

〔令和4年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩南部〕

令和5年1月27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』

〔北多摩南部〕

令和5年1月27日 開催

1. 開 会

○鈴木部長：皆様、こんばんは。それでは、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担当部長の鈴木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、東京都医師会より、開会のご挨拶をお願いいたします。

○土谷理事：皆さん、こんばんは。東京都医師会の土谷です。お忙しい中お集まりいただきありがとうございます。

この調整会議は毎年2回やっています、今回はその2回目になりますが、今回のテーマは3つあります。

1つは、病床配分で、今までずっとやってきましたが、今回はこの圏域ではありませんので、実質は2つの話になります。

2つ目は、地域での医療連携についてです。

最近はコロナのことが中心になっていましたが、今回は、今後増えていく高齢者救急によって、それ以外の医療が圧迫される可能性があると考えられます。

ですので、これに対して地域でどのように対応していけばよいかということについて、問題を共有していただきたいと思っています。

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。

○鈴木部長：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。

本日の会議の取扱いについては、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、公開といたしますので、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

○齋藤座長：皆様、こんばんは。座長の、小金井市医師会の齋藤です。

本日のテーマは非常に難しい内容のようで、理解するのが大変ですが、皆様の協力でスムーズに進めたいと思いますので、よろしく願いいたします。

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いたしました。

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点をや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ので、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（北多摩南部）」をご覧ください。

こちらは、北多摩南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。

北多摩南部では、高度急性期が必要量を上回り、その他の急性期、回復期、慢性期が下回っているという状況です。

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若干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。

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ければと思います。

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。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、この資料1-2-1の黄色く塗られた病院のところについて、こういった機能を認めていただけるかどうかということですが、何かご意見のある方はいらっしゃるでしょうか。

そもそも、各病院からの申告を尊重するということが前提でしたので、これについて何か文句をつけるというようなこともありませんし、皆様の合意をいただければ、今回きちんと報告していただいた病院については、これでもよろしいかと思いますが、そういうことでいいでしょうかということです。

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 個々の病院が、「高度急性期はこれだけやる、急性期はこれだけやる」というようなことを、皆さんで共有して、合意していただくということが、国からいただいた宿題になっています。

この圏域では、先ほど報告がありましたように、2025年の必要量としては、高度急性期が多くて回復期が少ないという形にはなっていますが、これについては、あと1年ちょっとしかないわけです。

そういう中で、現状の比率とかなり違っているので、大きな混乱が起きているかという点、決してそんなことはないと思います。

ですので、必要量に合わせるということは、東京都医師会としては、する必要はないと考えていまして、現状の延長線で、地域の実情に即してやっていただければと思っています。

ですから、それぞれの病院が地域の実情を鑑みて、「こういった医療を回復期でやっていきたい」というようなことで、皆さんで合意していただければと思っていますので、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。

そのような考え方で進めていきたいと思いますが、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、各医療機関の対応方針を、2025年に向けた対応方針として、この圏域として合意することとしてよいでしょうか。

それから、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でしょうか。

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でしょうか。

このような取扱いで合意することによいでしょうか。

[全員賛成で了承]

○齋藤座長：それでは、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。

ではまた、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（北多摩南部）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、北多摩南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。

「精神科標榜、医師の配置がなく、認知症を含め精神疾患による薬剤調整が難しい」とか、「キーパーソン・身寄りがいない場合、成年後見制度の活用が必要になるが、時間がかかり、急性期の入院期間にそぐわない」といったような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、圏域ごとに何か際立った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。

○齋藤座長：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年に向けて増加するという予測となっております。また、80歳以上につきましては、2030年ごろに最大になるという予測となっております。

また、高齢者の有病率についての予測としては、健康状態が向上している傾向があるとか、教育水準が上がっているということで、疾患によっては、将来的には有病率が下がると言われております。

