

[令和4年度 第2回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区中央部〕

令和5年2月1日 開催

【令和4年度第2回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区中央部〕

令和5年2月1日 開催

1. 開 会

○奈倉課長：定刻となりましたので、令和4年度第2回目となります、東京都地域医療構想調整会議、区中央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、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ご参集いただきありがとうございます。

この調整会議は年に2回やっていますが、今回の2回目の大きなテーマは3つあります。

1つは、病床配分で、今回はこの地域ではこの件はありません。

2つ目は、地域での医療連携についてで、今回は、コロナ以外の今後を見据えてお話ししたいと思っています。

特に、今後増えていくと予想される高齢者救急に対して、この地域でどのように対応していけばよいかというあたりを中心に、お話しをしていただければと思っています。

3つ目は、医師の働き方改革についてです。こちらは報告事項ですが、今後のスケジュール等について確認していただきたいと思います。

きょうはどうぞ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でございます。いつも大変お世話になっております。

新型コロナの感染症数は、1週間平均で言いますと、4000人をちょっと下回るぐらいにまでなってきています。また、入院患者さんも、2500人ぐらいになっています。

ただ、一般の救急は、1日の救急車の出動回数が、去年が一番多かったのですが、その平均を上回っているような状況で、2400台ぐらいで推移しています。また、外来では、インフルエンザが徐々に増えてきております。

そうした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。

本日の議事は、今もお話でしたが、2025年に向けた対応方針の確認ということで、国からの宿題を片付けていきたいということと併せて、将来に向けた地域での医療連携についてご議論いただければと思っています。

そのほか、医師の働き方改革についても、進捗状況などをご報告させていただきます。

限られた時間ではございますが、忌憚のないご意見をちょうだいして、実りある会議にしていければと思っていますので、どうぞ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。

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回の会議に引き続き、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きましては、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、これ以降の進行を藤田座長にお願いいたします。

2. 議 事

(1) 2025年に向けた対応方針の確認について

○藤田座長：皆様、こんばんは。座長の、港区医師会の藤田です。

それでは、早速議事に進みたいと思います。「2025年に向けた対応方針の確認について」です。

まず、東京都から説明をお願いいたします。

○東京都（事務局）：それでは、「2025年に向けた対応方針の確認について」ご説明いたします。

この件については、第1回目の調整会議で議論の進め方についてご了承いただきまして、その後、各医療機関に対応方針の確認と地域連携に関する調査票への回答をお願いしました。

お忙しい中調査にご協力いただきましてありがとうございました。

今回は、その結果をもとに、各圏域での対応方針の合意を図ること、そして、今後ますます増えていく高齢者救急に着目して、医療連携に関する意見交換を行うこと、この2点を行っていきたいと思います。

資料1-1-1は、説明動画をご覧いただいたかと思いますが、説明は割愛させていただきます。

資料1-1-2の、スライド1の「集計結果（区中央部）」をご覧ください。

こちらは、区中央部の病院の機能別病床数をまとめたもので、上段の表の「(A) - (B)」という欄が、2025年7月1日予定の病床数と2025年の必要量との差になっております。

区中央部では、高度急性期が必要量を上回り、その他の急性期、回復期、慢性期が下回っております。

ただし、(A)には、確認票が未提出の病院の分が含まれておりませんので、例年の病床機能報告の結果とは乖離がありますので、その点にご留意いただければと思います。

スライドを1枚飛ばしまして、スライド3は、今回行う意見交換の1点目になります。

意見交換の方向性については、動画でご説明したとおりですので、割愛いたしますが、2025年に向けた対応方針の合意ということで、各医療機関の対応方針をまとめた資料をご覧くださいと思います。

エクセルでお送りしております資料1-2-1をご覧ください。

医療機関ごとに3行の欄がありまして、一番下の行が、2025年7月1日予定の、いわゆる対応方針に当たる部分となっております。

確認票の提出があった医療機関名や、現時点から変更のある役割や機能別病床数の部分は、黄色のセルとしております。

その中で、未配分の増床や現時点で承認や指定等を受けていない役割については、今後の指定や承認の可否とは一切関係がありませんので、今回は情報共有扱いとさせていただきます。

意見交換の2点目については、後ほどご説明いたしますので、まずはこちらの資料をご覧ください、各医療機関の対応方針を尊重し、圏域として合意してよいか、意見交換をお願いいたします。

事務局からの説明は以上です。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、この件について何かご意見はございますでしょうか。

