

[令和4年度 第2回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩北部〕

令和5年1月19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』

〔北多摩北部〕

令和5年1月19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、北多摩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、各自ご準備をお願いいたします。

それでは、開会にあたりまして、東京都医師会及び東京都より、開会の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。

この調整会議は年に2回やっていますが、今年度の2回目はポイントが3つあります。

1つは、病床配分で、2つ目は、地域での医療連携についてです。

地域医療構想を考えると、テーマは2つありまして、病床の話と地域連携で、それぞれが今回の2つとテーマとなっています。

病床配分については、今回この地域はありませんので、ポイントが2つになるということです。

地域連携については、今回は特に、これからは高齢者がどんどん増えていきますので、今のコロナのように、高齢者救急が増えていったときに、地域の一般診療が維持できるのかといったところで、この高齢者救急についてお話しいただきたいと思っています。

こちらの北多摩北部は、非常に連携が整っているという印象がありますので、高齢者救急もそれなりにやっていけそうだとすることであれば、ほかに課題はないのかということでの話もいただければと思います。

3つ目の課題は、医師の働き方改革についてです。

こちらについては報告事項ですが、今後のスケジュール等について、ご関係の方々は注意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。いつもお世話になっております。

新型コロナの感染症数は、きょうも若干減っております、1週間平均で1万人を切ってくるぐらいにはなっております。

ただ、一方で、一般の救急車の出動件数が、まだ1月17日現在ですが、昨年度は、1月6日に大雪が降りまして、1日3000件という救急の出動件数がありました。それを上回るような件数で進んでおりまして、一般救急も大分ひっ迫しております。

また、インフルエンザの流行も始まってきているようでございます。

そうした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。

本日は、今もお話ありがとうございました。2025年に向けた対応方針の確認とともに、地域での医療連携についてお話をさせていただくことになっております。

また、医師の働き方改革についても、状況報告とかもございますので、限られた時間ではございますが、どうぞ活発なご議論をいただきますようお願いいたします。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いてですが、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いては、後日、公開となっておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、これ以降の進行を石橋座長をお願いいたします。

2. 議 事

(1) 2025年に向けた対応方針の確認について

○石橋座長：座長の、東久留市医師会の石橋でございます。

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。

それでは、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回目の調整会議において、議論の進め方についてご了承いただき、その後、各医療機関に対応方針の確認ですとか、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諮ること、そして、今後ますます増えていく高齢者救急等に着目して、医療連携に関する意見交換を行うこと、この2点を行っていただきたいと思います。

資料1-1-1は、説明動画をご覧いただいているかと思いますが、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（北多摩北部）」をご覧ください。

こちらは、北多摩北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日予定の病床数と必要量との差になっております。

北多摩北部では、急性期が必要量を上回っており、その他の高度急性期、回復期、慢性期が下回っているという状況になっております。

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、例えば、今回は慢性期が必要量を下回っていますが、例年の病床機能報告では、必要量を上回っているという点にご留意いただければと思います。

スライド2は、調査票でお聞きした「さまざまな患者への対応困難度」について、北多摩北部の回答をまとめたものになります。

「対応困難の理由」を下段に抜粋しておりますが、「精神科や認知症を専門に診る医師及びスタッフが不在である」とか、「調整が多岐にわたり、非常に時間を要する。社会資源が整っていないことも多く、制度の狭間に陥ることも多い」などの理由が挙げられております。

こちらの資料の最後には、他圏域の結果も付けておりますが、圏域ごとに特に際立った特徴があるというわけではなく、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は苦慮されているという状況が見てとれます。

他圏域の結果も併せまして、各医療機関が具体的にどのようなことに困っているかや、それらの課題について何か自院で工夫されている取組みはあるかという視点でご覧いただければと思います。

次のスライド3は、「意見交換①」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いただきたいと思います。

