいただければと思います。

桜町病院の小林先生は、いかがでしょうか。

○小林（桜町病院 院長）：私のところは、救急を標榜していないので、急性期の患者さんはお受けできなかったというか、していなかったんですが、それを心苦しく思っています。

ただ、後半になって、「“アフターコロナ” だったら受け入れよう」ということにして、受入れを始めました。

ただ、その3例目ぐらいだったと思うんですが、ある大学病院から、「もう急性期は越えたから」という患者さんが、こちらに来られた日の夜に、大出血をしまして、急いでその大学に戻っていただいたものの、その夜に亡くなってしまったというケースがありました。

そういうことが最初にあったものですから、「“アフターコロナ” も判断がなかなか難しいのかな」と思ってしまったわけですが、今後は“アフターコロナ” はできるだけ受け入れ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。

猪口先生、お願いします。

○猪口副会長：質問させていただいていいでしょうか。

もし“アフターコロナ” を受けるとするならば、退院基準としては、“10日ルール” というのがありますが、それは、PCR検査をしなくても、感染力がほとんどないだろうということで、転院を促進していこうとしていたところでした。

ただ、もし受け入れるとするならば、この“10日ルール” ではなく、PCR検査じゃないと難しいでしょうか。

○小林（桜町病院 院長）：最初は、PCR検査でないとと思っていました。それは、PCRは、そのあとでも結構検出されるということが、よく言われてきたからですが、そのルールで受け入れている病院の先生方と話して、「そこは大丈夫だ」ということを伺ったので、うちの病院は今はそのような考えになっています。

○猪口副会長：それはありがたいです。どうもありがとうございます。

○齋藤座長：ありがとうございます。ご苦勞されて、大変だったと思います。

それでは、武蔵野陽和会病院の長倉先生はいかがでしょう。

○長倉（武蔵野陽和会病院 理事長）：私どものところは、回復期リハが50床でして、急性期が53床の病院です。

“ポストコロナ”に関しては、回復期を中心に、そんなにたくさんではありませんが、リハのほうで受け入れさせていただきました。

私どものところは、急性期の病床で、月に80件近くの手術が入っていて、出入りが結構激しいので、それを何とかキープするために、コロナについては、リハの一部で“ポストコロナ”の患者さんを受け入れるということぐらいしかできませんでした。

ただ、将来の病院の方針としては、個室をちょっとつくって、感染症も少しは受け入れられるように努力したいと、今考えているところでございます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

病院の先生方でほかはいかがでしょう。

それでは、今度は、医師会の先生のほうからということで、武蔵野市医師会の田原先生、お話をいただけるでしょうか。

○田原（武蔵野市医師会 会長）：多くのかかりつけ医は、第5波の途中ぐらいまでは、PCR検査を自分のところでやって、陽性になったら、保健所に届けて、それで一旦役割を終えたという感覚でいたんですね。

ところが、そのあと、患者さんの数が非常に多いので、保健所から連絡がうまくつかない自宅療養者が急増してしまい、そういう中で、重症者がどんどん増えていったのではないかと感じております。

それで、途中から東京都医師会も推進しましたし、地域でも自宅療養支援について、自覚を相当持つようになって、地区医師会でも勉強会を開いたり、市においても、自宅療養支援を積極的に進めるようになりました。

そして、その連携を始めてからは、自分のところでPCRが陽性だと判断した患者さんについては、保健所にももちろん届けますが、その後の経過も見ていこうという姿勢が、どの医師会でも出てきたのではないかと考えています。

ですから、早期の段階でいろいろな介入ができる体制を、しっかりしていけば、今後の感染拡大に対しても、今までよりは改善できるのではないかと考えております。

特に、後半になってからは、パルスオキシメーターを医師会でも導入する体制ができたので、自分が診た患者さんについて、すぐパルスオキシメーターを持たせて、その経過を見ていくという体制ができるようになりました。

もちろん、そういう医療機関は前からありましたが、それを医師会全体でできるようにしていくことができましたので、今後の地域のかかりつけ医が、感染者が出たときに、なるべく早期にそういうことをやっていけますし、中和抗体療法なども、日赤さんのほうでご尽力いただいて、医師会から紹介があれば、すぐできるようになりました。