土谷理事、お願いします。

○土谷理事：国の意向としては、「高度急性期を何床やります」「回復期を何床やります」ということを、それぞれの地域で合意していただきたいということです。

ですので、それぞれの病院が一律に、高度急性期、急性期、回復期、慢性期について、「こういった比率でやりたい」ということを、この場で合意していただければと考えています。

特に、区中央部におかれましては、先ほどの資料のように、高度急性期が非常に多いのですが、この調整会議で、「それを削減しろ」といったことをすることを、東京都医師会としては求めているわけではありません。

2025年というのは、あと2年足らずとなっていて、そのときの予想とずいぶん違いますが、そういったことで大きな混乱が起きているかということ、現場では、これまでの延長で、そんなに大きな混乱が起きているとは考えておりません。

ですので、それぞれの医療機関の申請に基づいて合意していただければと考えています。よろしくお願いします。

○藤田座長：ありがとうございました。

この件についてご意見はございますでしょうか。

特にはないようですので、それぞれの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こととされていますので、皆様にお諮りいたします。

各医療機関の対応方針を圏域としての2025年に向けた対応方針として合意することとしてよいか。

有床診療所については病床数が少なく、圏域に与える影響が軽微であるということから、令和4年度病床機能報告等により機能別病床数を報告している場合は、確認票の提出があったものとみなし、今回の合意に含めてよいか。

それから、まだ未提出の病院については、今回の合意には含めず、来年度以降の調整会議で確認・合意を図るということによいか。

このような取扱いで合意するということがよろしいでしょうか。

〔全員賛成で了承〕

○藤田座長：それでは、次に、意見交換②の「将来に向けた地域医療連携」について移りたいと思います。

では、東京都から説明をお願いいたします。

○東京都（事務局）：続いて、意見交換の2点目につきましてご説明いたします。

先ほどの資料1-1-2に戻ります。2ページ目の「集計結果（区中央部） 地域連携に係る調査票」をご覧ください。

こちらは、この調査票でお聞きしましたさまざまな患者への対応困難度について、区中央部の回答をまとめたものになっております。

対応困難の理由を下段に抜粋しております。

「高齢者の入院患者が多数のため、夜間帯における多動性のある患者さんの受入れは、人員的にみても非常に困難」とか、「社会機能面については、MSWの人手不足により、やや困難な事例がある」といった理由が挙げられていました。

この資料の最後に他圏域の結果も付けておりますが、圏域ごとに何か特徴があるわけではなく、どこも同じように、さまざまな背景を持つ患者さんへの対応に苦慮している状況が見てとれました。

各医療機関が具体的に何に困っているかや、それらの課題について、何か自院で工夫している取組みはあるかといった視点で、ご覧いただければと思います。

スライド4は、意見交換の2点目になります。

高齢者救急や社会機能上の課題を持つ患者さんに対して、地域での対応力を高めるためには、どのようなことが考えられるかといったテーマで行っていきます。

参考としていただく資料として、資料1-3-1をご覧ください。

こちらは、調査票で回答いただいた各医療機関の強みや特色のある診療分野をまとめております。

「傷病分類」の欄を見ていただきますと、「神経系疾患」「眼科系疾患」というように、傷病分類ごとにまとまっております。

また、「神経系疾患」の中でも、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の順に並んでおりまして、「神経系疾患」のうち、高度急性期に強い病院はどこかといったようなことが分かるようになっております。

特に高齢者の急性期症状につきまして、地域の強みである分野や、手薄な分野などを見ていただきまして、また、先ほどのさまざまな患者への対応困難理由を参考にしながら、地域で高齢者救急や社会機能上の課題を持つ患者さんへの対応のために考えられる取組みについて、意見交換を行っていきたいと思います。

意見交換②のご説明は以上となります。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、意見交換に入る前に、地域医療構想アドバイザーの方々からご発言をお願いしたいと思います。

まず、東京医科歯科大学からお願いいたします。

○木津喜（東京医科歯科大学）：東京医科歯科大学の木津喜です。

本日は、データを3点ほど示させていただきたいと思います。

1点目は、高齢者の増加についてで、65歳以上の人口は、2040年に向けて、東京都全体でもこの圏域でも増加傾向がございます。

2点目は、高齢者の疾病構造についてで、これは、東京大学によるシミュレーションによる将来予測になります。

2040年に向けて、フレイルについて、男女とも若干増加するということが予測されております。割合は、男性は2割、女性は2割5分の方々がということになっております。

一方、認知症については、さまざまな予測結果がございますが、こちらは、将来の健康水準の構造を加味したシミュレーションになっております。男性では増加するという結果にはなっていませんが、女性では、2025年から40年に向けて増加するという傾向が予測されております。