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。各医療機関の対応方針をまとめたものです。

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ります。

確認票の提出があった医療機関名ですとか、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できればと思っております。

こちらの資料をご覧いただきながら、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。

続いて、意見交換の2点目は、高齢者救急や社会機能上の課題を持つ患者さんに対し、地域での対応力を高めるために、どのような工夫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、1-3-1をご覧ください。

こちらもエクセルでお送りしておりますが、調査票で回答いただきました、各医療機関の強みや特色のある診療分野をまとめている資料となっております。

「傷病分類」の欄を見ていただくと、「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並んでいます。

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、「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ことが分かるようになっています。

特に高齢者の急性期症状について、地域の強みである分野とか、逆に、手薄になっている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

者さんに対して、どのように対応できるかといったことについて、意見交換を行っていたきたいと思います。

具体的対応方針に関する議事のご説明は以上となります。

○石橋座長：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と申します。

このたびは、高齢者救急に関して議論していただくということで、私からは、そのニーズの将来予測のようなものと、もう1点、“出口”の難しさというところについて、資料を提示させていただきたいと思います。

こちらは、北多摩北部の地域の65歳以上の人口ですが、2040年に向けて増加傾向にあります。このうち、80歳以上のところに限定しますと、2030年ごろに最多になるという予測になっております。

また、こちらは、東大の研究室のシミュレーションによる予測で、有病率というのは、教育水準とか健康状態が向上しているという中で、徐々に少なくなっていく、人々が健康になっていっているという傾向がありますが、そういったことを加味した将来予測になります。

60歳以上のフレイルに関しては、左が男性で右が女性の有病率を示しておりますが、2040年に向けて、男女とも増加するというシミュレーションの結果になっております。

認知症に関しては、教育の向上などによって有病率が減少しているという状況が見られまして、男性では低下するという予測になっておりますが、女性では増加するという結果が出ています。

また、単独の疾患の有病率とは別に、複数の疾患の併存ということが問題になっております。

こちらは、東京都の75歳以上のレセプトデータを分析した結果ですが、3疾患以上併存している方というのが、全体の6割に達するというところで、例えば、

高血圧、潰瘍性疾患、虚血性心疾患といったものを合併している人が多いという結果になっています。

また、併存疾患が多い人には、さらに、要介護とか要支援の割当が高いということで、そういった高リスクの方にさまざまな疾患とか介護状態が蓄積しているという特徴が、ニーズ側にあると考えられます。

また、“出口”に関しましては、社会的な調整等に関して、例えば、単独世帯の割合というのが今後増加するという予測になっておりまして、こういったことも今後影響してくるのではないかと考えられます。

○石橋座長：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。

○高久（一橋大学）：一橋大学の高久です。

医科歯科の木津喜先生のご報告と少し重なるところもありますが、以前の調整会議で、東京都の年齢階級別入院患者の将来予測というものを行ったことがあります。

この年齢階級別に見ますと、84歳とか90歳という年齢の方の入院が増加が、顕著に見られますが、これは、北多摩北部でも同じではないかと思えます。

ですので、“出口”のところで、キーパーソンがいないとか、身寄りがいない、認知症、介護度が高いといった方の受け手を、どうやって地域で確保していくかということが、非常に重要になると思っております。

ちなみに、病院の機能別にいくつか見てみると、例えば、DPC病院とそのほかですと、DPC病院では、認知症がある、介護度が高いといったことについては、ほとんど非常に困難だとは答えないという傾向があるのかなと思われれます。

また、在宅医療支援病院についても、同様の傾向があります。

病院ごとに傾向が異なりますので、情報共有をしっかりといただく必要があると思っております。

○石橋座長：ありがとうございました。

それでは、これから皆さんのご意見をいただいた上、合意を得たいと思っておりますが、基本的には、各医療機関の方針を尊重して、病床配分も含めて対応方針を考えていくことになるかと思えます。

