

[令和4年度 第2回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区南部〕

令和5年1月16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』

〔区南部〕

令和5年1月16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、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。お忙しい中ご参集いただきありがとうございます。

きょうは、今年度の地域医療構想調整会議の2回目になります。

地域医療構想の大きなテーマが2つありまして、病床のコントロールと地域連携になりますが、今回のポイントは3つあります。1つは、病床配分の話で、これは今までずっとやってきたことです。

2つ目が、地域の医療連携になります。特に、今後大きく増えていくのが高齢者の救急になりますが、これが増えることによって、今のコロナで通常医療が圧迫されているように、高齢者救急によって、コロナがなければ問題なく連携できていたようなことが、高齢者救急がこれからさらに増えると思われま

す。そのため、通常の医療もひっ迫するだろうということで、大きな問題が生じてくる可能性がありますので、地域医療連携、特に、高齢者救急についてご議論いただきたいと思

います。3つ目は、医師の働き方改革になります。こちらは報告事項になりますので、今後のスケジュール等をご確認いただき、準備していただきたいと思います。

きょうは、どうぞよろしくお願

いいたします。

○奈倉課長：ありがとうございました。

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。どうぞよろしくお願

いいたします。コロナのほう

が少し落ち着いてきて、数が減ってきたかなという感じはしますが、まだまだ病院に多くの患者さんが入院されていたり、外来のほうでは、インフルエンザの同時流行ということもありまして、患者さんが増えてきております。

このように大変な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、土谷理事からもお話がありまして、2025年に向けた対応方針を確認しつつ、地域での医療連携について意見交換をしていただくほか、きょうは、申請していただいている2つの医療機関の皆さんに来ていただいておりますが、病床配分の関連についてご審議いただきたいと思

います。

また、医師の働き方改革についてのご報告もご

非常に盛りだくさんになっておりますので、限られた時間ではございますが、有意義なお話し合いができればと思っております。

どうぞよろしく願います。

○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ございますが、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、公開となりますので、よろしく願います。

それでは、これ以降の進行を鈴木座長にいたします。

2. 議 事

(1) 病床配分希望について

○鈴木座長：座長の、大森医師会の鈴木でございます。

コロナもインフルエンザもまだまだ増えてきていて、お忙しい中ですが、よろしく願います。

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

まず、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（事務局）：事務局の、東京都福祉保健局医療安全課長の坪井よりご説明申し上げます。

それでは、資料1-1をご準備ください。

今回ご協議いただきます前提といたしまして、平成30年の厚労省の課長通知において、「都道府県は、新たに病床を整備する予定の医療機関に対して、地域医療構想調整会議に出席し、病床の整備計画等について説明を求めるとともに、調整会議で協議すること」とされております。

そのため、本日、申請者の方からご説明をいただいたあとで、ご意見をちょうだいすることになっております。

なお、本圏域の区南部につきましては、下記の表にございますとおり、今年度は、基準病床数と既存病床数の差の161床が、病床配分の対象病床でございます。

続きまして、資料1-2をご覧ください。

本圏域におきましては、今年度は、2つの医療機関から病床配分の申請を受け付けております。

まず、1つ目が、申請者は、医療法人社団旗の台病院で、医療機関名は、医療法人社団旗の台病院、旗の台病院でございます。

整備区分としては増床でございます。現行が42床のところ、一般病床の18床の申請がございまして、申請病床を反映させますと、一般病床が60床となります。

整備目的といたしましては、表の一番右の記載のとおり、地域包括ケア病床創設のための増床ということで、開設予定時期は、令和5年10月ということでございます。

2つ目は、申請者は、医療法人RESMで、医療機関名は、RESM新東京スリープメディカルケアクリニック（仮称）でございます。

こちらは、新規の医療機関でございます。今回、一般病床で5床の申請がございました。

整備目的といたしましては、睡眠障害治療に特化した診療所の開設でございます。開設予定時期は、令和5年9月でございます。

事務局からの説明は以上です。

○鈴木座長：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。資料1-2、新たに病床を整備する予定の医療機関一覧に記載の順番に説明していただきます。質疑は、医療機関の説明後にまとめて行います。

時間が限られておりますので、1医療機関当たり説明は3分程度でお願いいたします。

では、旗の台病院さんにご説明をお願いいたします。

○小西（旗の台病院グループ、理事長）：皆さん、こんばんは。旗の台病院グループ理事長の小西と申します。本日はよろしくお願いいたします。

私どもは、今回、一般病床について18床の増床を申請させていただきました。内訳としては、一般病床のうちの回復期機能の病床として23床を創設、急性期機能の病床を5床削減して37床にするということになります。

当院は現在、急性期機能の病床を42床で展開しておりますが、病床稼働率が9割前後の状態が続き、二次救急も担っている現状として、患者さまの受入れがなかなかできないという状態にあります。