また、高齢者の特徴として、複数の疾患を有しているということが、東京都の75歳以上のレセプトを分析した結果から予測されておまして、約6割以上の方が3疾患以上の慢性疾患を併存しているということになっております。

3点目は、“出口”に関わるもので、65歳以上の単独世帯の数が、2040年に向けて増えることが予測されておまして、キーパーソンが不在のため、社会的な支援が必要な方が増えるといったことが考えられます。

○藤田座長：ありがとうございました。

続きまして、一橋大学からお願いいたします。

○高橋（一橋大学）：一橋大学の高橋と申します。高久先生の代理で報告させていただきます。

先ほどの木津喜先生の報告と重なる部分もありますが、平成26年度の患者調査より推計した、東京都の年齢階級別の入院患者数の将来予測です。

5歳刻みで年齢を分けていますが、特に、85歳以上の入院患者数が大幅に増加することが見込まれております。

さらに、90歳以上で見ますと、2020年の1.1万人から、40年には、2.5万人になるということが予想されております。

また、現状の提供体制を前提とすれば、半数の入院患者が80歳以上になるということが見込まれております。

このように、超高齢者の入院患者数が増えるということになりますと、認知症の患者とか要介護認定を受けている人が増加することが見込まれておりますので、こういった方々のケアに関する地域連携を深めていくことが、今後の喫緊の課題となっているのではないかと考えております。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、これから意見交換を行いたいと思います。

何かご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

土谷先生、お願いします。

○土谷理事：今のお話にもありましたように、75歳どころが85歳以上の高齢者がさらに増加するということですが、その人たちが病院に行くということが、容易に想像されます。

この区中央部においては、回復期が特に少ないということが分かっていますので、入院してもすぐに退院できない人たちを、この地域としてどうやっていけば

よいかということが、大きな課題になると考えていますので、そのあたりについてお話しいただければと思っています。

ただ、ここで抜本的な解決策が見出せるわけではありませんが、少なくとも、高齢者の救急が今後の課題だということは、共有できればと思っております。

○藤田座長：ありがとうございました。

高齢者救急ということに絞って、話を進めていきたいと思いますが、最初に口火を切っていただくために、東京都済生会中央病院の海老原先生、何かご発言いただけるでしょうか。

○海老原（東京都済生会中央病院、院長）：今回のコロナの対応の中で、超高齢の方が感染して入院ということがかなりありました。当院が関係している特養でのクラスターなどもあり、その中で入院が必要な人を受け取るということもありました。

このように超高齢の方の症状が悪化して入院ということが、急性期病院でも受け取るという状況が、将来的に出てくると思いますが、急性期病院では、看護というよりも介護のほうに慣れていないというところがありますので、そのあたりが今後の課題の一つだと思っております。

なお、当院が関係している路上生活者の対応についてですが、以前は、「民生病院」と言っていました。こういう路上生活者に関しては、入院がかなり減っております。

これに関しては、東京都と話をしておりますが、路上で生活するという人は減っていても、喫茶店のようなところで生活している若者たちが増加しているという現状がありますので、そのあたりも今後課題となってくるのかなとは思っております。

とにかく、介護に対する対応というものが、高度急性期、急性期病院でも求められるのではないかと考えております。

○藤田座長：ありがとうございました。

では、続いて、高輪病院の山本先生、高齢者救急についてお話をお伺いできればと思いますが、いかがでしょうか。

○山本（JCHO東京高輪病院、院長）：当院はもともと、コロナが始まる前は、87の地域包括ケア病床にしていたのですが、コロナ対応のために、病棟を1つ閉鎖しております。

そのため、コロナが明けたときにどのように再開するかということ、いろいろ検討しております、そのときに考えたのが60床という数字になりましたが、コロナの状況がまだ分かりませんので、60というのは暫定値な数字と考えていただければと思っております。

高齢者の救急に関しては、当院ではもともと高齢の方の入院が多いですが、コロナの場合は特にそうだったです。85歳以上のほとんど全介助の方が、入院患者の90%以上がそういう方であるという状況でしたが、内科系、外科系の先生方のご協力で、何とかしのいでおります。

そういう中で、どちらかというと、先ほどのお話と同じで、看護というより介護の面が、職員に求められる問題点がありまして、病態は大したことはなくても、職員の業務が非常に多いという実態があります。

