

[令和4年度 第2回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔西多摩〕

令和5年2月6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』

〔西多摩〕

令和5年2月6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、西多摩を開催いたします。本日はお忙しい中ご出席いただき、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、東京都医師会よりご挨拶を申し上げます。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。

この調整会議は年に2回ずつ行われていますが、今回の2回目での大きなテーマは3つあります。

1つは、病床配分ですが、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すが、コロナの話をここずっとしてきましたが、今回は置いておいて、今後さらに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連携していけばよいかというあたりを中心に、議論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ので、今後のスケジュール等についてご確認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。

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、これ以降の進行を玉木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

○玉木座長：皆様、こんばんは。座長の、西多摩医師会の玉木です。

長きにわたるコロナ禍が、そろそろ終わらないかと願っているところですが、本日はお忙しい中ご出席いただきありがとうございます。

本日は、地域医療構想の本質的な議論に少し踏み込め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。

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（西多摩）」をご覧ください。

こちらは、西多摩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。

西多摩では、急性期と慢性期が必要量を上回っており、高度急性期と回復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まして、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。

○玉木座長：ありがとうございました。

それでは、この件について意見交換をお願いしたいと思います。

最初に出た表で、足りないとか足りているという数字が出ていましたが、これは、2014年にこの地域医療構想が始まったときの、ベッドの実数からいいますと、相当程度、皆様のご努力で病床機能が変わってきているなと思いました。

当時は、こんなにうまくいくかなというぐらい心配していました。最初のころは、高度急性期は33だったんです。急性期がちょっと多いということで、これをどうするかということが問題で、これを地域包括ケア病床とかに変更していただきました。

回復期はかなり足りなくて、220床しかなかったんですが、今はかなり多くなってきていますし、慢性期も、最初は2321床ありましたが、現状では1712床で、今後の見通しとしては、必要量の1475床に近い数字になりそうだという事です。

皆様のご努力に感謝したいと思っています。

西多摩には、そのほか、特養が6800床あるとか、精神科病床が2600以上あるとか、老人保健施設が1万3000床以上あります。

さまざまな予想がございますが、とりあえずの病床機能の配分に関する皆様それぞれの皆様のご努力で、それなりにまとまってきたのではないかと、感謝しております。

それから、大きい表を見ると、小児救急、がん、CCU、周産期は、青梅総合1つで頑張っていたという、この西多摩の状況に変わりはありませんが、地域特性からしてやむを得ないので、この辺はお願いできればと思っていますが、少しでも、ほかの病院さんで今後風穴が開いていけばと思っています。

災害の病床に関しては、想定訓練をしていますので、何とか形になっているかなと思っています。

脳卒中に関しても、脳卒中医療連携で、副座長の進藤先生が一生懸命やってくださっているので、この辺もかなり機能してきて、想定ができてきているのではないかと思っています。

あと、このあとの議題の対象になるかと思いますが、在宅療養の方々をまた病院でどう対応していくかという課題もあろうかと思いますが、このようなことを、今回の資料を読ませていただき感じたところです。

それでは、この点に関してご意見はございますでしょうか。

青梅総合病院の大友先生、お願いできますでしょうか。

○大友（青梅市立総合病院、院長）：あと何か足りないのかということが、まだはっきり見えてないんですが、回復期をもっと増やしたいということと、在宅の話ということになるのでしょうか。

そうすると、うちとしては、そこは余りお手伝いできることはないのかなと思っています。もちろん、皆さんがそれでいいといただければ、また議論になるかなとは思っています。

○玉木座長：青梅総合さんが高度急性期とかいろいろな課題を担ってくださっているんで、それで全く、私としては、本当に頭が下がる思いです。

在宅に関しては、この表を見ますと、在宅支援病院として手上げしていただいている病院さんがいくつもありますので、今後、急性期の病院さんとも併せて、どのような連携をしていくかというのは、次のテーマのときにお話ししていただければと思います。