ただ、例えば、フレイルの数につきましては、2040年に向けて余り変化がなく、2割ぐらいの方がフレイルであるということが予測されています。

一方、認知症の有病率は、男性では低下するといった予測もございます。

また、高齢者の特徴として、複数の疾患を有する高齢者というお話がありましたが、東京都の75歳以上のレセプトを分析した結果によると、約6割の方が3疾患以上の慢性疾患を有しているということが分かっております。

また、さまざまな疾患を多く有する方については、介護度がより高いということも言われております。

以上のことから、複数の疾患を持っている高齢者の、急性期のニーズが高まるということが考えられます。

最後に、65歳以上の高齢者の単独世帯の数というのが、今後増加すると言われていますが、このような方は、キーパーソンが不在の可能性が高いと思われまますので、そういった方の社会的な需要というのも高まっていくことが想定されます。

○齋藤座長：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。

先ほどの木津喜先生の報告と重なる部分もありますが、こちらは、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入院患者数の将来予測を示しております。

5歳刻みで年齢を分けていますが、特に、85歳以上、あるいは90歳以上の入院患者数が大幅に増加するということが見込まれております。

特に、90歳以上で見ますと、2020年から1.1万人から、35年あるいは40年には、2倍以上に増加するということが見込まれております。

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、将来的には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、このような方々は、認知症とか要介護認定を受けていたりして、生活上のサポートが必要な方が増加するということが見込まれておりますので、こういった生活上のサポートができるような医療提供体制をつくっていくということが、喫緊の課題となっているのではないかと考えられます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

80歳以上の方は2030年ごろに一番多くなって、フレイルの方は2割ぐらいで、認知症については、男性については少し減るだろうということです。

それから、多疾患が並存していくような状態の高齢者が増えていくということと、単独の世帯も増えていくだろうということで、対応が非常に難しくなるだろうというお話でした。

また、入院患者の半数ぐらいが80歳以上になる時代が来るだろうということで、生活のさまざまなサポートが必要になってくるだろうということで、救急医療のほうにも、それを支える医療が必要になってくるというお話だったかと思えます。

それでは、将来に向けた地域医療連携についての意見交換ということになりますが、何かご意見がある方はいらっしゃいますでしょうか。

では、まず初めに、副座長の小川先生が、研究発表をしていただけるということですので、議論のきっかけとしてお願いしてもよろしいでしょうか。

○小川（副座長・東京都病院協会・調布東山病院理事長）：研究発表ではないんですが、2月26日に、東京都病院協会の学会がありまして、そこで、この圏域の武蔵野赤十字病院院長の泉先生にもご協力いただくことになっております。

この学会の開催にあたっては、まず、特に人口密集地域ということで、西多摩とかはちょっと違いますが、そこで一段と問題になるのが高齢者救急だろうと捉えています。

それに関して、今回の診療報酬改定が結構ドラスティックで、特に地ケアについては、定義がすごく定まって、影響を受けている医療機関が多くて、皆さんがどのように自分たちの病院の役割を変えていくかということと、今後の東京の問題を支えられる医療提供体制になるかということで、瀬戸際のところが結構あるということで、病院協会のいろんな先生方と話をしてきました。

まだ全体像は見えていませんが、診療報酬改定でどのように自分たちの病院を変えていったか、それによってどんな影響が出ているか、それから、地域連携について、現状はどのような点で困っているかということ、ディスカッションすることにしています。

なお、武蔵野赤十字病院さんというのは、一番初めに「診療情報提供書」を作成して、それを地域に導入されたということで、連携については皆さんを引っ張っていただいている病院なんですね。

この学会についてですが、2月26日（日）の3時から、市ヶ谷で、東京都病院協会の慢性期医療委員会と、私が医療保険経営管理委員会の責任者をしていいますが、合同で話し合いをしようということにしています。

今回の診療報酬改定は、ターゲットが地域包括ケアシステムだったのではないかとちょっと感じています。

東京では、2040年になると何が起きるかということ、75歳以上、85歳以上の人口が増えることで、医療のニーズもまだまだありますが、介護のニーズの両方が必要な患者さんが増えてくるということです。