これに関しまして、先ほど、北多摩北部地域では、高度急性期が若干少ないが、急性期は結構あり、回復期と慢性期は数字的には少し多くなっている。ただし、まだご回答いただいていない病院もあるというようなご報告がございました。

この辺も含めて、皆さんの実感とか、今後の方向性ということにつきまして、ぜひご意見をいただければと思います。

信愛病院の越永先生、どうぞ。

○越永（信愛病院、院長）：高齢の認知症の人がこれからどんどん増えていきますが、うちの病院では、回復期のリハビリテーション病床を60床持っている中で、入院してくる人のほとんどが80歳以上という現状があります。

認知症の方というのは、転倒しやすく、大腿骨骨折をして、救急病院に運ばれることが多いです。そこでは、手術まではしてくれますが、そのあとのリハビリが必要ということで、認知症の患者さんが、回復期リハビリテーション病棟のある病院に転院してくるわけです。

ただ、その際、認知症の治療が十分できないので、実際にはリハビリにならなかつたりして、次にどこに出せばいいかわからないぐらいになってしまうことがほとんどというのが現状です。

そのため、「認知症治療病棟」だとリハビリをすることが認められているので、うちの病院の病棟の中の1病棟を「認知症治療病棟」に転換して、術後の患者さんを認知症の治療とともにリハビリをしたいということを、東京都に働きかけたことがあります。

ただ、東京都の病床というのは、認知症治療病床というのは、精神科病床の中のくくりに入っていて、「精神科の病床はこれ以上増やさないという方針が決まっているので、それはできません」という答えだったんです。

これから認知症の方が増えていって、外傷の方が増えていくにもかかわらず、認知症の病床は増やせないということになると、実際には治療にあたることができないということが、ほとんどになってしまうのではないかと思います。

「では、認知症の病棟だけは精神科の病棟のくくりから外すことはできないのか」という質問もしましたが、「現状では、認知症病床というのは、精神科病床のくくりに入ってるので、それはできません」ということでした。

どこの回復期リハビリテーション病棟でも、認知症のある患者さんが、手術を受けたあとで入院してこられたときの対応は、非常に困っているのではないかと考えていますので、そこを何とかできないかと考えておりますので、よろしくお願ひします。

○石橋座長：ありがとうございました。

今のご質問に対して、東京都からお答えいただけるでしょうか。

○奈倉課長：東京都福祉保健局計画推進担当課長の奈倉でございます。

先生が今お話になった精神科の認知症の治療の病棟というのは、「認知症疾患の治療病棟」と言われているところのお話かなと認識いたしました。

私は、認知症の治療病棟を持っている松沢病院に、過去に勤務していたことがございまして、確かに精神病床でやっております。

ただ、そこで行われているリハビリというのは、実は、運動器のリハビリではなくて、認知症の社会行動的な症状に対して、薬物療法とかいうもので、社会生活が営めるような形にしていくというような治療を、リハビリとしてやっているのが主で、精神科のOT（作業療法）のリハビリテーションをやっていたような記憶がございまして。

ですので、いわゆる回復期リハビリテーションでやるようなリハビリとは、かなり異質だったという記憶がございまして。

お答えには直接なっていないのですが、着眼点としては、今後は、精神科でないところの病棟で、運動器のリハビリを行うようなところでも、認知症対応が必要であるということは、おっしゃるとおりだと思います。

すぐにお答えできることはございませんが、ご意見として承りました。ありがとうございます。

○越永（信愛病院、院長）：現状では、回りハの病棟のスタッフというか、どこの病院でもそこが困っているところです。

要するに、認知症の治療をしながらリハビリができるというところがない限りは、例えば、精神科専門の病院では、術後の患者さんを受けてくれないわけですから、そうすると、それに対応しないわけにはいかなくなると思っていますので、よろしくお願いします。

○奈倉課長：今おっしゃったお話というのは、例えば、今の回復期リハビリテーション病棟において、認知症に対する薬物治療とかができる機能が持てるような仕組みというか、診療報酬上の体系ですとか、そういう……