大久野病院の進藤先生、脳卒中医療連携のほうは、今のところどうでしょうか。

○進藤（副座長・東京都病院協会・大久野病院理事長）：この脳卒中医療連携の問題点というのを、昨年9月に上げまして、それについて、在宅医療講座のほうで、みんなで話し合いを進めていこうというのが、今の進捗状況です。

この表について、もう一度確認したいところがあります。

回復期と急性期という区分けについてですが、回復期というのは、かなり広い意味で実は使われていて、急性期というのは、すごく狭い意味で使われているなぞなんです。皆さん、その辺の理解がうまくいって、その上での回答かどうかというところが、今一度確認したほうがよかったのではないかと思います。

○玉木座長：その話ですが、今のご意見の中で、回復期の中で在宅療養者の一時的受入れみたいな場合、例えば、ちょっと脱水だとか、低栄養だとか、短期間の再リハでまた在宅に戻れるんじゃないかという患者さんを、急性期に送る必要はないと思います。

まして、青梅総合さんにお問い合わせすると大変ですから、そういうことはないと思いますが、その辺について、ある意味の“在宅療養における急性期”みたいなものというのは、議論してもいいのではないかということ、今のお話を聞いて思いました。

先生がおっしゃることがそういうことなのかは分かりませんが、その辺も次のところで議論できればと思っていますが、どうでしょうか。

○進藤（副座長・東京都病院協会・大久野病院理事長）：玉木先生が今おっしゃったとおりなので、その辺、皆さんの理解が統一されてくると、急性期とか回復期というイメージが、もう少し進んでいくのかなと思います。よろしく願いいたします。

○玉木座長：公立福生病院の吉田先生、何かご意見はございませんか。

○吉田（公立福生病院、院長）：当院では、1病棟を地域包括ケア病棟に変えてから、現状では、今の体制で引き続きやっていきたいと思っておりますが、逆に、変えたほうが良いというようなことがありますでしょうか。

○玉木座長：いや、そういう意味ではなくて、私の単なる印象ですが、福生病院さんの地域包括ケア病床は、最近、いろいろなことで動いてくださっていて、在宅からもお願いできていますし、介護施設からもお願いできています。

ですから、単にポストアキュートというだけではなくて、サブアキュートとかいう意味のことを、病棟の皆さんがやってくさっていて、大変感謝しております。

そういう機能というものを、これからも一層、福生病院さんに限らず、回復期をやっけいらっしやるほかの病院さんにおいても、機能していただければと思っております。

あと、公立阿伎留医療センターの根東（コトウ）先生、いかがでしょうか。

○根東（公立阿伎留医療センター、院長）：当院では、回復期リハビリテーション病棟は今とまっております、コロナ病棟を実際には2病棟運用しているという状況です。

今後は、地域包括ケアは今までどおりですが、回復期リハビリテーションをどうしていくかということで、今議論しているところです。

一方、西多摩全体の状況を見たときに、急性期病床が少し多いめだということ、今ちょっと理解しましたが、病床数という問題以上に、在院日数をいかに調整して、経営する側からすると、一つ一つの病床の単価を高めて、かつ、人件費比率を下げるということで、上手に運用していくということが、急性期病院に課せられた一つの大きな課題です。

今までは、在院日数指標から考えたときには、比較的、平均以上には進めていますが、さらにもう一步踏み込んで、できるだけ患者さんが、当院内、院外に上手に入退院が進むということで、何か仕組みづくりをしていかなければいけないということ、強く感じています。

そういったいろいろなことをする意味で、できるだけ情報化を進めようということで、院内で今そういった取組みをかなりやっています。

ただ、最終的な落ち着きどころとして、果たして今の305床という病床数をどうするかということが一つの課題で、入院患者数は変わらなくても、病床数を絞っていく可能性はあるのかなとは、一応考えております。

そうはいつでも、急にいじるわけにはいきませんし、病床数を下げるということは、イコール、特に看護師さんの必要数が減りますから、それで本当に賄っていけるのかということも、当然あります。