ただ、西多摩のほうは、地方と同じように、医療ニーズがむしろ減ってってしまうということで、ちょっと違うんですが、高齢者が増えると何が起きるかということ、疾病による救急搬送が80歳以上でぐっと増えるということです。

私たちは、コロナ禍の中で“東京ルール”のニーズが増えていて、「呼んでも来ない」という恐怖を味わいましたが、コロナではなくて高齢者が多いということで、この状況が起きるのではないかということですので、東京の問題は、高齢者救急をどうするかということではないかということで、みんなで議論したいと思っています。

しかも、入院需要の変化は、高度急性期ではなく、どちらかというところ、地域ケア病棟の適用である、肺炎とか、高齢者の慢性心不全の入退院の繰返しとか骨折とかの需要が増えるけれども、これを受けとめる医療機関が、今どんどん減っているような気がします、皆さんはどのようにお感じでしょうか。

東京都病院協会でいろいろ話をしましたら、大学病院クラスの高機能病院は、今回特に問題はないということで、委員の昭和大学の先生がお話しされていましたが、大学の付属病院の地域の病院はかなり影響があるだろうとおっしゃっていました。

あと、200床以上のケアミックスで、二次の急性期の病棟と地域包括ケア病棟を持っているような医療機関も、いろいろな影響がありましたということです。

また、地ケアを100床以上有している病院も、かなり影響があったということです。

さらに、療養病床についても、地ケアのほうから療養のほうに機能を上げる方向に動いた病院も、影響があったということです。

それから、緩和ケア病棟を持っている病院さんも、診療報酬で今回かなり影響があったということです。

そこで、影響があった地ケアを何とか保つ方向で動いたかというお話を、今回させていただきます。

それから、北多摩南部で救急車からの患者さんを一番診てくださっているのが武蔵野赤十字病院さんですが、今年度のデータは、コロナの状況がありましたので、変わっているかもしれませんが、多摩総合医療センターさん、杏林大学さんなどもたくさん受けていただいています。

この武蔵野赤十字病院さんが今非常に困っていることがあるということ、泉先生から先日お伺いしました。

今までの連携の形が崩れてきていて、救急車を一生懸命受けても、出すところがないということです。この診療報酬改定をどのように活かしたら、その目詰まりをなくしていくことができるかということで、この地域の病院のマッピングをしてみました。

赤いところが高度急性期で、黄色いところが地域の救急病院で、当院もここに入ります。緑は精神科の病院で、白いところが回復期とか慢性期です。

こういう状況の中で私たちが今後どうしたらいいかということ、この東京都病院協会の学会でディスカッションしますので、もしよろしければ、ぜひ聞きに来ていただければありがたいです。

その上で、会場のほうからいろいろご意見をいただいて、議論していくことができるといいかなと思っております。

以上、大変長くなってしまいましたが、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。きょうの会議に即したお話をさせていただきました。

では、ここで、泉先生から、今のお話の目詰まりの状況に対して、何か打開策があればというようなことを、お話ししていただけるでしょうか。

○泉（武蔵野赤十字病院、院長）：先ほど、医科歯科の木津喜先生、一橋の高橋先生、土谷理事からもお話があったとおり、東京の場合は、高齢者がどんどん増えて救急車の必要性が増加しているということで、ほかの地方とは様子がかなり違っています。

我々のところにも、救急車が毎日、30～40台、多いときは50～60台から要請があつて、とても受けきれないという状況が続いています。

地ケア病棟を持っていらっしゃる病院に、私どもから転院をお願いできて、これまでは非常によかったんですが、今回の診療報酬改定によって、「地ケアをやめる」という病院が結構多くなったため、非常に困ってきている状況です。

そのため、転院で取っていただける病院がかなり様変わりしてきていますが、何とか慣れてきたということもあつて、やっと少しずつ受けていただけるという状況になってきています。