一方、区南部における回復期の病床数を見ますと、2025年の必要数の2730床に対して、1655床のマイナスとなっております。とりわけ、品川区においては、地域包括ケア病床はわずか21床という現状があります。

品川区も高齢化が急速に伸展しておりまして、基礎疾患を有する多くの患者さんがおられる中で、地域包括ケア病床の設置が不可欠と、私どもは判断いたしました。

こうした事情から、今回、回復期機能の地域包括ケア病床23床を創設すると同時に、10対1の急性期病床を5床減らして、差引き18床の増設を計画しております。

なお、私どもは、新型コロナウイルス感染症の流行が続いている現状の中で、6床のコロナ病床も設置しております。

今後も、病院全体の増床に伴い、感染症に対応した病床の整備も進めてまいりたいと思います。

簡単ですが、以上で説明とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

○鈴木座長：ありがとうございました。

次に、RE SM新東京スリープメディカルケアクリニック（仮称）の説明をお願いいたします。

○白濱（RE SM、理事長）：皆さま、こんばんは。医療法人RE SMの理事長をさせていただきます白濱と申します。

今回、大田区の大森におきまして、睡眠障害、睡眠呼吸障害の専門のクリニックの新設を予定させていただきます。

私どもは、横浜市におきまして、同様の睡眠障害、睡眠呼吸障害の専門の施設を運営しておりますが、大森に現在あります、一般病床5床を有する睡眠障害、睡眠呼吸障害の専門のクリニックの事業承継の依頼を受けました。

そこで、この領域での今後の必要性を鑑みまして、新規開設ということで申請させていただきました次第でございます。

昨今、職業領域におきます睡眠呼吸障害対策というところで、需要が高まっているかと思いますが、当然ながら、大学病院や総合病院等で、感染症対策とかさまざまな急性疾患を対応されている中では、なかなか思うような睡眠呼吸障害の診断、治療ができていないという現状がございます。

区南部医療圏の人口は約120万人ですが、未治療の睡眠呼吸障害の患者さまが6万人前後おられるというデータも算出されております。

そういう中で、私どもは、小田急、東急のバス会社等での睡眠呼吸障害の診断、治療の経験もございますので、そういった点も踏まえまして、区南部医療圏におきましても、積極的に診療させていただければと考え、このたび申請させていただきました次第でございます。よろしくご審議のほどお願い申し上げます。

○鈴木座長：ありがとうございました。

それでは、質疑に移る前に、行政と地区医師会が中心となって、地域に必要な医療機能等の事前調整の場である、地域単位の分科会が開催されておりますので、その内容について事務局より報告をお願いしたいと思います。よろしくお願いたします。

○東京都（事務局）：それでは、医療安全課長の坪井より、資料1－4でご説明させていただきます。

先ほどご説明のありました2つの医療機関につきまして、品川区と大田区でそれぞれ12月2日と12月5日に、地域単位の分科会が開催されております。

いずれの医療機関につきましても、申請内容について承認されたという報告を受けております。

説明は以上です。

○鈴木座長：ありがとうございました。

対象の2医療機関からの説明が終わりましたので、意見交換に移ります。

各医療機関からの説明を踏まえて、ご質問、ご意見などはございませんか。

よろしいでしょうか。

私は大田区の者ですので、旗の台病院さんにご質問が少しあります。

地域包括ケア病床というのは、ポストアキュートが中心でしょうか。それとも、サブアキュートという形でやっていきたいとお考えでしょうか。

○小西（旗の台病院グループ、理事長）：どちらもというふうには思っておりますが、地域の状況としては、恐らくサブアキュートが主体になるのではないかと思っております。

○鈴木座長：私などは在宅の仕事をしておりますが、地域包括ケア病床に連絡して、「空きはありますか」とお聞きすると、ほとんど空きがないというのが現状ですので、どうしてもポストアキュートの依頼が多いのではないかと思います。

ぜひ、サブアキュートで動いていただければ、素晴らしいことではないかと思っております。

○小西（旗の台病院グループ、理事長）：はい、分かりました。

○鈴木座長：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。

東京都から、今のお話を踏まえて、何かご発言はございますか。

○鈴木部長：東京都の鈴木です。

ありがとうございました。

事前のお話し合いですとか、本日のご意見を参考に、病床の配分につきましては、医療審議会に報告の上、都におきまして決定していきたいと考えておりますので、よろしく申し上げます。

○鈴木座長：よろしく申し上げます。

それでは、次の議事に進みたいと思います。

(2) 2025年に向けた対応方針の確認について

○鈴木座長：議題の2つ目は、「2025年に向けた対応方針の確認について」です。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、各医療機関に対処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眼して、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2-1-1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2-1-2の、スライド1の「集計結果（区南部）」をご覧ください。