○越永（信愛病院、院長）：いや、違います。

認知症の患者さんというのは、異常な行動をしたりするので、認知症専門の治療が必要な患者さんなんです。だから、「リハビリの病棟で対応しろ」と言われても、実際に認知症が非常に悪いと、最初からもう「受けられません」とお断わりせざるを得ないのが現状なんです。

ですので、精神科のお医者さんを置いておいて、それと一緒にリハビリのお医者さんとリハビリのスタッフがいるという状況をつくって、そういう患者さんを受けざるを得ないというのが、今考えていることですが、これはもう現実にそうなっているので、みんな困っています。

例えば、大きい病院で手術したあと、認知症がひどいとか、大きな声を出すからとかいうので、みんな断わっているんじゃないかと思っています。

○鈴木部長：福祉保健局医療政策担当部長の鈴木です。

もっともなご意見だと思いますので、持ち帰らせていただいて、ご意見として承りたいと思っております。状況がよく分かりました。ありがとうございます。

○越永（信愛病院、院長）：よろしくお願いします。

○石橋座長：ありがとうございました。

なるべく早く、在宅なり施設に帰していただくことも、一つの解決策かと思っております。

グループホーム、特別養護老人ホームのお世話をさせていただいていますが、ほとんどリハビリをしないで帰ってきているという状況が結構あります。

歩ける人は歩けるし、歩けない人は歩けないという状態で、非常にいい状態としてどんどんリハビリを進めていって、歩けるようになるかということ、なかなか難しいです。

その中で一番困っているのが、リハビリのスタッフを介護施設の中で雇えないということです。もともと雇えているところはまだいいですが、そうじゃないところでは、外から訪問リハは入れないです。

ですので、施設に帰ってしまうと、リハがしづらいというところで、マッサージサービスの人にリハを学んでもらったり、やっていただいたりという方法で、何とか切り抜けています。

そういう意味で、早く帰れる体制もつくれるといいなと思っております。

今のお話のように、回復期の先生方だけではなくて、急性期の先生方も、認知症の方がせん妄状態になると、本当に手に負えないということで、苦勞されているかと思えます。

そこをどう対応していくかということが、今後大きな課題になっていくと思いますので、認知症を診ていただける方を揃えていただければ、それに対してのきちんとした保障があるといいかなと思いますので、今後検討していただければと思います。

それでは、高度急性期の上西先生、ご意見をお願いいたします。

○上西（公立昭和病院、院長）：私どものところにも、認知症とか精神疾患の患者さんをよく診ますが、それに関して、前からずっと言っていることがあります。

それは、「私どもの病院に精神科の病床を4床でいいからつくらせてほしい」ということですが、絶対に認めてもらえません。

これは、越永先生が今おっしゃったように、精神疾患の高齢者を含めて今後どうすればいいかということ、根本的に考え直してほしいと思っています。

これは、東京都の管轄とは違うらしいですが、「精神科の病床が多いから増やさない」というような形式的なことではなくて、実質的な医療の観点からぜひ考えていただきたいと思います。

○石橋座長：ありがとうございました。

その辺のところもぜひご検討いただければと思います。

それでは、時間の関係もごさいますので、この議題におきましては、この圏域の2025年に向けた対応方針として、各医療機関の対応方針を尊重しながら進めていき、有床診療所に関しては、病床数が少なく圏域に与える影響が軽微であることから、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て、今回の合意に含めたいと思っております。

また、確認票が未提出の病院におきましては、今回の合意には含めず、来年度以降の調整会議において確認、合意を図るといような取扱いにさせていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

[全員賛成で承認]

ありがとうございます。

それでは、次に、将来に向けた地域医療連携について、意見交換を行いたいと思います。

今の認知症の問題というのも、ここに必ず入ってくると思いますが、それ以外の部分、特に、高齢者の救急の問題につきまして、皆さまのご意見をいただきたいと思っております。