もちろん、今は、申請すれば、診療所でもできるという体制ができつつありまして、そういうことも途中からできるようになりました。

それから、自宅療養というのは、要するに、在宅医療なので、在宅医療介護連携推進事業の中で、医師会の中につくった相談室が、市に相談のあった患者さんについて、それを医療機関につなげるという作業も、併せてやっていくように心がけてきました。

いわゆる地域包括ケアの視点でこれを見ていくということを、各医師会、開業医はやっていかなければいけないと、強く感じております。

あと、東京都のほうに質問したいことが一つあります。

「酸素・医療提供ステーションの多機能化」ということを、先ほどおっしゃっていましたが、これを維持するのに、先日の会長協議会でもちょっと紛糾したところがあったんですが、今後これがどのような形でやっていけるのかということです。

医療崩壊を防ぐために、病院に行く一歩手前の入院待機者をどの程度受け入れられる施設になり得るのかどうかとか、その辺をどのように想定されておられるのでしょうか。

これまでのように、救急搬送をする前の段階で一日ぐらい酸素を吸わせているとか、「ロナプリーブ（中和抗体薬）」とかをちょっとやって、それで帰すというふうなふうにしか、感じとして受けとっていないのですが、そのあたりはどのようなのでしょうか。

○齋藤座長：ありがとうございました。

では、鈴木部長からお答え願います。

○鈴木部長：例えば、在宅でいらっしゃる方が、そういったところに行くということもありますが、来ていただいて診てもらおうということも考えております。ですので、1泊してもらって入院につながりというよりも、在宅の方を一旦受けて、様子を見てから、入院のほうに行くのかお返しするのかというような判断をしていただくようなところとしても、活用できればと思っているところでございます。

○鈴木部長：田原先生、どうぞ。

○田原（武蔵野市医師会 会長）：そうすると、施設自体が限界があるだろうと思っておりますので、あくまでも、1泊とかの短期間しか待機できないわけですね。

○鈴木部長：そうですね。長く居ていただくということは、まだ想定していないところではございます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

では、東京都医師会の理事で、調布市医師会の西田先生、どうぞ。

○西田（東京都医師会理事・調布市医師会長）：数日前にも、酸素・医療提供ステーションの多機能化について、東京都とディスカッションしたところです。

今までは十分機能できていなかったというところがあったと思いますが、例えば、主治医の判断で、その施設を利用できるようにするとか、そこでの医療手段をもう少し広げるとかいったことを、専門家も交えて、今協議しております。

ですから、もうしばらくお待ちいただければと思います。よろしくお願ひします。

○齋藤座長：田原先生、貴重なご意見をありがとうございました。

かかりつけ医の意識の変化というのは、私も非常に実感しております、第5波を経験して、我々の意識がかなり変わったなと思っていて、在宅でもどこでも診ていくという覚悟が、少しできてきたように思いますので、第6波が来ればそれを活かしていけると思っております。

ほかに医師会の先生方からはよろしいでしょうか。

それでは、司令塔の保健所の先生からお話をいただければと思います。多摩府中保健所の田原先生、お願いいたします。

○田原（多摩府中保健所長）：それぞれの機能の病院の先生方、地域の先生方からいろいろなお話を聞かせていただき、ありがとうございました。

この圏域全体の先生方の間で、コロナの患者さんに対応する気運が高まってきておまして、保健所としても大変ありがたいと思っております。

第5波のときには、1日に200人から300人も連絡を受けておりましたので、患者さまに非常に不安を与えてしまったと思いますが、そのあたりの対応についても、今後とも第6波に向けて、地域の先生方と市と協力しながら、翌日中には連絡がとれる体制をつく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。

では、鈴木部長からお願いします。

○鈴木部長：患者さんをつながるときにも、HER-SYSの活用というか、前回の調整会議で、田原先生のほうからお話があったと思いますが、どれぐらいの医療機関の方がHER-SYSを今入れていただいているか、教えていただけるといいでしょうか。

○田原（多摩府中保健所長）：発生届の枚数からしますと、6割から6割5分ぐらいかと思います。

○鈴木部長：ありがとうございます。さらに伸びていただけるとありがたいです。

HER-SYSに対して「MY HER-SYS」というのもございますので、医療機関の皆さんにもぜひご協力いただきたいと、私からもお願いしたいと思います。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。