こちらは、区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日予定の病床数と必要量との差になります。

区南部では、高度急性期と急性期が必要量を上回っており、回復期と慢性期が下回っております。

回復期などの特に乖離が大きい部分もありますが、(A)の数字につきましては、確認票が未提出の病院が一部あるということにご留意いただければと思います。

スライド2は、同時にお願ひした「地域連携に関わる調査票」でお聞きした「様々な患者への対応困難度」について、区南部の病院さん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、「院内ルールに従えない患者の入院は不可能」、「施設の機能、ハード、人員、スキル、体制など総合的に判断して難しいと感じる」といった回答をいただいております。

資料の最後には、他圏域の結果も同様に付けておりますが、圏域によって、特に対応困難な理由に特徴といったものは見られず、どこの病院さんも同じようなことで苦勞されているということが見てとれました。

他圏域の結果も併せて、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し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。

こちらは、事前の説明動画で趣旨についてはご説明しておりますので、簡単に説明させていただきますが、対応方針の合意を行うということで、各医療機関の具体的対応方針は、資料2-2にまとめております。

エクセルでお配りしておりますが、資料2-2-1をご覧ください。

こちらは、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ですとか、現時点から変更のある役割や病床数の部分については、黄色のセルにしております。

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います。

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て、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、高齢者救急ですとか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、どのような工夫が考えられるかといったテーマで行います。

資料2-3-1をご覧ください。

こちらエクセルでお配りしておりますが、調査票で回答をいただいた、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、「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示せるようになっております。

今回は、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などを見ていただき、また、先ほどのさまざまな患者への困難理由等を参考にしながら、地域で高齢者救急や社会機能上の課題を持つ患者さんの対応のために、どのような取組みが考えられるかとか、既に行っている取組みは何かといったことについて、意見交換を行っていただきたいと思います。

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。

○鈴木座長：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、東京医科歯科大学さん、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。どうぞよろしくお願いいたします。

資料を共有させていただきたいと思います。

区南部の地域におきましても、高齢者が、今後2040年に向けて増加する予想となっています。

高齢者の特徴としては、例えば、こちらは、都民のレセプトの調査の結果で、75歳以上におきましては、6割以上の方が3つ以上の疾患を有しているということが分かっています。

また、これも同じく、レセプトの調査ですが、複数の疾患を有している人というのは、さらに、例えば、要介護度が高いということも分かっております。つまり、さまざまな困難な状況を抱えている患者さんが、今後増えてくる可能性があるということで、このような基礎疾患を多く持つ高齢者の急性期症状への対応が、重要であると考えられます。

また、将来予測というのはなかなか難しいですが、これは、「ランセット」に東大のグループが昨年発表したシミュレーションの結果です。

例えば、認知症有病率ですと、女性において、今後上昇するということが言われています。また、フレイルについても、男女とも上昇すると言われています。

今回の地域連携に関わるアンケートにおきましては、身体機能、精神機能、社会機能の課題に対する対応の困難さというのを調査しておりますが、キーパーソン不在の単独世帯の高齢者の数も上昇すると考えられております。

そのため、地域全体として、このような患者さんへの対応をどうするかということが、今後大切になってくるのではないかと考えております。

補足でございました。ありがとうございます。

○鈴木座長：ありがとうございました。

東京都の23区は、2040年に向けて、85歳以上の人口が倍増すると言われています。実際にどのような世界になるのか、なかなか難しいとは思いますが、いろいろ考えていきたいと思います。

続きまして、一橋大学さん、お願いいたします。

○高久（一橋大学）：一橋大学の高久です。

同じく、資料を共有させていただきます。

東京は高齢化が深刻だということで、前々回の調整会議において、入院の患者数がどう推移するかについて将来予測したことがありましたが、もう一度提示したいと思います。

これは、年齢別になっていて、現在、85歳以上の入院患者は約2万人いますが、2040年にかけて2倍から3倍ぐらいになって、入院医療を圧迫するという見込みになっているということです。

それを踏まえて、85歳以上ですと、身寄りのない方も多いですし、認知症を患う方も多ですが、どういう病院が「対応困難」と答えているかということについてです。

事前にお配りしている資料では、圏域別の数字があるだけでしたが、病院のタイプごとに少し見てみると違いが浮き出てきて、興味深いのではないかと思います。

DPC病院かそうでないかで見えますと、やはり、キーパーソンが不在とか、退院後の生活場所が決まっていないという場合には、どの病院でも大変だという感じが見受けられます。

ただ、認知症を患っているとか、介護度が高いといった項目に関しては、DPC病院では、1%ぐらいしか「非常に困難だ」と答えていなくて、対応できている病院も現在あるので、今後のディスカッションによって、そうしたノウハウを共有できればいいのではないかと思います。

また、在宅支援病院かどうかについても見てみますと、これも同じ傾向で、社会的な要因で困難を抱えて、キーパーソンがいないということは、どの病院も大変ですが、本人の病態に関わるような、認知症とか介護度が高いというような要因に関しては、一定程度対応できている病院もあるということが、集計の結果から分かっています。