地域包括ケア病棟におきましては、急性期病床よりは看護業務は少ないですが、介護業務が増えるということ踏まえて、職員の配置を考えていく必要があると思っております。

このような現状ではありますが、できれば元の87床に戻していきたいと考えております。

○藤田座長：ありがとうございました。

では、虎の門病院の門脇先生、お願いします。

○門脇（虎の門病院、院長）：今のお話にもありましたように、当院でも、これまでに1400名以上のコロナの入院患者を受け入れてきましたが、オミクロン株になってから、特に第8波になってからは、85歳とか90歳以上の方が非常に多くなったというのが特徴でした。

そういう中で、療養型の病床や回復期のリハビリ病床などでのクラスターによる患者さんを、積極的に受け入れてきました。

虎の門病院は、2025年7月1月の段階で三次救急を目指していますが、それは、高齢者救急を中心に行いたいと考えています。

現時点で、当院は、24時間365日、循環器救急と脳卒中救急を受け入れています。2020年4月1日からは、高齢者の外傷センターを開設して、非常に多くの高齢者の外傷の救急患者を引き受けております。

加えて、当院では、高齢者総合診療部ということで、全ての診療科の入院患者について認知機能やフレイルの度合いなどに対して、コンサルテーションをする部を有しております。

ここは、多職種協働での高齢者診療部で、そこでの経験や強みを活かして、高齢者救急を中心とした三次救急という役割を、今後担っていきたいと考えております。

○藤田座長：ありがとうございました。

高齢者救急を三次救急で取り組んでいかれるという、大変力強いお話をお伺いできました。

それでは、東京都医師会の大坪先生、お願いします。

○大坪（東京都医師会、理事）：今の虎の門病院の取組みについて、ちょっとお伺いしたいと思います。

私たちの地域でもそうですが、高齢者の方々が高度急性期や急性期の病院に救急車で入院される場合はいいんですが、その先がなかなか、“出口”に困るということで、苦勞されている場合が結構あります。

私のところは、療養病棟があるので、どちらかというと、急性期から受け取る側ですが、ご家族の方々が見学に来たり、いろいろなところを見て回ったりということがあります。

なるべくよいところに移りたいという気持ちは、すごく分かるんですが、かなり時間を要していて、急性期のベッドがなかなか空かないというのが現状ではないかと思っています。

その辺のベッドの回転というところについて、虎の門病院の場合をお伺いできるでしょうか。

○門脇（虎の門病院、院長）：そこが非常に大きなポイントだと思います。

当院では、救急部の中にMSWを置いて、救急患者を受け入れた時点から、どこに受け渡していくかということで、MSWが相談に乗っています。

MSWと救急部が一体となって動いているということで、高齢者の救急を受け入れ、その受渡しについて、比較的スムーズに行っている一つの理由だと考えています。

○大坪（東京都医師会、理事）：そうすると、MSWの方々の力があれば、その辺のところはかなりうまくいくということでしょうか。

○門脇（虎の門病院、院長）：そうですね。MSWは、さまざまな病院と日ごろから連携をとっていて、そういう患者さんを受け入れたいという病院もたくさんありますので、そういう連携を緊密にできるように、日ごろからしっかりやっていくことが重要だと考えています。

○大坪（東京都医師会、理事）：そうすると、いろいろな“カード”をたくさん持っておられるということですね。

○門脇（虎の門病院、院長）：たくさんかどうかは分かりませんが、きょう参加していらっしゃる先生方のいくつかの病院も含めて、相当な“カード”を持っているつもりです。

○大坪（東京都医師会、理事）：ありがとうございます。今後ともよろしくお願ひします。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、ちょっと視点を変えて、救急をお願いする側、また、在宅で受け入れる側として、浅草医師会の堀先生、ご発言をお願いできるでしょうか。

○堀（浅草医師会、会長）：救急の病院のベッドを空けておかないといけないということが重要ですので、そうすると、後方支援病院の活動、その先を在宅でということで、それをいかにうまくフォローアップしていくかということが、非常に大事だと思っています。

独居の方や、認知症の方などを、どのようにして地域で支えていくかということについて、コメディカルの方々と協働しながら、それを推進していかなければ、ベッドがいっぱいになって、立ち行かなくなってしまう。

ですので、お願いする立場としては、病院と患者さんの情報を予め交換しておくようにして、受け入れていただいたら、早くまた私たちが受け取らせていただくというように、いい循環をつくっていくことが重要と考えています。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、今度は回復期の先生方にお伺いしていきたいと思います。

九段坂病院の山田先生、ご意見をお聞きしてもよろしいでしょうか。

○山田（九段坂病院、院長）：当院は、都心にある中規模な公的病院という位置づけになりますが、役割が2つあります。

1つは、非常に特色のある専門医療機関としての役割です。

ご存じのように、当院は、脊椎・脊髄外科とか、最近では認知症もやっていますが、そういった専門に特化した診療機能を特色としてやっています。

そのため、区中央部にとどまらず、非常に広い範囲から患者さんが集まってきておまして、受診者の7割近くは区中央部以外からいらっしゃっていますが、専門領域におきましては、地域の患者さんの急性期の診療機能の役割も果たしていくことを、今後も維持していきます。