そのため、今いろいろお話をしながらも、「こうすべき」と、すぐに決めたものはないというのが現状です。

○玉木座長：ありがとうございました。

具体的な地域連携の課題につきましては、次のテーマで議論させていただければと思います。

土谷先生、どうぞ。

○土谷理事：高度急性期と急性期の境目、あるいは、急性期と回復期の境目というのは、診療報酬上の1日当たりの点数で分けられていて、高度急性期と急性期は1日当たり3000点で、急性期と回復期は600点ということになっているわけです。

なので、私たちがイメージしている急性期とか慢性期とかいうのを全く無視していて、こういう点数でばっさり分けて、それが何床あればいいというものなんですね。

ですので、今いろいろご意見をいただいたことが、まさにそのとおりで、地域の状況を見ながら、自院の病床をどのように配分していけばいいということです。

「周りを見ながら」とおっしゃっているところが、この地域医療構想の一番大事なところだと思いますので、地域を見て、周りを見ながら、いろいろ考えていただければと考えています。

東京都医師会としては、将来の推計に必ずしも合わせなくても、地域の実情に沿ってやっていっていただければと思っています。

もちろん、20年後とか30年後とかについては、新たな課題が出てくると思いますが、現時点では、それぞれの医療機関が地域の状況を見ながらやっていただければと思っています。

○玉木座長：ありがとうございました。

今までのところで、何かご質問などがございますでしょうか。

青梅総合の大友先生、どうぞ。

○大友（青梅市立総合病院、院長）：先ほどからの議論を聞いていた中で、私が不勉強からかもしれませんが、回復期リビというのは回復期とっていらっしゃると思います。

ただ、ポストアキュートではなくサブアキュートの部分は、どっちに考えていらっしゃるかということ、ある程度整理しておかないと、この議論は進まないような気がしています。

今、3000点でという点数のお話が出ていましたが、そのところの認識を合わせておいたほうがいいのではないかと思います。

いわゆる地域包括ケア病棟のサブアキュートの部分は、回復期という認識でいいのでしょうか。それとも、急性期と捉えたほうがいいのでしょうか。

○土谷理事：国の将来の推計からすると、回復期が足りないということになっていきますので、回復期といってもらったほうが、模範解答的な答えになるということです。

ただ、やっている内容は、目の前の患者さんに必要なことをやっているわけですから、急性期にするかとか回復期にするかということは、本質的なところではないと思っています。

ですから、調整会議で申請するときは、回復期としておいたほうが、国からの見目はよろしいかなというように思いますので、大友先生のお考えのとおりです。

○大友（青梅市立総合病院、院長）：ありがとうございました。

○玉木座長：西多摩という、高齢者が多数おられたり、精神科病床や特養がいっぱいあるようなところは、その患者さんのちょっとした急性期的な状況を、地域包括ケア病床とかでちょっと診て、また戻していただけるという意味合いのやり方は、西多摩の一つの状況としては多いと思います。

ただ、そういうことは、国の分類では回復期ということに、西多摩の状況としては理解していいんじゃないかと、私も考えております。

ほかにいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、この件については、各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、皆様にお諮りしたいと思います。

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。

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事によろしいかということになりますが、何かございますでしょうか。

青梅総合の大友先生、どうぞ。

○大友（青梅市立総合病院、院長）：新病院を建て替えていて、ここで言っている病床数と新病院の病床数が合っていないんです。新病院は501床で動く予定で、今は465床になっていますが、その辺は大丈夫でしょうか。

○奈倉課長：次のご報告のときに、501床で固まっておられるようでしたら、また内訳をお出しいただければいいと思っております。

青梅市立さんに限らず、今回ご報告いただいたものについて、機能などにご変更がある場合については、それをご報告いただいて、皆さんと共有させていただく形にさせていただきます。

今回出していただいたものについては、今回のもので一旦合意させていただいて、また変更があれば、次の機会にご報告いただくという形で取り扱いたいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