ですので、こういった会議を通じて、「現在うまくいっている」というような病院のノウハウを共有できれば、有意義なのではないかと考えている次第です。

○鈴木座長：ありがとうございました。

それでは、「2025年に向けた対応方針」について、何か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、品川区の高度急性期の、NTT東日本関東病院の大江先生、何かご意見がございますでしょうか。

○大江（NTT東日本関東病院、院長）：先ほどの資料2-2-1と2-3-1についてですが、高度急性期に当たる何かを扱うかを聞かれて、それに答えたのが2-3-1で、病床の形態について答えているのが2-2-1です。

ですので、同じ病院であっても、答えようによってこのように違ってきますので、これを量的に検討するには、東京都さんも国もやっておられると思いますが、1日の医療資源の対応の金額であるとかいうもので、現状と将来予測を合わせないといけないのではないかと思います。

2-3-1は定性ですし、2-2-1は定量だけれども、現状を反映していないので、そこを見せていただかないと、多分予測をされているため、その数字は持っておられると思いますので、現状がどうなのかを見せていただかないと、答えても何となく空しい気がします、いかがでしょうか。

○鈴木座長：ありがとうございました。

おっしゃるように、1つの病院の中でも、高度急性期部門と回復期部門という2つの性格を持っていますので、高度急性期と答えたからといって、全て高度急性期だけしかやらないかという、そんなことは全然ないわけです。

ですから、そのところはちょっとぼかしてやっていてもいいと思いますし、そこを数値化するのは完全には難しいのかなと考えていますので、そんなに数にこだわらなくてもいいかと思っております。

それでは、大田区の高度急性期の牧田総合病院の荒井先生、お願いいたします。

○荒井（牧田総合病院 理事長）：先ほどからお話が出ている高齢者救急についてですが、うちの病院は比較的救急を頑張っている病院だと思っております、何年か前から非常に多くなってきています。

私の専門は脳外科ですが、90歳以上の方の脳梗塞とか頸部骨折とかが、普通に運ばれてきます。

高齢者の方でも元気な方が多いので、うちの病院も、「高齢者は受けない」という基準は全くなくて、100歳の人の頸部骨折でも外傷でも、基本的には受けて、治療できるところはしっかり治療するという方向で行っています。

ただ、そのあと、1週間とか2週間で回りハのところに移っていただくわけですが、その流れになかなか乗れない患者さんが多いです。

そうすると、どうするかというと、他院の地ケア病棟だったり、回りハに行けないということは、寝たきりになってしまったりして、そういう患者さんが増えてきています。

そこで大変になってくるのが退院調整部門で、急性期をやっている病院はどこも厳しいですが、自助努力によって、いかに平均在院日数を減らしていくかということをやっています。

どこの病院でも、退院調整ナースとかソーシャルワーカーが、一生懸命調整しておられると思いますが、その辺の“出口”調整をいかに効果的にやっていけるかということが、高齢者救急を受けられるかどうかにかかってきて、これはもう避けて通れないことだと思っています。

ただ、高齢者だからというよりは、受けた患者さんのADLとかを見て、治療すべきことはしますが、ということで対応していかないといけないのではないかと考えております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

続きまして、品川区の急性期の、東京品川病院の蒲池先生、お願いいたします。

○蒲池（東京品川病院、院長）：当院は、品川区の急性期で、救急車を多く取っていますが、今は、高齢者の独居が非常に多いという印象を持っています。

ずっと前から、救急車で来る方は、高齢者で併存疾患が多いというのは変わらないと思いますが、ここ最近は、独居が多いということと、そもそも高齢者の数が増えているので、最近は高齢者がさらに多くなっています。

しかも、認知症があったり、独居だったりという、患者さんの背景や社会背景が非常に脆弱な方が増えているという印象があります。

ただ、やることは今までどおり変わらなくて、早期に救急車を取って、早期に治療して、早期に在宅もしくは回りハ等でリハビリをして、結果的に社会に戻すということを、今までどおりやっていくことになると思います。

ただ、その数がどんどん増えていくので、やらなければいけないこととしては、大量に押し寄せてくる救急車に対して、すごく短いスパンで迅速に対応しないといけなくなると思います。

特に、迅速に治療することということと、在院日数を短くするためには、早い段階で地域包括ケアであったり回復期のほうに治療をお願いしたり、療養型なのか施設なのか在宅なのかという方針を、できるだけ早く決めることで、在院日数を短くしていくことができると思います。

このように、大量に来る救急車に対しては、在院日数をできるだけ短くして、シームレスに治療できるかということが、今後やっていかなければいけないことかなと考えております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

次に、大田区の急性期の、池上総合病院の繁田先生、お願いいたします。

○繁田（池上総合病院、院長）：今までの先生方のお話とほぼ一緒です。

高齢者医療に関しては、当院も、入院患者さんが多いという印象です。同じ疾病で再入院もありますし、違う疾病で再入院もあります。つまり、入院して治療して、一旦は社会にお戻ししても、間もなく、また入院されてくるという症例が多いです。