診療報酬改定をドラスティックに変えられてしまうと、連携がスムーズに行かなくなってしまうので、人口が増えているところで、地域医療に困らない体制をどのようにつくっていくかということが、大きな課題になると思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

地域ケア病棟をお持ちの病院が、それをどんどん閉鎖していく状況にあるということですが、それが、高齢者救急に非常に障害になってきているというお話でした。

地域ケア病棟をお持ちの先生方、あるいは、おやめになった先生方はいらっしゃるでしょうか。ご意見をお聞かせいただければと思いますが、いかがでしょうか。

では、疾患別ということで、今後、高齢者の心不全が非常に増えてくると思われまますので、榊原記念病院の磯部先生、お話しいただけるでしょうか。

○磯部（榊原記念病院、院長）：心不全は確かに増えてきておりまして、高齢化しております。

私どもの病院では、DPCのラベルで500人前後の心不全の患者さんを、毎年取っていますが、問題は、再入院が多いということで、6週間以内の再入院率が15%にもなっているということで、いろいろ努力してはいますが、余り減っていません。

かかりつけ医の先生のところにお戻しできるケースは、まだいいんですが、自立がなかなか難しくなっているような患者さんの転院先は、非常に困っています。

ちょっと話がそれますが、高齢者の救急の対応というのがテーマだと思いますので、それに関して申しますと、私どもの高度急性期で手術をしている病院として、ぜひ申し上げたいことがございます。

それは、「地域連携」ということがずっと言われてきて、また、「遠隔診療を進めよう」ということを、国でも都でも言っていますが、私どもでは、年間180件ぐらい、大動脈乖離の救急の搬送を受けておりまして、そのうちの120人ぐらいは、実は、三次救急あるいは救命救急センターからの手術依頼なんです。

つまり、そういうところに一旦入った患者さんが、手術が必要ということで、我々のところに二次転送、三次転送されてくるわけですが、当然、搬送中に亡くなってしまうという方も、年間で数名いらっしゃいます。

そのため、一刻を争う状況なのに、救命センターで撮ったCTの画像を、すぐ見ることができないのが現状です。

つまり、その画像はCD-ROMに移して、患者さんとともに、救急車が運んできますが、それを私どもの電子カルテに取り込んで、「どういう手術をするか」「手術ができるか」という判断をするため、夜中にオペ室を空けていても、それが無駄になるようなこともございます。

ですので、申し上げたいことが2つありまして、1つは、遠隔の画像診断のシステムに関してネットワークをつくって、それぞれの病院がクラウドを通して、画像をその場で共有できるシステムを構築していただくと、高齢者の救急疾患に対して大きな助けになります。

画像が共有できるシステムについては、いろいろ検討が進んでいるようですが、一日も早く便利なシステムを実用化させていただきたいと願っております。

もう1つは、搬送のシステムについてです。

私は、国の「循環器病対策協議会」の委員をしていますので、そこで繰り返し申し上げておりますが、救急の心臓の手術が必要な疾患については、今の一次、二次、三次救急、救命救急センターというシステムが、必ずしもうまくいっていないということです。

救急隊は、大動脈乖離と分かっても、循環動態が悪いと救命センターに運ぶルールになっていますが、そこで手術ができないという場合があります。その理由がいろいろありまして、昼間はオペ室がいっぱいだったり、夜は心臓外科医がそろわないということが多いということもあります。

私どものところには、救命センターから去年は60名受けておりますが、このような大動脈乖離とか救急の心疾患に対するシステムを、柔軟に変更していかないと、救える命が救えなくなってしまうというのが現状です。

東京都でも、循環器病対策推進計画を立てていらっしゃいますが、その中に、救急システムと遠隔画像診断システムの2点が、当然盛り込まれていると思いま

すが、「東京都CCUネットワーク」とか「東京都急性大動脈スーパーネットワーク」といったところで、検討していただきたいと思っております。

これは喫緊の課題だと思っておりますので、ご説明させていただきました。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。大変有益なお話をいただきました。