○玉木座長：それでは、この件は合意したということによろしいでしょうか。

[全員賛成で了承]

○玉木座長：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（西多摩） 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、西多摩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。

例えば、「家族や介護者等による患者への虐待が疑われる場合は、公的支援機関及び警察などと連携はしているが、調整は困難」とか、「入院前には家族面談を実施しており、問題点に対してはできる限り解決し、入院につなげているが、家族に理解がない場合には困難」などの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。

○玉木座長：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ます。

1点目は、将来の人口予測になります。

西多摩地域は、高齢者の人口が既に高いということもありまして、男性では2025年ごろに最多、女性では2030年ごろに最多になって、そのあとは、一定の水準を維持するというような予測になっております。

特に、80歳以上を見てみますと、男性も女性も2030年ごろに最多になるということになっております。

2点目は、高齢者の疾病構造についてです。

東京大学によるシミュレーションによる将来予測ですが、2040年に向けて、フレイルについて、男女とも、有病率としては変わらないという予測になっており、2割前後の人たちにフレイルがあるということです。

認知症については、健康教育水準等の向上によって、男性においては低下するという予測も出ておりますが、女性では2割以上の方が認知症を有しているという予測になっております。

また、東京都の75歳以上のレセプトを分析した結果からの予測として、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、社会的支援が増えるということです。

65歳以上の単独世帯の数が、西多摩地域でも今後、男性では微増傾向にあり、女性では2030年ごろから一定になるという予測になっております。

なお、高齢者の虐待につきましては、東京都では、過去15年にわたって、報告件数が増加しているということですので、こういった対応のニーズも考慮する必要があると考えられます。

○玉木座長：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。

入院患者が都全体として増えていくだろうということですが、年齢層を見ますと、90歳以上の方が、最も増えるというのが、都全体の姿になっています。

そういう方々は、身寄りがないとかキーパーソンが不在とか、精神疾患を抱えているという場合が多くなりますので、今回、高齢者救急というものが、議論のテーマになっているのだろうと思っております。

ただ、西多摩に限定して申しますと、80歳以上の入院患者の割合は、2015年段階で既に48%ということになっていて、今はもうちょっと上がっていると思います。

半数が80歳以上というのは、ほかの圏域では、2040年とか2045年に迎える姿だろうということは、予測すればすぐに分かることでございます。

ですので、西多摩の今の状況というのを、東京都全体で迎えるのが2040年ということになるかと思えます。

この段階で、精神科の病床が多いとかの特徴もあると思えますので、そうした併存疾患を抱える方の対応について、ノウハウが共有できるようなことがあれば、西多摩が未来の東京の姿ということになりますので、有意義なディスカッションの機会になるのかなと思えます。

この2040年、45年にかけて、80歳以上の入院患者が65%ぐらいにもなるということですので、東京の中でも突出して、高齢化の対応が困難になる地域になると思われます。

加えて、マンパワーの不足という問題も、西多摩の場合はいろいろあるかと思えますので、そうした観点についてもご意見があると、今後の参考になるのではないかと考えております。

○玉木座長：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えます。

西多摩は東京の先頭を切っているということで、人手不足の問題も入れますと、前から医師会で叫んでおりますが、「西多摩は日本の縮図だ」と思えますので、ぜひ日本を引っ張るぐらいの気合で、皆さんからのご意見をいただければと思えます。

いかがでしょうか。

まず、複数の基礎疾患を持つ高齢者の急性期の対応について、特に、認知症以外の精神疾患を持っていらっしゃる方の急性期対応などについての課題などについて、ご意見をいただければと思えます。

東京海道病院の室先生、ご意見をいただけますでしょうか。

○室（東京都病院協会の精神領域・東京海道病院院長）：精神科の場合は、東京都の合併症ルートのルールがありまして、そこでお願いを出して、取ってくださる病院で合併症を治療してくださるというルールがあります。