ただ、他の病院が困っておられるので、できるだけ高齢者をお受けするというつもりでやっております。

それぞれの病院には強み、弱みがありますので、そういうところはそれぞれの病院と連携していく必要があると思っております。

また、医師が毎年変わったりしますので、そのたびに、そういう強み、弱みが変わっていきますので、そういうことについても対応していく必要があると思っております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

高度急性期と急性期に共通しているのが、高齢者が非常に多くなってきていて、問題が“出口”の部分になってくるということですが、そうなってくると、地域全体の連携が非常に重要になってくると思います。

それでは、今度は、回復期の先生方からご意見をお伺いしたいと思います。

品川リハビリテーション病院の渡辺先生、お願いいたします。

○渡辺（品川リハビリテーション病院、院長）：増加している高齢者の救急のあとの、ポストアキュート、サブアキュートの多くは、現実には回復期の病院が担っています。

そこから在宅復帰を目指しているわけですが、先ほどからのお話のように、内部疾患がいろいろあって、独居の方もあって、在宅復帰が困難な方も増えていっているという実情があります。

そのため、今後は、介護保険との連携もしっかりしていけないといけないのではないかと考えております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

続いて、東京蒲田病院の小山先生、お願いいたします。

○小山（東京蒲田病院、院長）：私どもは、急性期も回復期もやっていますが、理想を言えば、救急で受け入れたときに、おうちの人やキーパーソンに、ゴールをどこにするかを確認できればと思っています。

つまり、もともとのADLはどうかということをまず確認して、どこに“出口”を持っていくかということ、なるべく早く決めたいと思っていて、理想は入院されたときで、今まではどうしておられたか、どういう病気だから、今後はどうなるかみたいなことを決めたいと思っています。

もちろん、初診の方はなかなか難しいですが、2回目、3回目で来る方というのは、ご家族とかキーパーソンとコミュニケーションをとれている場合がありますから、「今までのADLより今回は厳しいから、この辺で」というようなことを、逆に提示して、着地点を少し変えていくということも考えられます。

そうすると、今までは頑張ってやらなければならなかったことを、少しずりいかもしれませんが、選択肢を早いに設定して、ソーシャルワーカーとか地域のケアマネジャーさんと情報交換をしたりして、今までとは違う着地点をいくつか提示できればいいかなと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございました。

続きまして、品川区の慢性期の、阿部病院の木島先生、お願いいたします。

○木島（阿部病院、理事長・院長）：ここ一、二年で、完全なDNRの患者さんばかりがうちに来るようになってしまって、そういう意味では、回転がすごく早くなってきています。

そういう流れになってしまっていますが、それがいいのかどうかは分かりませんが、そういう状況でございます。

○鈴木座長：ありがとうございました。

大田区の慢性期の、糶谷病院の浅野先生は、まだお入りになっていないということですので、これで全部の病院の先生方から、2025年に向けての対応方針についてお伺いしましたが、特にこれで変更なしということによろしいでしょうか。

もちろん、それぞれの病院の都合であるとか、経営状況とかがありますので、東京都としても、そんなに無理やりどうこうしようという気は、多分ないと思います。

この対応方針については、この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、皆さんにお諮りしましたが、この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」として同意することとしてよいでしょうか。

そして、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、今回の合意に含める。

確認票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において確認・合意を図る。

このような取扱いでよろしいでしょうか。

[全員賛成で了承]

ありがとうございます。

それでは、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。

今までに高齢者救急についてもご意見をいただいておりますが、“出口”の問題のお話が重要というご意見が多かったですし、介護保険の整備とか、家族のことなどのお話もございました。

家族やキーパーソンがいて、支えることが多かったですが、今後は、独居や高齢者だけの世帯が増えてきますので、一度病気になってしまうと、通常の生活ができない状態になってしまいます。

介護保険というシステムもありますが、介護保険を導入するためには1か月以上かかりますから、そんなに簡単には導入できませんので、そうなってくると、今までは自助で何とかしていたものが、これから先は自助ではどうにもできなくなってきます。

そのため、互助ということも考えていかないといけないし、公的な介護保険の適用をもっと早くしたりするということも、考えられなくはないですが、国としては、まだそこまで考えていないと思われま。

そこで、地域の中を互助という形でどうやっていけばいいかということも、今後の議論の対象になると思います。

それでは、次に、地区医師会の代表の先生方にお話を伺っていきたいと思います。

まず、品川区医師会の酒寄先生にお願いしたいと思いましたが、通信状況が悪いということですので、後ほどお伺いすることにして、蒲田医師会の熊谷先生、お願いいたします。

○熊谷（蒲田医師会、元会長）：先ほどからのお話で、流れを妨げているのは、受入れ先、つまり、在宅で介護力がないというところではないでしょうか。

病院での治療、もしくは、その機能を卒業しても、独居とか“老老介護”で、家族が受け入れられなかったり、「帰ってこられても困る」という状況で、“出口”で留まってしまうということが、流れが悪くなる大きな原因だと思います。