北多摩北部地域は、どちらかというと、ほかの地域よりも高齢化の進行が早いので、東京都のモデルになるような場所になるのかもしれませんが、高度急性期、急性期、回復期というところが、比較的うまく連携をとっていただいています。

例えば、病病連携の会等が活発にずっとご活躍いただいております、公立昭和病院の上西先生にはご苦労いただいております。

そういうことで、比較的うまくいっているほうかもしれませんが、そうかといって、本当に安心していただけるという状況でもございませんので、この高齢者救

急の現状と今後につきまして、先生方のご意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

では、まず、高度急性期の公立昭和病院の上西先生、この点についてはどのようなご見解をお持ちでしょうか。

○上西（公立昭和病院、院長）：高齢の患者さんというのは、複数の疾患を持っていらっしゃる人が多いのと、誤嚥性肺炎とかを繰り返し起こします。

ですので、どういう患者さんがどこの病院にいて、どういう疾患であるかという情報を、お互いに共有しないと、なかなかすぐに受けられないと思います。

それをやるためのシステムが必要になりますが、それを個々の病院が持つことはとてもできませんので、それこそ、東京都がそういうシステムを構築するなり、バックアップしていただいて、情報を共有できれば、「じゃ、この患者さんならうちで診られるから」という話が進むと思います。

そうなれば、救急になる前でもある程度分かると思いますし、救急になったとしても、そういう情報を共有できれば、前もって受入れ態勢もできますので、そういう情報をお互いに知り合うシステムが、一番必要だと思いますので、これについてのサポートをぜひお願いしたいと思っています。

○石橋座長：ありがとうございました。

「東京総合医療ネットワーク」というものを、東京都医師会で今一生懸命進めさせていただいていますが、土谷先生、その辺も含めてお願いいたします。

○土谷理事：医療連携といったときには、ポイントは2つあります。1つは、顔が見える連携ということで、信頼関係を含めて、そういう連携を構築していくということです。

もう1つが情報の連携になります。今は顔が見える連携が中心ですが、将来的に情報ネットワークがうまくできるかということ、もう少し先の話になるのではないかと考えています。

電子カルテをお互いの病院で全部見られるようになったら、情報共有が進むかということ、実は、そうでもないのじゃないかと思っています。ないよりはましで

すが、情報が有り過ぎると、逆に、面倒なことになる可能性もあるのではないかと思います。

必要な情報が必要な分だけ適切に、瞬時に分かるということが求められていますので、そういう情報連携ができるようになったときに、お互いに何が知りたいのかということを、今から話し合っていけるようにしていけばいいかと思っています。

○石橋座長：ありがとうございました。

相互のカルテを見られるということで、昭和病院さんも地域の診療所と結ぶということで、いろいろ検討していただいています。こういうことだけではなく、必要な情報が最小限できちんと見られるような体制が必要なかもしれません。

それでは、今度は、“出口”戦略ということも含めて、さまざまな病気を持っていらっしゃる高齢者が、救急で高度急性期の病院に運ばれると、余り長く入院されるわけではないので、次の病院に移っていかれることにはなりますが、受け手側の立場で、回復期ということだけでなく、「こういうふうにすればどうか」というようなご意見をいただければと思います。

高度急性期の、複十字病院の大田先生、お願いいたします。

○大田（複十字病院、院長）：当院の位置付けとしては、自分たちからの申請では急性期ですが、高度急性期というのがクリアできるのか分かりませんが、来られたときには、レスピレーターまではできるという形で対応することになります。

それから、情報に関しては、急性期で受ける側は、例えば、その方のバックグラウンドとか、いろいろな疾患をお持ちで、クリニックとかに通っておられる場合、そのときの情報がこちらからぱっと見られると、こちらでは迅速に、適切な対応ができると思っています。