もう1つは、回復期として地域の高齢者を支える役割です。

当院には、「千代田区高齢者総合サポートセンター」というものが併設されています。これは、地域高齢者の医療、介護、福祉と疾病の予防に貢献するというこ
とを、一つのミッションとしています。

ですから、地域の健康・福祉関係の方との連携はもちろん、地域の医療機関と
の連携をさらに強化して、在宅とか介護施設等の方々の症状が悪化したときに受
け入れるということもあります。

また、他の医療機関で高度急性期を脱した患者さんを受け入れて、地域の患者
さんたちを支えていくということ、今後とも積極的に行ってまいります。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、東京健生病院の山崎先生、お願いいたします。

○山崎（東京健生病院、院長）：当院は、回復期というよりは慢性期が中心で、リ
ハビリや透析をやったりして、長期の方を診させていただいております。

また、良性とか悪性にかかわらず、ターミナルな人の看取りも行っています。

認知症も含めて、さまざまな介護問題を抱えている人で、結構困難な症例の方
がいらっしやいますが、MSWを中心に対応しているので、その辺については慣
れているところはあるかなと思っています。

それが当院の強味でもあるかと思えますし、地域の中での当院の役割かと思っ
ているところです。

なお、コロナの間はそんなに多くなかったのですが、ちょっと前には、虐待事
例もあって、困った状況がありました。これに関しては、行政のほうと協力して
対応しないと、なかなかうまくいかないと思っています。

この虐待というのはいろいろあって、暴力だけではなくて、ネグレクトとかも
結構ありますが、その辺で当人の方たちが分かっているという場合もあります。

実際、情報提供をしたところ、虐待をされている方から逆に訴えられたり、抗
議を受けたりするという事例もありますので、どこまで情報を出せばいいかとい
うことも含めて、いろいろ困る場合もあります。

いずれにしても、基本的には、病院間の情報提供を密にするということもそうですし、行政とも情報共有して、病院のほうでうまく動けるように支えていただくことも大事だなと思っています。

あと、コロナが長く続いた中で、いろいろな格差が生じておりまして、病院にかかれない人も結構いるという状況があります。

ですので、経済的なことも含めて、困難な方たちが増えていると思いますので、早いに生活保護につなげるとかの行政的な支援も含めて、密な連携が必要ではないかと考えております。

○藤田座長：虐待への対応や経済的な格差による問題とかの課題もご提供いただき、ありがとうございました。

では、台東病院の山田先生、お願いできますでしょうか。

○山田（台東区立台東病院、管理者・病院長）：当院は、開設以来14年目になりますが、どちらかというと高齢者に特化したケアミックスとして機能してきました。

急性期、回復期、療養の40床ずつの小さな病院プラス、150床の老健ということでやっております。

ですので、我々のミッションというのは、ポストアキュートのほか、在宅の患者さんたちのサブアキュートということで、大学病院や三次医療機関に送るまではない人たちをお預かりしております。

そのため、我々のようなところがしっかり機能できると、先ほどからお話があるような、三次医療機関の負担を少しでも軽減することができるのではないかと考えております。

そうはいつでも、ご家族によっては、完璧な治療を望まれる場合もありまして、我々のところでは、脳卒中や心筋梗塞の治療は到底できませんので、三次医療機関、二次医療機関との連携が非常に重要になってきます。

ただ、そういう場合にお願ひした病院さんからは、できるだけ早くお戻ししていただくようにして、在宅へ戻すための調整をしていくといった機能を、しっかり持てるようにしているところです。

なお、コロナの中では、高齢者の施設がありますので、クラスターの対応にも非常に苦慮しましたが、在宅患者さんや介護施設の熱発患者さんについては、できるだけ対応してきました。

ただ、陽性となると、転送がなかなか難しいということで、自施設で対応せざるを得なかった症例も、この第8波の中では多くありました。

いずれにしても、二次、三次の医療機関に負担が余りかからないように、我々としてはできる限りのことをやっていきたいと思っております。

特に、在宅患者さんの登録制をお願いして、普段から医師会の先生方と情報共有しながら、比較的軽症の場合は、わざわざ救急車に乗せなくても済むようにできればと思っております。