これからもう一つ考えなければいけないことは、医療と介護を切り離して考えていたのを、それを背中合わせにしないといけないのではないかということです。

介護療養型が介護医療院という形になりましたが、今後は、老健とか特養も、限りなく介護医療院に近づけて、施設の中に医療というものをできるだけ入れていくということを考えていかないと、いつまでたっても、医療オンリー、介護オンリーで、真ん中が抜けているということでは、もう無理じゃないかと思っています。

ですので、介護と医療を切り離してきたのが、国の政策だったとすれば、二十年ぶりぐらいに、介護と医療の最接近を考えるのが、将来の新しい体制ではないかと考えております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

おっしゃるとおりで、コロナの中では、施設で療養せざるを得なくなった人たちもいましたが、そこで医療がちょっと施されていまして、医療機関というわけではなくても、医療を施す機関として施設が認識された節も、かなり出てきたのではないかと思います。

では、続きまして、荏原医師会の笹川先生、お願いいたします。

○笹川（荏原医師会、副会長）：私も、東京都医師会の勉強会などで、高齢者が増えてくるため、在宅医療について勉強して、ここ数年で患者さんを増やして、頑張っはいますが、高齢者救急の受入れと“出口”といったところを考えた場合、病院さんだけをお願いしていると、ちょっと間に合わないのかなと思います。

ですので、在宅医療を少しでも増やせるように、医師会としてもそういう活動をしていったほうがいいのかと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

私も、この正月、毎日往診に行っていました。大変ではありますが、必要なことだと思っております。

続きまして、田園調布医師会の石田先生にお願いしたいと思いますが、通信環境が悪いということです。

では、歯科医師会の佐藤先生は、入られていないということですので、続きまして、薬剤師会代表の小野先生、お願いいたします。

○小野（東京都薬剤師会、常務理事）：今までの先生方のお話を伺って、急性期から回復期、慢性期へという流れの中で、地域連携の“出口”が非常に難しいということを確認させていただきました。

我々がどの程度連携させていただけるかということも併せて、今後ご協議いただければと思っております。よろしくお願いいたします。

○鈴木座長：ありがとうございました。

続きまして、看護協会の佐藤さん、お願いいたします。

○佐藤（東京都看護協会 南部地区理事。池上総合病院、副病院長兼看護部長）：

看護のほうでは、訪問看護、往診の先生方とどのように連携を取っていくかということが課題になっております。

コロナ禍で、ご家族が面会できない、多職種でのカンファレンスができないとかいう問題もございまして、情報が入ってこないということもありました。

ですので、特に、病院と訪問看護との連携を強化していければと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

看護の立場というのは、そういったご家族からの要望とか、家族の状況の最前線にぶち当たるところだと思いますので、そういう意味で、看護同士の連携もすごく重要になると思っています。

それでは、次に、保険者の方々からもご発言をいただきたいと思います。

全国健康保険協会東京支部の尾畑さん、お願いいたします。

○尾畑（全国健康保険協会東京支部、業務第三グループ長）：保険者側からの意見としては、特にありませんが、皆さんのお話を聞かせていただき、高齢者の問題がなかなか複雑で難しいということを再認識できました。ありがとうございます。

○鈴木座長：ありがとうございました。

続いて、日立健康保険組合の内田さん、お願いいたします。

○内田（日立健康保険組合、常務理事）：独居高齢者が増えて、そういうこともあって、救急対応が難しいというお話をお伺いし、非常に重要なことだなと思いました。

高齢者の方は我々の組合にはいませんが、家族を含めた加入者に対して、人生会議的なことも啓発していく必要があると感じました。

○鈴木座長：ありがとうございました。

確かに、おっしゃるとおりで、そういったときにどうすればいいかということ、よく話し合っておくようにしていただく必要があると思います。

それでは、先ほどからもお話が出ていましたように、行政の役割もかなり大きくなると思いますので、続きまして、品川区の福内さん、お願いいたします。

○福内（品川区健康推進部長兼品川区保健所長）：特に2040年ということになりますと、高齢者の数が2倍以上になり、量的に非常に増えますので、1つの区だけでは難しいのかなと思っております。

在宅医療を充実するためには、訪問看護ステーションの数や規模の充実も必要ですし、施設への受入れ等も、現時点のものとは少し変えて、受入れができるようにしていかないといけないのかなと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

大田区の森岡さん、お願いいたします。

○森岡（大田区健康政策部長）：行政としても、重層的な支援ということで、さまざまな支援を高齢者に対して行っておりますが、地域に戻るということのためには、介護施設、福祉施設ともよりしっかり連携していかないといけないと感じました。