あと、DNRについて、普段からかかりつけ医の先生との間で、家族の方も含めて、コンセンサスができているかということも、今後は多くなっていくと思われるので、そういう情報も分かればいいと思います。

それから、入院してから、いろいろな処置をして、急性期の不安定な状況が落ち着いたとしても、その途中も含めてですが、認知症はもちろん、高齢化による

フレイルとかから来る介護の必要度が上昇していきますので、原疾患がよくなったとしても、それ以上に、医療従事者の疲弊を招いているのが事実だと思います。

そういう状況に対して、改革というか、考慮したシステムを、行政のほうでぜひお考えいただければと思っております。

もう一つは、多疾患を持っていらっしゃるので、病院の中に全部の専門家がいるわけではないので、病病連携、病診連携がスムーズにできるためにも、今回、それぞれの施設がカバーできる範囲を出したわけですが、そのあたりがきちんとネットワーク化されるということが、地域の医療の充実につながってくと考えております。

○石橋座長：ありがとうございました。

今のお話の、多疾患を持っている患者さんに対して、北多摩北部ですと、神経疾患、呼吸器疾患のすばらしい病院がたくさんございますので、そういう部分では、安心してお任せできます。

ただ、いろいろ疾患をお持ちであると、ちょっと受けづらいところがあるということで、いろいろな連携をやりながら、カバーできればということだと思います。

その辺のところ、「こういうふうにすると、いろいろな疾患を持っている人たちに対応しやすい」というようなことがあるでしょうか。

例えば、「老年科のドクターがいたほうがいい」とか、「総診の先生がいたほうがいい」とか、そういうことも一つの話になるかと思いますが、何かアドバイスとかご意見とかがあれば、いかがでしょうか。

大田先生、お願いします。

○大田（複十字病院、院長）：当院で欠落しているものを考えますと、例えば、結核の方の場合など、透析の対応が悪くて、よそから機械を借りてきたりして、1例とか2例のときはやることはありますが、そういったときに、このエリアの中で、基本的にどこの病院と連携できるかがうまくいっていると、大変ありがたいです。

公立昭和病院には大変お世話になっていますが、新山手病院から借りてきて、やっているということもあります。

それぞれのところで、「これはできます。こういうときにはちゃんと協力する」ということが、お互いに合意に達していて、可能な限り協力し合って、メインな疾患についてどこに力点を置くかということ、はっきりさせながらやっていければと思います。

このようにすることによって、それぞれの症例に合った個別化した医療の実現につながるのではないかと考えております。

○石橋座長：ありがとうございました。

「ここの分野に関しては、うちで受けられます」というような情報を、みんなで共有できるといいというお話ですね。

○大田（複十字病院、院長）：はい。急性期は急性期でそれぞれの持ち分がありながら、それでも、専門の領域が分かれていて、助け合えるということが、より明確に情報としてお互いに持っていて、協力体制をつくっていくようにできればと思います。

そして、そのあとも、退院後のサブアキュートなども含めて、全体の流れが一つの台に乗っているということがわかればいいと思います。

○石橋座長：ありがとうございました。

そういう点も含めて、自分の得意なところや、今後こういうところを伸ばしていきたいということを知る上での資料ということで、1-3-1というものをまとめていただいたようでございます。

ただ、「どこが透析が大丈夫」とかは、なかなか見えてこない部分がありますので、患者さんに必要なものを、「ここは大丈夫」とかいうものが、より見えてくるようなデータベースができるといいと思います。

それでは、今度は回復期の先生方にお伺いしたいと思います。

ある程度落ち着いてきた方々に対して、リハをやっていくわけですが、ここで、多疾患を抱えた高齢者に対して、先ほど、認知症で非常にご苦労されているとい

うお話がありましたが、認知症はそれほどでもないけれども、多疾患を持っていることによってご苦労されているということも、結構多いと思われま

す。それに対して、「こういうふうに取り組んでいる」とか、「こういうふうに取り組むといいだろう」というようなお話があれば、教えていただければありがたいですが、いかがでしょうか。