それでは、次に、地ケアをお持ちかどうかに関係なく、どなたかお話しいただけますでしょうか。

調布病院の山田先生、お願いします。

○山田（調布病院、院長）：当院の地域包括ケア病床は8床ありますが、今まで地域包括ケア病棟だったところをやめてしまう病院は、何が理由でやめてしまうのか教えていただいてもいいでしょうか。

○齋藤座長：今の件について、小川先生、お答えいただけるでしょうか。

○小川（副座長・東京都病院協会・調布東山病院理事長）：やめているかどうかは、東京都病院協会の学会でも、どのぐらいの病院がやめていて、どのぐらいの病院が地ケアに行っているのかということが、まだ見えてこないという状況です。

ですので、そういうことを議論して、何か見えてくるといいなと思っているところです。

今回の診療報酬改定で厳しかったのが、救急対応だったと思います。あと、外から何人以上取らないといけないといったような足かせが、「もうやめよう」という判断になっている病院さんもあるのかなと思います。

また、医師の働き方改革のこともあって、救急を受けるということは、医者をどれだけ確保できるかということもあるだろうと思いますので、それに見合う診療報酬なのかということもあるのかなと思っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、吉祥寺南病院の藤井先生、お願いします。

○藤井（吉祥寺南病院、院長）：うちは、地域包括ケア病棟があつたんですが、何年前になくしてしまっています。

原因としては、やはり医者がいないということで、急性期病院で働きたいという医者がそもそも少なくなっている状況で、確保がかなり難しくなっています。うちがやめた理由はこの理由が一番大きいです。

あと、うちの回復期の入院の患者さんの平均年齢は80代の後半で、薬剤費がかかる割にはということもあって、それもやめた理由の一つです。

○齋藤座長：ありがとうございました。

小川先生、続けてお願いします。

○小川（副座長・東京都病院協会・調布東山病院理事長）：当院は、たった83床しかないので、2病棟でまだ急性期をやっていますが、地ケアも、「直接救急に近い一次、二次をちょっとでも受けたら評価するよ」と言われていますが、その評価がすごく小さいんです。

その診療報酬の収入では、とてもじゃないですが、お給料を出して来ていただくドクターを雇えないので、結局、人数が少ない中でやらなければいけないから、みんなが疲弊していつていくということになってしまいます。

実は、こういう状況が何年の前からずっとあつたんですが、それにもかかわらず、高齢者を診るような、一次、二次救急が、東京は今どんどん減っています。

診療報酬で評価されていないということ、みんな感じているわけですが、日本全体で動いている診療報酬だからしょうがないと言われてしまえば、もうしょうがないのですが、本当にこれはまずいのではないかとこのところがあると思います。

東京とか大都市においては、プラスアルファで加算とかして評価しないと、どんどんやめていつてしまうのではないのでしょうか。

ただ、その中でも、東京都病院協会の学会では、地ケアを敢えて増やした病院さんがいくつかあって、そのお話を今回聞くことにしていますので、「みんなで何

とか乗り切っていくことができないか」というディスカッションをすることが、今後の学会でできればと思っています。

地域の密着型病院で、ぎりぎりで頑張っていたいただいている病院さんがあるのではないかと考えていますが、いかがでしょうか。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、回復期の病院からお話をお伺いできればと思います。

多摩川病院の後藤先生、いかがでしょうか。

○後藤（多摩川病院、院長）：当院は、地域包括ケア49床で、回復期が58床ですが、急性期の病院を地ケアに変えたのではなくて、療養病院を変えたということです。

そこで、算定のパーセントが違いますが、幸い、病院内の移動で地域包括ケアを成立させたわけではないので、武蔵野赤十字さんを初め、大病院からのサブアキュートであったり、在宅からということで、地域の入院患者を60%ぐらいは確保しているという状況です。