今後ともよろしく願いいたします。

○鈴木座長：ありがとうございました。

先ほども少しお話をしましたが、誰かの調子が悪くなると、今までの生活が急に破綻してしまいます。そうすると、そこに在宅医療がいくら入っても、訪問看護が入っても、生活そのものを支えることが十分できなくなると思われます。

介護保険の更新申請をしても、それが出てくるのは1か月以上も先になりますので、その間をどうしても過ごせなくなってしまう。

こういった事態を何とか回避するためには、今後、家族の力が低下していくとしたら、近所で助け合いをするという、互助をするようなシステムをつくっていかないと、やっていけないのではないかと思います。

そのためには、行政の役割というものがかなり大きいのではないかと考えております。

ここで、先ほどご発言をお願いした、田園調布市医師会の石田先生から、「マイク不調のため、チャットでお送りします」ということでご意見をいただいておりますので、それを読ませていただきます。

1. 病院間での患者調整力の強化、院内での患者ディスポジションの円滑化、新規入院用の確保。
2. 認知症患者への対応力の強化、カンファレンスによる患者評価、適切な薬物療法と抑制の減少を要すると考える。
3. 施設入所先の選定の要件、施設ごとの入所事情といったものが、より柔軟になるような改革が必要と思います。

以上のご意見をちょうだいいたしました。

なお、大森医師会からは、私個人の意見としてですが、先ほども少しお話ししましたように、在宅医療をかなりやっておりますので、その立場でいうと、東京の中では、在宅医療をやる医療機関が増えてきていると思っています。

また、往診を専門にやってくれる医療機関もありますが、それぞれの医療機関の質の問題があると思っています。

例えば、「保険で縛られていて、月に1回しか請求していないので、往診に行きません」というところも、現実にあったりします。

あと、訪問看護ステーションでも、患者さんが亡くなったとき、24時間連携をとっているのですが、夜中でしたが、「エンゼルケアに来てください」とお願いしたら、「うちはエンゼルはやっていませんから、行きません」ということを、平気で言うところも出てきています。

そういう質の問題もかなり危うくなってきていると思いますが、そういったことも地域全体で共有していく必要もあると思いますので、これから先は、コロナでもそうでしたが、地域全体で全力で対応していかないと、到底乗り切れないのではないかと感じています。

東京は、ほかの地域とかなり違う状況がありますので、そのところを、皆さんの連携というか、協力というか、一致団結して乗り切っていくといけなかなと思っています。

それでは、ここで、土谷理事、お願いいたします。

○土谷理事：皆さん、いろいろなご意見をありがとうございました。

例えば、大腿骨の頸部を骨折してしまうと、ADLが途端に下がってしまい、介護度が一度に上がってしまいますが、救急の病院で治療して、次に回復期に行って、その後は、帰宅あるいは施設に行くというようになります。

回復期の先生から、先ほどご意見をいただきましたが、今は何とか回っているでしょうか。今後増えていった場合が大丈夫でしょうか。だめだとすれば、どんなことが必要かとか、現状と今後の課題などについて、この地域の状況を教えていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○鈴木座長：それでは、渡辺先生と小山先生、お答えいただければと思います。

○渡辺（品川リハビリテーション病院、院長）：今おっしゃったとおりで、何とか回っているというより、何とか回しているというのが現状です。

高齢者の場合は、在宅に帰っても、そのあとすぐまたサブアキュートになって、こちらに戻ってくるだろうと思われる場合は、二次医療機関にまた迷惑をかけることになるということで、厚い介護の条件を満たしてから帰すというふうにしないといけないので、そのため、“出口”のところで少し時間が多くかかっています。

このような患者さんがどんどん増えてきているのが現状です。

○土谷理事：今後はどうしたらいいとお考えでしょうか。

○渡辺（品川リハビリテーション病院、院長）：「回復期相当」というところに、例えば、「回復期リハ病棟」というふうになると、医療資源をそもそもそれだけ投入しないという前提でつくってしまったので、当院では、CTとかもありますし、内科の医師もおりますので、実際持出しで治療をしています。

肺炎になって、急性期に戻すよりも、院内で治したほうが早いということでやっておりますが、そういう方が多くなってくると、在宅に帰っていくのに、また時間がかかるということで、1人に対して1.5倍から2倍も時間がかかっているという状況です。

○鈴木座長：小山先生はいかがでしょう。

○小山（東京蒲田病院、院長）：当院の地ケアは26床ですが、現在、平均在院日数は1か月ぐらいになっています。

回しているというのは、いろいろなことを全部やって、回しているわけではなく、現在はできていないこともあります。

今の特徴的なことは、コロナ禍なので、コロナの患者さんもマックスで24床やっていますが、そうすると、“ポストコロナ”の患者さんが回復期に行く傾向はそれなりにありますから、そこで、どうしてもポストアキュートに使ってしまいます。