また、「今後はこんな疾患で、とても困りそうだ」ということで、透析というお話がありましたが、認知症であれば、精神科の先生との連携とかもあるかと思

います。さらに、これ以外にも、「こういう疾患だと連携が欲しい」と思われるような疾患とかはございますでしょうか。

特に、回復期の先生方はいかがでしょうか。

小平中央リハビリテーション病院の鳥巢先生、お願いいたします。

○鳥巢（小平中央リハビリテーション病院、院長）：当院は、回復期と慢性期をやっています。

回復期に関しては、患者さんが高度急性期、急性期から転院してくるため、最新の医療、最新の薬を使った患者さんが、回復期に送られてくるわけですが、そうすると、コストの関係で非常に難渋することがあります。

ですから、送ってもらうときには、経済的なことも考えて連絡してほしいということがあります。

また、回復期から慢性期の患者さんというのは、先ほどから話題になっているように、高齢の患者さんが結構多くて、いろいろな病気を合併していらっしゃいます。

また、女性特有の病気を持っておられたりした場合、全ての病院に産婦人科の経験がある先生がいらっしゃるわけでもありません。

そういう疾患のために、また転院させるのはかわいそうだということになりますが、今の若い先生たちは、専門医制度のために、専門のことは分かるけれども、ほかは分からないというさんが結構増えています。

我々が研修医のころは、全ての科を回されましたから、ある程度は対応できるという自信がありましたが、今の若い先生は、専門以外のことは知らない、診ないという場合が多いです。

ですので、これは、東京都だけではなく、国の問題になるとは思うんですが、一次救急的なことは何でもやれるようなカリキュラムを、ぜひつくっていただきたいと思っています。

回復期や慢性期では、必要な機械もないので、検査も十分できない中で、それなりの対応をしていかなければならないわけです。

例えば、昔の軍医さんなどは、ある程度のことは何でもやっていたと思うんですが、そういう教育を、東京都だけではなく国のほうに上申して、もっとやっていただきたいと思います。

そして、「ある程度のことは診られます」ということになっていけば、先生方もいいし、患者さんもいいという、Win-Winになると思います。

それから、コロナのために廃用症候群になった患者さんが結構増えていますし、越永先生が先ほどおっしゃったような、認知症の方が骨折した場合、それを治療してまた歩けるようになったら、また歩き回って、転倒してまた骨折してしまうという危険もあります。

そういう場合、「骨折したのは病院のせいだ」と言う家族も、中にはいらっしやいます。

ですので、国民の意識を変えるためには、「何でも病院に責任がある」ということではなくて、その辺の政治的なことも、この場を借りて言うのは失礼かもしれませんが、高度急性期、急性期から回復期に送るときには、「ここまではできるけれども、それ以上のことはある程度は我慢するしかないんですよ」ということを、ご家族に言っていただくということも、必要になってくると思います。

「我々は本当に底辺のところ頑張っている」ということを言いたいのですが、そういう中で、「何とかしてあげたい」という気持ちで努力しているということ、分かっていたきたいと思います。

きょう参加されている先生方は、そういうことを分かっているらっしやると思いますが、ほかの先生方がどこまで分かっているかということ、いつも疑問に思っています。

ぐちばかりになってしまいました、よろしくお願いします。

○石橋座長：ありがとうございました。

そういう本音があるということ、東京都の方々にはぜひご理解いただければと思います。

それでは、北多摩医師会の宇都宮先生、婦人科系で困られたときには、どのように対応されているのでしょうか。

○宇都宮（北多摩医師会、副会長）：婦人科の立場から言うと、ローテーションで婦人科を回ってできるということもありますが、ある程度の診察のための器具とか施設が必要ですので、それをそれぞれの病院に置くということも、なかなか難しいかと思います。