○齋藤座長：ありがとうございました。

では、今度は慢性期からということで、小金井太陽病院の石郷岡先生、お願いします。

○石郷岡（小金井太陽病院、院長）：一つ質問したかったことがあります。それは、急性期の病棟としての条件に、1病床に対して年間1件以上の手術をしているということが、東京都さんの条件に挙げられていたと思います。

これは、外科系であれば、手術ありきなのかとは思いますが、コロナの時代を越えてきて、地域のご高齢の方の内科疾患の急性期の病棟が、本当に必要になってきています。

この表とかをざっと拝見しましたところ、回復期を増やしていらっしゃると思いますが、スムーズに回復してご退院なさるには、地域の方の、内科を含めた、地域密着型の急性期病棟がとても大事だと考えております。

そうでないと、回復期と療養病棟の境目がだんだんなくなっているのが現状だと思っていますので、このような対応をぜひお願いしたいと思っています。

○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。

それでは、地ケアの運営が大変かと思いますが、桜町病院の小林先生、お話しいただけますでしょうか。

○小林（桜町病院、院長）：うちは地ケアが65床ありますが、6割ぐらいが地域のご本人が来たり、クリニックさんの紹介でということです。そして、2割強ぐらいが、武蔵野赤十字とかの、私たちより機能が上のところから、ポストアキュートで入ってくる患者さんというような状況です。

ただ、うちの個人的な尺度ですが、在宅をやっている常勤の先生がやめてしまったりして、体制を維持するのに四苦八苦しております。

あと、80%ぐらいの患者さんが、自宅に帰るといえることができていますが、年齢が高くなってきていますので、どうしても地ケアでは対応できなくて、療養病棟に回すような患者さんが増えてきています。

また、自宅に帰れないから、施設を探すということが、以前に比べて多くなってきていますので、その辺がかなり詰まってきて、動きにくくなってきているというのが、今の状況です。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ポストアキュートでドレナージを受けても、そこから先のドレナージがなかなか難しいということですが、ほかにご意見はございますでしょうか。

小川先生、どうぞ。

○小川（副座長・東京都病院協会・調布東山病院理事長）：当院は、一応急性期で救急車からの患者さんを診ています。年間で2000台を超えていますが、当院のベッドが満床で、もう入院を受けられないという場合が多いです。

大きな病院さんに夜中にあたっても、どこも「無理です」と言われる場合が多くて、救急隊の方と何時間も病院を探すということが、本当に増えてきています。

もちろん、コロナ禍という状況もありますが、高齢者の救急搬送数が増えたら、同じことが起きると思われまますので、私たちのような地域密着型の急性期の病院が、そこを引き受けることができたなら、大きい病院の先生方の疲弊度も少し減って、本当に診なければいけない患者さんの対応に比べられるようになるのではないかと考えております。

後藤先生が多摩川病院さんとは、私たちは在宅もやっていて、「うちの急性期の病院ではちょっと入院させられないけれども、入院が必要だな」というときに、先生のところで取ってくださるので、すごくありがたいため、そういう地ケアの病院さんも増えるといいなと考えております。

そういう状況ですので、“急性期在宅”といえますか、入院させられないけれども、点滴などで数日しのいだら、何とか戻るかもしれないという場合、本来は入院させる患者さんを、在宅で何とか無理やり診ているみたいなことも、今起き始めています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

調布病院の山田先生、お願いします。

○山田（調布病院、院長）：私のところも、半分ぐらいが実は後期高齢者の患者さんですので、2週間とかで退院できない人が多いです。

そのため、「来年度は地域包括ケア病床をちょっと増やしていこうかな」と思っていたんですが、会議に出たときに話を聞くと、みんな「やめてる」ということだったので、すっかりおののいてしまいました。

民間病院というのは、採算が取れないと事業として成り立たないというところがあるので、地域包括ケア病床を求められている割には、人件費もペイできないということになると、「そっちに転換しようかな」という気持ちが、尻すぼみになってしまったという感想を、この場で述べさせていただきたいと思って発言した次第です。