そして、在宅及び我々のような“一、五次”の医療機関と協力して、地域ごとに丁寧に受けていくということが、今後は求められるのではないかと思っております。

我々のところは、特殊で専門的な診療科はありませんが、総合診療科を中心に、高齢者に対してできるだけ断らないように対応して、なるべく早く在宅に帰せるようにして、我々の病院でできないことは、その都度、二次・三次医療機関をお願いすることにして、全体のリソースを有効に活用できるように頑張っているつもりです。

○藤田座長：ありがとうございました。

では、今度は、慢性期の病院の先生からお話をお伺いしたいところですが、この区中央部では、浅草寺病院さんだけがきょうはご参加いただいていますので、黒田先生、お願いいたします。

○黒田（浅草寺病院、院長）：当院の場合は、急性期病床60床と療養病床が60床ということになっていますが、実際は、一般病床の中の25床は、回復期の地域包括ケア病床という形で、管理料で行っております。病棟が2病棟ですので、届け出はそういう形になっております。

地域の小さい病院ですが、周りには高齢者が多いということもありますので、在宅の高齢の患者さんの入院の受入れを含めて、地域の医師会の先生方と協力してやっております。

ですので、これが強いという診療科はありませんが、さまざまな疾患を高齢者は持っておりますので、そういった在宅の高齢者の治療をして、また地域に戻すという形の取組みを行っております。

また、当院の場合は、療養病床もありますので、回復期の地域包括ケアも含めて、高次の医療機関から、なかなか在宅に戻せないというような方を受け入れて、在宅に戻せるように努めておりますが、場合によっては、ターミナルも含めて、看取りという方も多くいらっしゃいます。

なお、うちの場合は小児科の診療科を持っていて、外来の診療を行っていて、入院ができないところが難点ではありますが、地域の中での小児医療も行っております。

このようにして、地域の医療機関として、診療所の先生方との間に入って、診られるところは診て、高次の医療機関に送るべきときは送るという形での連携をさせていただいております。

○藤田座長：ありがとうございました。

80代、90代、ときには100歳代の方々に対して、病気が治ってもすぐに自宅での生活に戻れるわけではないという、非常に難しいケースが多々あると思いますが、先生方が非常に苦労されているということが、本当によく伝わってまいりました。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷理事：先生方からいろいろなお話を聞くことができ、ありがとうございました。

この地域においては、機能別に言えば、回復期と慢性期が少ないということになっていますが、さらに、高齢者施設も少ないと思われます。

今までは自宅で生活していたけれども、病気やけがをきっかけに、自宅に戻れないという方が、今後さらに増えていくと思いますが、この圏域の中では、施設入所についてはいかがでしょうか。

統計的には区中央部から外に出ていく人が多いという数字が出ていますが、そのあたりの施設入所の状況について、「困っている」とか、「何とかやっているが」というようなお話をお聞かせいただければありがたいです。

○藤田座長：では、どなたかお答えいただけるでしょうか。

九段坂病院の山田先生のところはいかがでしょうか。

○山田（九段坂病院、院長）：手元に詳しいことが分かるものを持っていませんが、一般的に言えるのは、今おっしゃったように、この地域には少ないので、遠くの施設なら入れるという場合が多くて、話が折り合わないということがしばしばあります。

そのあたりの問題が、やはり大きな問題になっているという認識ではあります。

○土谷理事：ありがとうございました。

○藤田座長：ほかにご発言がございますでしょうか。

東都文京病院の杉本先生、お願いします。

○杉本（東京都病院協会・東都文京病院統括院長）：当院は、二次救急と地域包括ケアということで、部分的には回復期のほうのことも、機能としてはやっていますが、ベッドが空いていても、介護をする力が十分でないために、受け入れられないというようなことが、このコロナの中でもずっと経験してきております。

ですので、回復期を増やしていくという方向性で考えるならば、ベッド数だけではなくて看護師、介護士、理学療法士、コメディカルの人員の育成ということが、今後十分に行われるようであれば、そうした意向にうちの病院もついていくことはできると思います。

ただ、募集を出してもなかなか充足されないのが現状ですから、ほかの病院の先生方は十分に充足されているのでしょうか。人員が足りないために、ベッドがフルに使えないということが起きていないかということが、実際には生じているのではないかと考えております。

○藤田座長：大事なご指摘をいただきありがとうございました。

では、もう少し回復期の先生方から、転院の手配などで困っているというようなことがありますが、追加でご発言をお願いしたいと思います。

高輪病院の山本先生、お願いできればと思います。

○山本（JCHO東京高輪病院、院長）： 当院にも地域連携室がありまして、高度医療機関からの“下り”の患者さんの対応や、入院中の患者さんを診療所に紹介したり、ご自宅に帰っていただくための対応をしています。