あと、田原先生、年末年始の体制は今はどうなっていますでしょうか。きちんと構築されつつありますでしょうか。

○田原（多摩府中保健所長）：もちろん、40人ほどの体制を組んでおります。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、最後に、土谷先生のほうからお話をさせていただければと思います。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。いろいろご議論いただきありがとうございました。

オミクロン株は、皆さんご存じのように、非常に感染しやすく、感染者数があつという間に増えると言われていました。

そういった中で、通常医療をキープするために、高度急性期病院においては、ICU（集中治療室）をどこまでコロナに使うのか、どこまで通常医療に使うのかということが、非常に悩ましいところになってくるのではないかと、そのあたりをそれぞれの病院で考えていただくことになるかと思っております。

それから、先ほど、榊原記念病院の磯部先生から、コロナが逼迫した中で、循環器疾患の患者さんの動きがなかなか難しくなってしまったというお話をいただきました。

私たちはコロナだけを診ているわけではなくて、それ以上の患者さんを日々診ているわけですので、そのあたりの連携が、コロナが逼迫したときも、そういう連携がうまくできるようにすることが、大きな課題として残っていると思いながら、お話をお聞きしていました。

自宅療養をしてもらわざるを得ないという事態を、第5波において、私たちは経験しましたが、第6波が来たときには、また自宅療養も増えていくと思いますが、地区医師会の先生方も、「陽性になった人は、自分たちで診るんだ」という気運が高まっているというお話をお伺いしましたので、これからも連携をしっかりとって行っていただきたいと思いますので、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。

貴重なお話やご意見をたくさんいただきました。感謝しております。地域の実情も大分見えてきましたし、今後に向けての課題も明らかになってきたと思います。

それでは、最後に報告事項に移りたいと思います。

3. 報告事項（その2）

（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

○齋藤座長：「3. 報告事項」についてですが、時間の都合もありますので、（1）と（2）については、資料配布に代えるとのことです。

そして、「（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」は、先ほど、鈴木部長のほうからご説明をいただいております。

この調整会議は、地域での情報を共有する場ですので、きょうの議題以外に、何か情報提供をしていただける方がおられましたらよろしく願いします。

○東京都（事務局）：最後に、会議の次第にはないんですが、事務局のほうから情報共有させていただければと思いますが、よろしいでしょうか。

○齋藤座長：お願いします。

○東京都（事務局）：画面共有のほうで資料を共有させていただきます。

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、ことしの7月から9月までの感染症発生届の受理分を、資料としてまとめております。

第1回目の調整会議の際に、「ほかの圏域から患者さんがくるので、自圏域の患者さんをなかなか診ることができない」といったようなご意見が、いくつかの圏域でございました。

そこで、そうした状況を見えるために資料としてまとめておりますが、あくまでも参考値ですので、本日は画面共有のみとさせていただきますことを、ご了承いただければと思います。

資料の見方ですが、上のほうに「所管保健所の属する二次保健医療圏」となっておりまして、こちらは、簡単に言うと、患者さんの居住地ということになります。

左側の、「入院先医療機関の所在」というところが、その患者さんがどこの医療機関に入院したかという見方になっております。

北多摩南部の患者さんのうちの875人が、北多摩南部の医療機関に入院したというような見方になっております。

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ということで、北多摩南部ですと、71.6%となっております、簡単に申しますと、自分の地域での完結率といった表し方になると思います。

全体を見ていただきますと、ほぼ全ての医療圏の間で患者さんの流出入が発生しておりまして、患者さんが発生するタイミング等いろいろな事情がありますが、その中で、都全域でカバーしていただいていたという結果になっております。

同じ資料をグラフ化したものが、2ページ目になります。

斜めに「Y=X」という赤い線が走っていますが、これより上の圏域が、流入より流出が多かった圏域で、それより下の圏域が、流入のほうが流出よりも多かった圏域となります。

北多摩南部は、下のほうにございまして、流入患者さんのほうが流出患者さんよりも多かったということになっております。

情報提供は以上になります。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、本日予定され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、東京都あてに提出をお願いいたします。

また、We b会議の運営方法等については、「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なります。長時間にわたりまことにありがとうございました。

(了)