その病院の一つが青梅総合さんなので、その辺のところはやりやすい部分ではありますが、病床が必ずしも空いているわけでもないというところもあります。

あと、精神症状が、こちらから見て比較的軽いかなという方を、ほかの公立病院さんをお願いするということがあります。その場合、精神科では落ち着いているかなという場合でも、一般病院に行ったときにうまく適応できるかという心配はあります。

西多摩は、青梅総合さんが合併症ルート of 病院であるというところは、とても助かっていますので、東京都に申請を出す前に、青梅総合さんをお願いして、取っていただくというケースも多いと思います。

そして、難しい例があれば、松沢病院さんとかが受けてくださったりしています。

高木病院さんなどでも、ちょっとした骨折のときとかによく取っていただいています。そういう場合、精神疾患があっても余りに気にせず取っていただける病院となかなか難しいという病院もごさいます。

精神症状が強い方を一般のところへ送るということは、なるべく避けるようにはしていますが、「だいぶ落ち着いているからいいかな」と思ってお願ひしても、なかなか厳しかったりする場合があります。

西多摩地域は、そういう意味で、少し恵まれている地域かなとは思っています。

○玉木座長：ありがとうございました。

「認知症の方がそうなったらどうしよう」ということを、医師会で議論したことがあります。認知症があっても、急性期の病院が結構取ってくださって、できるだけ早く返してくださるということ、実感として持っています。

すごく困難な事例は、精神科のある青梅総合病院さんに頼らざるを得ないのかもしれませんが、一般の病院さんでも急性期をやっている病院で、ある程度の対応をこれからもしていただけて、その困難事態に対するマネジメントを、できるだけ医療連携の中でこなしていく必要があると思います。

なかなか絵に描いたようにはいかないと思いますが、その辺についてご意見はいかがでしょう。

大久野病院の進藤先生、お願いします。

○進藤（東京都病院協会・大久野病院理事長）：これから迎える高齢者ということですが、話が戻ってしまって申しわけないですが、コロナ禍のときの連携が、これから起きてくる高齢者の連携を、問題点としてはそのまま表していたと思います。

高齢者でコロナにかかってしまって、重症化して、行き場所がないといったとき、最初のころは大混乱いたしました。大友先生が大英断されて、「西多摩以外は取らない」と言ってくださったので、あれで、高齢者が行くところが西多摩ではできたわけです。

他の地域から入ってこられてしまうと、西多摩はいっぱいになってしまうわけで、福生病院さんと阿伎留医療センターにも大変お世話になりましたが、いっぱいになっていることも多くありました。

急性期からのドレナージで、我々のような慢性期が一生懸命取らないといけないのに、そのところがうまくいかなかったです。

また、在宅や施設でも一生懸命診ようということで、多くの先生方が頑張ってくださいましたが、そこでも、医療のマンパワーが足らなかったということもあります。

このように、西多摩では、在宅でのマンパワーが足りないほか、急性期から慢性期への連携も、急性期が他の地域からの患者さんを受けてしまうと、いっぱいになってしまうというようところが、連携の問題点かなと思いました。

○玉木座長：ありがとうございました。

ポストアキュートというか、“ポストコロナ”も、決してサクサクとはいってなかった。この辺の課題というのは、感染症だけではなくて、同じようなことなのかなと思いますので、コロナの経験をぜひ活かしていかないとはいけません。

福生病院の小山先生、どうぞ。

○小山（公立福生病院、副院長）：私の専門の脳神経外科で、進藤先生と一緒に、この地域の脳卒中の連携をやっていますが、先ほどのデータのご説明を、少ない経験ではありますが、「やはりそうだな」と思いながら聞いていました。

認知症以外の精神疾患の患者さんの受入れについては、我々の病院は余り診ていないのかもしれませんが。かなり重度な精神疾患の患者さんで、脳の病気が発生して、治療をしたという経験は余りないです。

ただ、救急の患者さんを受け入れていると、脳卒中で来られた方で、心臓とか腎臓が悪いとか、肺疾患も合併しているとか、複数の重要な臓器の問題点を抱えているという方は、相当多いです。