そして、うちの場合、入院患者さんの4割程度が自院からで、6割は、自宅から入院されたり、大規模病院からのご紹介ということになっています。

療養施設へのご紹介も、この地域連携室で積極的にやってもらっていますが、どの辺りの遠方の施設まで紹介しているかは、私は把握していませんが、何とかやっているようです。

いずれにしても、こういった地域連携室の機能というものが、今後ますます重要になっていくと考えております。

○藤田座長：ありがとうございました。

では、東京健生病院の山崎先生、いかがでしょうか。その辺で目詰まりが生じていたりしているのでしょうか。

○山崎（東京健生病院、院長）：ご指摘のとおり、当院でも目詰まりしてまして、行く場所がないという人が、かなり増えているのが現状です。

特に、今はコロナのクラスターがあちこちで発生している関係もあって、いつもはそんなには混んでいなかったんですが、最近はずごく混んできているため、ほかの回復期のところに入りにくくなっているのかなと思っています。

あと、リハビリをしてもなかなか治らない人とかが多くなって、自宅にすぐに帰れない人が最近は多くなってきていて、そういう人たちを期限内にどこかの施設のお願ひするということが、なかなか難しくなっています。

都内の場合は、そういう施設が少ないので、かなり離れたところにまでお願ひすることになりますが、都内で空きがあったとしても、お金が結構かかる場合が多くて、そのために無理になってしまう方も結構増えています。

なお、当院の場合は、療養病棟がありますので、何ともしようがないときは、そちらで一旦お預かりしてから探すという“裏技”を使ってはおりますが、回復期から療養病棟へ移った場合の算定とかが、なかなかできなかつたりするので、たくさんはそれができないということで、そういうところはかなり苦労しているところですよ。

○藤田座長：ありがとうございました。

冒頭にアドバイザーの先生からもお話がありましたように、高齢者が増えて、しかも単身ということで、本当に帰るのが大変ということになっていくかと思ひます。

この点も含めて、台東病院の山田先生にもお話をお伺ひできればと思ひます。

○山田（台東区立台東病院、管理者・病院長）：区内も含めて、介護施設は多少は増えてきつつありまして、要介護の人の受入れ先が少しは充実してきたかと思ひています。

一方で、医療依存度の高い人たちは、介護施設ではなかなか受け入れてくれないということで、先ほどもご指摘があったように、我々の老健でも、従前よりは、経管栄養とかのさまざまな医療依存度の高い人たちの比率が多くなってきています。

そのため、療養型病床も非常に限られているものですよから、そういったリソースを転々としているということもあります。

ですので、医療依存度の高い高齢者で、要介護でということで、さまざまな医療の手が必要な人たちが、今後増えていくことになると、そういった人たちが、

療養費の問題やご家族の問題もあって、遠いところにまで転院先を求めないといけなくなっていくと思います。

在宅医療の場合でも、医療依存度の高い人たちの受け皿がなかなか困るというのが現状ですので、それが今後ますます多くなっていくと思われま

○藤田座長：ありがとうございました。

医療だけでは完結しないという問題が多くなっていくように思われます。

それでは、ここで、東京都医師会の佐々木先生、お願いいたします。

○佐々木（東京都医師会、理事）：この区中央部というのは、非常に特殊な圏域で、回復期から慢性期、療養のところはどうするんだということになったとき、「もともと外に出ていく人が多くて、それで何とか成り立ったきた」というような話をお聞きしていましたが、今後はそういうことでは済まなくなっていくのではないかと考えています。

また、急性期を過ぎてから、回復期などに移ったあと、圏域から出ていった患者さんの情報が、元のかかりつけ医まで届かなくなって、どこに行ったか分からないという声もお聞きしていますので、そういう患者情報の共有と、それをフィードバックしていくという仕組みを、ぜひしっかりつくっていく必要があると思っています。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、まだまだお伺いしていきたいところではありますが、この辺で時間とさせていただきます。活発なご議論をいただきありがとうございます。