○齋藤座長：ありがとうございました。

26日の東京都病院協会の会合では、少しいいお話が出るかもしれませんので、ぜひ出席していただければと思います。よろしくお願いします。

ほかにいかがでしょうか。

土谷理事、お願いします。

○土谷理事：診療報酬のほうは、高度急性期のほうは手厚くはなっているけれども、それ以外がちょっと厳しくなっていますが、患者さんは全ての病院に行くわけです。しかも、どんどん移っていかなければならないのに、それが先細りしてしまっているという現状が、よく分かりました。

それに対する抜本的な解決策がすぐに見出せるわけではありませんが、高齢者救急が今後大きな問題になっていくということ、皆さんで共有することができたと思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

小川先生、どうぞ。

○小川（副座長・東京都病院協会・調布東山病院理事長）：この救急に関してですが、実数だけではなくて、病床数当たりの救急受入れ件数とか、大きい病院の場合はドクターの数が多くても、高齢者救急を受け入れるためのドクターには限りがあると思いますので、ドクター1人当たりでどのぐらいの台数を受け入れているかとか、このようなデータを出していただければと思います。

そうすれば、地域の実情に沿った分析ができるようになると思われしますので、東京都のほうでこういう点の分析をお願いできれば、問題意識とか危機感の見方が違ってくるのではないかと考えております。

診療報酬は外科系が主で、ずっと今まで来ましたが、ここに来て、評価が難しいと言われている内科系の救急は、救急車の受入れ台数が実数でしか評価されていなかったですが、少ないマンパワーで一生懸命診ている地域の病院さんがたくさんあるのが見えてくるかと思っています。

ぜひそういう視点での分析を、私たちにを見せていただけると、大変ありがたいと思いますので、よろしくをお願いします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

先ほど、石郷岡先生からも、内科系の救急の評価をというお話がありましたので、東京都のほうでぜひ調査していただきたいと思います。

私は、一開業医として、救急の患者さんをお願いするほうですが、「病院はなかなか取ってくれないな」という実感を持っています。

特に、コロナ禍では、大変な苦勞を我々もしましたが、病院さんの苦勞は、そんなものではなくて、構造的な問題がたくさんあって、ご苦勞が非常に多いという現状がよく分かって、きょうは大変勉強になりました。

それでは、議論もまだまだ尽きないところではございますが、きょうは、高度急性期の病院の先生方のご苦勞から、受け取る側のご苦勞もお聞きすることができて、大変有意義な議論ができたのではないかと思います。どうも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

○齋藤座長：「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簡単にご報告いたします。

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、勤務時間の把握がまだ完了していないところもございますので、「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。

この圏域では、ほかと比べると回答率が高くなっておりますが、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。

北多摩南部では、3分の1の病院さんが「取得済」となっておりますが、残りの病院さんは、「申請準備中」「申請予定だが未着手」というようなご回答をいただいております。

申請準備が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。

ご説明は以上でございます。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：医師の働き方改革は、いよいよあと1年ちょっとで本格施行になります。

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、特例水準の申請になります。

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作業とかについて、協力してもらえることになっています。審査に結構かかるので、早いめの対応をぜひお願いいたします。

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」です。

宿日直許可の取得は、一つでも多くの病院に取得していただきたいと考えていますが、「申請準備中」のところ、この北多摩南部では半分ぐらいあるということです。

この厚労省の相談窓口でメールで相談していただくと、地元の労働基準監督署と直接話をしてくれて、かなり後押ししてくださいますので、ぜひご利用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。

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。

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すので、その他の事項で何か情報提供したいというご発言がありましたら、お願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

特にないようでしたら、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

○鈴木部長：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。

私も大変参考になりました。また、救急車受入れのための分析の仕方についてもご提案をいただきましたので、検討していきたいと思っております。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、Web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)