救急隊から、その患者さんのいろいろなことを聞いて、実際にその患者さんの状態を診ると、これから治療をしてあげたいと思っても、心が滅入ってしまうような患者さんも、相当いらっしゃるということがあります。

それから、90歳を超えた方でも、何とか状態をよくできないかと、受け入れた者は考えるわけですが、先ほどから話があったように、身寄りがないとかで、その患者さんの治療方針を決定できるような方が、なかなか見つからないという場合も多いです。

そういうとき、脳卒中というのは、緊急を要するので、早く治療方針を相談できるような状況が、我々としては欲しいなと思っています。

脳卒中の連携で、進藤先生を中心に、いまさらかもしれませんが、ACPということを取り上げて、それをもう一度、この地域の方々に再認識してもらって、「自分の状態が悪くなったときはどうしてほしいか」ということを、元気なときにある程度はっきりした形にしておくということを、最低限しておいてもらいたいと思います。

いろいろな合併症があって、治療がなかなか難しい場合、「どういう治療をどうするか」ということを、予め確認していただければと思っています。

○玉木座長：ありがとうございました。

高度急性期とか救命救急のところでは、そんな時間がないので、まずは命を助けてということもあるとは思いますが、例えば、介護保険とかを既にやっつけらっしゃる方であれば、ケアマネがいたりして、関与してもらっていると思いますが、何が適切かというのは、それこそ、各事例次第になると思います。

トラブルがあったりして、なかなか難しい問題ではありますが、我々は逃げるわけにはいかないのです、ひとり暮らしの方でも何とか支えていく必要があると思っています。

私の解釈では、法律上は、どうしても医療同意者がいなくて、その辺が定まらなくてどうしようもない場合は、市町村長が最終的な判断者になるというふうに理解していますが、その辺でも、市町村の方は大変なことをやっていらっしゃると思います。

この辺について、日の出ヶ丘病院の河原先生は、もともとアドバイザーというか、政策をずっとやってこられていますが、西多摩に来られて、どのようにお感じになっていらっしゃるでしょうか。

○河原（日の出ヶ丘病院、院長）： 連携の問題はいくつかあると思います。

一つは、この調整会議とかで主として話し合われている、クリニックも含めて、病院機能による連携があると思います。

もう一つは、今議論に出ているような生活中心の連携があると思います。

そちらのほうは、我々だけでは解決しないので、ケースワーカーとかケアマネジャーとか介護保険の担当者とかとの連携が必要になってくると思います。

介護認定のときに、市町村では、どういう家族構成とか背景の事情をいろいろ知っていますから、予防的に対策を事前に講じるような、生活の観点からの連携みたいなものが必要になると思います。

これは、ケースワーカーとかケアマネジャーなどが中心にやっていただいて、こちらのほうにその内容を提供していただき、我々と考えを共有する必要があると思っています。

もう一つ、西多摩に来て思ったのは、在宅にリハ関係で回ったりして、私が回っているのは、あきる野市と日の出町ですが、一番感じるのは道路事情が非常に悪いということです。

公共の交通機関がないので、体調を崩すと外に出られなくなってしまい、寝たきりの人が多くなってしまっているのですが、これは、我々では解決できない問題です。

実際に訪問に行くとき、軽自動車がやっと通れるような道がいっぱいあって、その奥に集落があるというわけですが、そういうところには、公共の交通機関は

もちろんありませんし、どういう形で医療機関までアクセスするかということも、大きな課題だと思っています。

我々のほうで問題点を感じても、我々の調整会議などで解決できないという場合は、市町村にその問題を投げる、あるいは、東京都に投げるというようにしたほうがいいのではないかと考えています。

今の話で、西多摩に来て一番感じたのは、大通り以外は車を運転したくないということで、一旦迷い込むと出られないような道が非常に多いということを感じましたので、それに関して、医療機関へのアクセスの問題を強く感じたわけです。