だから、病診連携によって、往診みたいなものでやるとかができればいいのではないかと思います。

○石橋座長：ありがとうございました。

それぞれの得意な分野や、得意な先生がいらっやって、それぞれの病院がうまく連携すれば、大きな形の総合病院というものが、地域の中ででき上がるということが、もし可能であれば、そういうふうに持っていけると、とてもいいかなと思います。

そういう意味で、各病院がどういうところが得意で、そこではどういう役割を果たせるだろうかということ、今回の調査でいろいろなことが出てきておりまして、「このような分野を伸ばしていきたい」というような情報も出てきております。

ですので、それをご覧いただいて、自分の病院をどのようにしていったらいいかというところを、ご検討いただければと思っております。

まだまだいろいろお話しをしていく必要がありますが、時間が来てしまいました。

中途半端になってしまい、申しわけありませんが、こういう話は、この場ではなく、地域の中で本音の話しを続けてやっていければと思っております。

特に、北多摩においては、病病連携の委員会がありますので、ぜひこういう点を現実化していくための話し合いを、今後さらに進めていただければと思っています。

本来ならば、先生方からいろいろご意見をいただきたいところですが、本日はこの辺で意見交換を終わりにさせていただきたいと思います。

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

○石橋座長：「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いうことです。

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（医療人材課長）：東京都福祉保健局、医療人材課の岡本です。

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、都内の病院の準備状況について、昨年7月から9月にかけて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・兼業も含め把握」しているという病院は、まだ全体の4分の1に留まっております。

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4分の1、「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。回答率が低い状況と病院の状況が把握できなくなりますので、今後も調査を予定しておりますので、お手数ですが、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。

一番下の北多摩北部は、「取得意向なし」「取得済み」「申請中結果待ち」というところを併せても、まだ4割程度となっております。

申請準備がこれからの病院様におかれましては、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は、逆算いたしますと、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。

直前になる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。

ご説明は以上でございます。よろしく願いいたします。

○石橋座長：ありがとうございます。

土谷理事から追加でお願いします。

○土谷理事：医師の働き方改革の本格施行が、あと1年ちょっとになり、来年の4月からになります。

各病院においてやることは2つで、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、北多摩北部においては、進捗がちょっと遅れているようです。

これからというところもあると思いますが、そのときに頼りにしてほしいところが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、これは東京都のものです。個別に相談していただくと、具体的に対応してまいります。

もう1つは、厚生労働省にある「医師の働き方改革相談窓口」で、メールでやり取りすることになっています。ここでは、地元の労働基準監督署と厚労省が直接話をしてくれますし、具体的なアドバイスをいただけます。

ですので、この2つのご活用をぜひご検討いただきたいと思います。

○石橋座長：ありがとうございました。

医師の働き方改革が待ったなしで進んでおります。

皆さまのところのアルバイトの先生方も、かなり密接に関わってきますし、それが先生方の病院に大きな影響を及ぼすということもございますので、できるだけ早いめに、少しずつ手を打っていただければと思っております。

今のご説明について、ご質問等は何かございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

なお、この調整会議は、地域での情報を共有する場でもありますので、その他の事項で、きょうのことも含めて、ぜひ情報共有を行いたいということがあれば、挙手をお願いいたします。

よろしいでしょうか。

それでは、きょうは地域の中の医療連携をどのようにしていくかとか、超高齢社会に向けての救急対応を含めた今後の方針につきまして、議論をさせていただきましたが、本当に入り口しか入っておりませんので、先生方のお力で、さらに煮詰めていく機会を、北多摩北部医療圏として設けていただければ、大変ありがたいと思っております。

その場合は、東京都も東京都医師会がご協力いただけると思っておりますので、お声をかけていただければと思えますし、私のほうにご意見をいただければ、それをお伝えすることもできますので、よろしくをお願いいたします。

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。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まして、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)