それまでは、“ポストコロナ”を他院から受入れをして、うちでリハビリをやっていました。つまり、地ケアは他院からの“ポストコロナ”でポストアキュート

を使っていたんですが、それが今は受け取れない状況になっていますので、そういったところのしわ寄せが来ているという状況があります。

○鈴木座長：ありがとうございました。

私も在宅側の話をしますと、在宅である程度の急性期を診ざるを得なくなってきました。

そのため、このコロナ禍というのは、2040年というか、高齢者が増えた世界を少し具現化しているのかなという感じがしています。

○土谷理事：今後増えたときには、在宅にあふれていくということですね。

○鈴木座長：ただ、在宅がレベルアップして、それを受けるだけの技量がないと、どうにもならなくなってしまいます。

私のところでも、大腿骨骨折した人が、退院した直後に誤嚥性肺炎を起こされて、それを在宅で治療したら、今度はBNPが700まで上がって、心不全の治療をして、何とか助かったという方があります。

しかし、今度は奥さんがコロナになって、本人もコロナになって、2日後にご自宅でお看取りをしたというケースもあります。

ですので、そこまでやっていかないと、高齢者を診ていけなくなるだろうと思っております。

ほかにご発言はいかがでしょうか。高野先生、どうぞ。

○高野（東京都病院協会、高野病院、院長）：“出口”問題については、皆さんの共通認識となっていますが、アドバイザーの先生がお示しくくださったスライドに、「キーパーソン不在の患者数」というグラフがあったと思います。

こういうような考え方というのは、私は今まで考えたことがなかったので、すごく問題になるのではないかと感じました。

実際は、手続き上の問題ですとか、現実的には支払いの問題が必ず生じるわけで、「キーパーソン不在」として受ける病院は、なかなかいないわけですから、“出口”問題をさらに深刻にしてしまうことにつながっていくと思います。

その解決方法はなかなか難しいと思いますが、こういうことに関しては、ぜひ行政に動いていただいて、今後の解決策を今から検討するということを期待したいと思っております。

その中には、支払いに関しては、私たち病院協会では、全国一律の診療報酬のため、東京は苦しい思いをしながらやっているということを発信しておりますが、キーパーソン不在の患者さんに対する財政的な支援を創設するとかができれば、病院の運営に役立っていくのではないかと考えております。

あと、患者さんの医療の受け方にも問題があると思っております、これももっと、都民、区民の方々に考えてもらいたいことだと感じています。

きょうの会議の中でも、「人生会議」とか「ACP」という言葉が出ていて、こういう言葉が最近よく聞かれるようになっていきますので、この言葉を広めていって、無用な高齢者の救急医療を少しでも省く必要がありますが、これは、国民の協力なしにはできないことですので、これも非常に大事なことだと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

ほかにご意見等はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

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

○鈴木座長：「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ください。

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。

報告事項（４）「医師の働き方改革」についてご説明させていただきます。資料 6 をご覧ください。

第 1 回の調整会議でもご報告させていただいておりますが、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 7 月から 9 月にかけて調査をした結果でございます。

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 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。

ご回答いただいた病院のうちの 4 分の 1 程度が、「申請予定」とお答えいただいておりますが、「検討中」という病院がまだ 1 割以上ございます。

3 ページ目では、圏域別の調査の回答率をお示ししております。

回答率が低い状況にございますと、状況把握が困難ですので、今後調査いたします折には、ぜひ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」についてです。

区南部は、上から 3 番目に記載しておりますが、この帯グラフの左側から、「取得済み」というところと「申請中結果待ち」というところを併せても、まだ 3 割弱となっております。まだまだ「申請準備中」とかこれから着手する病院が多いという状況でございます。

申請準備がこれからの病院様につきましては、1 月 30 日に、東京都病院協会様と連携して、研修会の実施を予定しております。また、勤務環境改善支援センターの支援もございますので、ご活用いただければと思います。

5 ページ目以降は、特例水準の指定を今後受ける場合の手続きについてお示ししております。

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月までにお申し込み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。

こちらのスケジュールにつきましては、各病院様にも通知をお送りしております。

ご説明は以上でございます。よろしくお願いいたします。

○鈴木座長：ありがとうございます。

土谷理事から少し追加があるということですので、お願いします。

○土谷理事：働き方改革が罰則付きになるのが、あと1年ちょっとになってしまいました。

各病院で今後対応を進めていかなければならないのですが、それに関して、頼るところが2つあります。

1つは、東京都勤務環境改善支援センターで、これは東京都のもので。

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、ここを検索すると出てきます。メールでやり取りすることになってはいますが、ここでは、地元の労働基準監督署ともやり取りして、具体的なコメントをいただけることもあります。

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。

○鈴木座長：ありがとうございました。

今の東京都と東京都医師会からのご説明について、ご質問等は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、その他の事項でぜひ情報共有を行いたいということがございましたが、挙手をお願いいたします。

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。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、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、本日の会議は以上となります。長時間にわたりまことにありがとうございました。

(了)