○玉木座長：ありがとうございました。

青梅総合さんでは、退院調整を結構頑張っていて、ネットワークを使いながらやってくださっているのが、一つのいい例かと思います。

その辺、今後、退院調整、入院調整はもちろん、多機能の病床をいかにうまく循環させて使っていくかということ、みんなで検討することによって、「日々在宅、ちょっと病院」ということで、「もっと悪くなったら急性期」で、それが「ちょっとよくなったら回復期、在宅に」というような仕組みを、何とかつくっていただければと思っています。

そして、そこに多職種の方々がうまく、西多摩なりに、介護保険も使ってうまくやっていただければと思っています。

この在宅医療と病床の関係については、在宅ワーキングのほうでも議論されています。

先ほどの「ちょっと急性期」の方をどこかでちょっと診て、またすぐ在宅に帰していただくような、もう一つの輪を西多摩でつくればと思っていますので、在宅ワーキングの議論も踏まえて、皆さんと地域連携づくりに役立てていただければと思っていますので、どうぞよろしくお願いいたします。

最後に、西多摩保健所の渡部所長さん、何かご発言をいただけないでしょうか。

○渡部（西多摩保健所、所長）：いろいろ議論していただきありがとうございます。

都内でも高齢化の最先端を進んでいる状況で、これから10年もたない間にピークを迎えるという予測の中で、必ずしも、医療資源が潤沢にない地域におい

て、連携を何とかうまくしていくことで、乗り切っていく必要があるのかなど、改めて思ったところです。

各病床機能とか、在宅医療とか、医師会の先生方の有機的なつながりを、これからもより一層深めていければと感じましたので、よろしくお願いいたします。

○玉木座長：ありがとうございました。

土谷先生、最後に一言お願いいたします。

○土谷理事：突き詰めますと、ACPの話と、急性期から回復期、慢性期、施設、在宅へという連携の話になりますので、今後ともさらに深化させていっていただければと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○玉木座長：ありがとうございました。

それでは、もっといろいろ議論したかったのですが、時間がなくなってしまいましたので、次の報告事項に進みたいと思います。

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

○玉木座長：「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、医療人材課の岡本から、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。

西多摩では、対象の医療機関が少ないということもありますが、「申請準備中」「申請予定だが未着手」という病院がかなりございます。

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。

○玉木座長：ありがとうございます。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷理事：医師の働き方改革については、病院としてやるのが2つあります。

1つは、宿日直許可の取得で、もう1つは、特例水準の申請です。

この西多摩では、都内でも進んでいないということですので、サポートしてくれる機関を確認したいと思います。

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時間短縮計画等の作成などについて、いろいろ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」があります。ネットで検索すると出てきますので、メールで相談していただくと、厚労省が地元の労働基準監督署と直接掛け合ってくれて、取得できるようにサポートしていただきますので、ぜひご活用いただければと思います。

○玉木座長：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。

特になければ、本日はこれで終了とさせていただきます。どうもありがとうございました。

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まして、まことにありがとうございました。

閉会にあたりまして、東京都福祉保健局医療政策担当部長の鈴木より、一言ご挨拶を申し上げます。

○鈴木部長：医療政策担当部長の鈴木でございます。

きょうはちょっと遅れまして、申しわけありませんでした。

今回の調整会議では、西多摩が11圏域目になります。西多摩地域というのは、ほかのところとはちょっと違って、高齢化が進んでいるということで、医療資源の問題などで、課題も少し違っているのかなということを、改めて認識させていただきました。

今回のお話は、これで全て解決するというのではなくて、こういったお話をどんどん重ねていきながら、どのような方向性がいいのだろうかということを、いろいろ考えていければと思っておりますので、引き続きよろしくお願いたします。

また、医師の働き方改革についても報告させていただきました。まだまだ思っている、すぐに締切りが来てしまうということになりますので、なるべく早く着手して下さるようよろしくお願いいたします。

本日はどうもありがとうございました。

○奈倉課長：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ある場合には、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)