それでは、次の報告事項に移りたいと思います。

3. 報告事項

- (1) 紹介受診重点医療機関に関する協議について
- (2) 在宅療養ワーキンググループの開催について

(3) 外来医療計画に関連する手続きの提出状況について

(4) 医師の働き方改革について

○藤田座長：「3. 報告事項」については、時間の都合もありますので、(1) から(3)については、資料配布で代えるとのことです。

こちらについて何かご質問、ご意見がありましたら、後日、東京都のほうに、アンケート様式を使ってご連絡いただければと思います。

それでは、報告事項(4)について、東京都から説明をお願いいたします。

○東京都(医療人材課)：東京都福祉保健局、医療人材課の鶴見と申します。

資料5の「医師の働き方改革」についてご説明させていただきます。

第1回の調整会議でもご報告させていただきましたが、その後の状況と今後のスケジュールについてご報告いたします。

まず、資料の1ページ目は、都内の病院の働き方改革の準備状況について、昨年の夏に実施した調査の結果でございます。

左下の円グラフは、「医師の時間外・休日労働時間の把握状況」ですが、「副業先・兼業先も含めて把握している」という病院は、まだ全体の4分の1程度となっております。

2ページ目は、「特例水準申請予定の有無」についてです。

「申請予定」とお答えいただいている病院が約4分の1となっておりますが、「検討中」という病院が1割以上ございます。

3ページ目では、「参考」として、圏域別の調査の回答率をまとめております。回答率が低いと状況把握が困難となりますので、今後とも調査にご協力いただければと思います。

4ページ目は、「圏域別宿日直許可・申請状況」をまとめております。

区中央部では、35%の病院さんが「取得済み」となっておりますが、「申請準備中」「申請予定だが未着手」という病院も、まだ多くあるという状況でございます。

これからの病院さんにつきましては、勤務環境改善支援センターの支援等もご活用いただければと思います。

5 ページ目以降に、特例水準の指定を受ける場合の手続きについてまとめております。

そして、6 ページ目には、スケジュールをお示ししておりますが、令和6年4月に間に合わせるために逆算しますと、評価センターの受審を8月までに申し込んでいただく必要がございます。

直前になりますと申請が集中するため、可能な限り6月末には評価受審をしていただきたいと考えております。

ご説明は以上です。よろしくお願いいたします。

○藤田座長：ありがとうございます。

では、土谷理事、お願いします。

○土谷理事：医師の働き方改革については、各病院においてやるのが2つあります。1つは、宿日直許可の対応で、もう1つは、特例水準の申請です。

この区中央部では、宿日直許可に対しての準備が進んでいるとなっておりますが、できるだけ多くの医療機関に取得していただきたいと思っています。

その場合、ご相談いただきたいところが2つあります。

1つは、東京都医療勤務環境改善支援センターで、特例水準の申請のためのサポートをしていただけます。例えば、時間短縮計画等の作成についても、アドバイスをいただけることになっています。

もう1つは、厚生労働省にある「宿日直許可申請に関する相談窓口」です。

この厚労省の相談窓口でメールで相談していただくと、厚生労働省が地元の労働基準監督署と直接話をして、かなり後押ししてくださいますので、ぜひご活用いただければと思います。

○藤田座長：ありがとうございました。

この件に関して何かご質問等はございませんでしょうか。

では、ここで、高度急性期の先生方に、進捗状況をお聞かせいただければと思います。

東京大学附属病院の瀬戸先生、よろしくお願いいたします。

○瀬戸（東京大学医学部附属病院、病院長）：当院では、2024年4月に向けて、粛々と作業を進めております、

大学病院ですので、ほとんどの医師が外勤に出ておりますので、そちらの勤務時間の把握に努めております。それを管理するアプリをつくっていて、自分でも登録して把握することによって、その部分をしっかりしていきたいと考えております。

一方、いろいろ問題があることも間違いなく、外勤先が宿日直の許可を得ているかどうかとか、勤務間インターバルとか、その辺についても確認しながら、この作業を進めているところです。

あと、特例水準については、助教以上は裁量労働制なので、研修医は「A水準」で、それ以外の医師は「連携B水準」をとということで、この3月までには提出する予定でおります。

○藤田座長：ありがとうございました。

聖路加国際病院の石松先生のところはいかがでしょう。

○石松（聖路加国際病院、院長）：当院は実は、働き方改革に関して、2016年に、労基の調査を受けましたので、そのためもあって、早い時期から、「変形時間労働制」に多くの科が移行しましたので、先ほどの問題に関しては、ほぼ解決していると思っております。

それでも、時間外に関しては、一部の診療科あるいは一部のドクターの中には特に長いところがありますが、診療科全体で長い場合は、人員を増やすということを考えております。

○藤田座長：ありがとうございました。

なお、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、お願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

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。どうもありがとうございました。

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、まことにありがとうございました。

最後に、事務連絡がございます。

本日の会議で扱いました議事の内容について、追加でのご質問やご意見がございます場合には、事前に送付させていただいておりますアンケート様式を使って、東京都あてにお送りください。

また、We b会議の運営方法等については、「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、東京都医師会あてに、会議終了後1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)