

〔令和5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6年2月1日 開催

【令和5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6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5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して誠にありがとうございます。

議事に入りますまでの間、私、東京都保健医療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Web会議形式で開催いたしますので、事前に送付しておりますWeb会議参加にあたっての注意点を一読いただき、ご参加いただきますようお願いいたします。

また、本日の配布資料につきましては事前に送付しておりますので、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申し上げます。東京都医師会、土谷副会長、お願いいたします。

○土谷副会長：皆さん、こんばんは。東京都医師会の土谷です。

今年度の2回目の調整会議になります。

議事のうちの、紹介受診重点医療機関についてと、2025年に向けた対応方針については、特にご意見はないかと思えます。

皆さんにディスカッションしていただきたいのは3番目で、「地域連携の推進に向けた意見交換」というもので、この圏域ではどういった疾患の連携がやりにくいかという話についてです。

もう一つ議論していただきたいのは、コロナの影響で、ベッドが空いているんじゃないかということです。

今は冬なので、患者さんが増えていると思いますが、昨年の秋の時点で、コロナ前に戻っていないという声をよく聞いています。

この圏域ではどのような状況かということについて、その原因と思われるようなこともお話しいただければと思っています。

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、東京都保健医療局医療政策担当部長 岩井よりご挨拶申し上げます。

○岩井部長：皆さま、こんばんは。東京都保健医療局医療政策担当部長の岩井でございます。

ご参加の皆さま方には、日ごろから東京都の保健医療政策にご理解、ご協力を賜りまして、誠にありがとうございます。

また、能登半島地震に関しましては、現地への医療チームの派遣を初め、多大なるご支援をいただいておりますので、深く感謝申し上げます。

本日の会議では、紹介受診重点医療機関の協議のほか、地域連携の推進に向けた意見交換などを、主な議題としております。

限られた時間ではございますが、忌憚のないご意見等を頂戴できればと存じますので、どうぞよろしく願い申し上げます。

○奈倉課長：続いて、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、会議に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、後日公開いたしますので、どうぞ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にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

2. 議 事

(1) 紹介受診重点医療機関について

○齋藤座長：皆さん、こんばんは。座長の、小金井市医師会の齋藤です。

非常にタイトな予定になっておりますので、スムーズな進行にご協力いただければと思います。

それでは、早速、議事の1つ目に入らせていただきたいと思います。1つ目は「紹介受診重点医療機関について」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、資料1-1をご覧ください。

制度の概要につきましては、スライドの3枚目に記載のとおりとなっております。

今回の協議の目的は、来年度の紹介受診重点医療機関を決めるというものでございますが、分類すると次の2点になります。

1点目は、新たに紹介受診重点医療機関として認める医療機関を決めるというもので、2点目は、現在既に紹介受診重点医療機関になっている医療機関について、来年度の取扱いを決めるというものでございます。

調整会議を踏まえまして、4月1日の公表を予定しております。

次に、協議の方針について、スライドの5枚目をご覧ください。

まず、新たに紹介受診重点医療機関として認めるものについてですが、基本的には、前回と同様の方針としたいと思っております。

資料の上段に記載のとおり、紹介受診重点医療機関になりたいという意向がある医療機関の中で、①番として、国が示す基準を両方満たす場合と、②番として、国が示す基準のいずれか一方を満たし、かつ、国が示す水準の両方を満たすという場合に、これを認めるというものでございます。

この2点を満たしているものを、表において赤枠で囲っておりますので、基本的にはこの赤枠内の医療機関を認めるという方針にしたいと思っております。

次に、現在既に紹介受診重点医療機関になっている医療機関の取扱いについてです。

こちらの圏域におきましては、都立小児総合医療センターさんについては、別途説明させていただきますが、それ以外の、既に紹介受診重点医療機関であるところにつきましては、先ほどの基準等を全て満たし、表の赤枠内に入っておりますので、先ほどの原則の方針どおり、引き続き来年度も認める形にしたいと思っております。

参考として、この赤枠から外れる医療機関が出た場合についてですが、この制度の趣旨を踏まえて、今回については認めるが、2年連続でこの基準等を満たさない場合は、来年度の協議の中で、認めない方針としてはいかがかと考えております。

資料1-2で、個別の医療機関の状況を確認しますと、先ほど説明させていただいたとおり、小児総合医療センターさん以外は、全て赤枠内に入っております。

この都立小児総合医療センターさんにつきましては、区西南部における国立成育医療研究センターさんと同様ですが、今年度第1回目の調整会議での協議において、どちらの医療機関も小児医療に特化している特殊性から、基準等は満たしてはおりませんが、この制度の趣旨を踏まえると、紹介受診重点医療機関に位置づけられるのが望ましいということで、特例的に認められております。

そのため、この都立小児総合医療センターさんにつきましては、引き続き紹介受診重点医療機関となる意向がございますので、来年度も引き続き認めるような形にはいかがかと思っております。

最後に1点、補足ですが、前回の外来機能報告の紹介率と逆紹介率の報告の対象期間は、令和4年7月の単月のデータでしたが、今回の令和5年度報告では、令和4年7月から令和5年3月までの9か月間のデータとなっており、より長い期間のデータとなっております。

それでは、協議をよろしく願いいたします。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、早速協議に移りたいと思います。

新たに紹介受診重点医療機関とする医療機関と、既に紹介受診重点医療機関である医療機関の取扱いについて、ただいま説明のあった方針のとおり進めるということによろしいでしょうか。

[全員賛成で承認]

それでは、資料1-2で赤枠で囲まれた医療機関のほか、現に紹介受診重点医療機関である都立小児総合医療センターさんは、基準には合致していませんが、小児医療に特化しているという特殊性に鑑みて、引き続き認めるということにさせていただきます。ありがとうございました。

(2) 2025年に向けた対応方針について

○齋藤座長：それでは、次の議事に進みたいと思います。

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、資料の2-1をご覧ください。

本件につきましては、これまでの調整会議でも取り扱った議事でありまして、内容はこれまでと同様です。

国の通知に基づいて、各医療機関が2025年における役割や機能ごとの病床数などを、対応方針として提出しており、その提出された対応方針をそれぞれの圏域において確認し、合意を図るというものでございます。

今回につきましては、前回の調整会議のあとに対応方針の提出があったものや、前回から内容を変更したものについて、資料に反映しておりますので、これまでと同様に確認と合意をいただきたいと思います。

具体的には、資料2-2-1と2-2-2におきまして、今回提出があった医療機関名を水色で表示してございますので、前回までと同様に、圏域として合意いただきますようお願いいたします。

説明は以上です。

○齋藤座長：ありがとうございました。

各医療機関の対応方針につきまして、何かご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：資料2-1の3枚目を見ると、この圏域では、2025年の必要量に比べて、高度急性期が多くて回復期が少ないんじゃないと言われるかもしれませんが。

もう来年の話ですが、回復期が少ないとか高度急性期が多いので、問題になっているかという、この圏域ではそういう話は特に出ていないのではないかと思います。

それぞれの医療機関で地域の状況を見ながら、「自分のところはこういう体制でやっていこう」ということを決めておられ、大きな問題も起きていないと思っています。

問題があるとすれば、ほかの問題かと思えますので、必要量と比べて乖離があるように見えますが、東京都医師会としては、それぞれの医療機関の申請どおりお認めいただければと思います。

○齋藤座長：よろしいでしょうか。

それでは、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、ここでお諮りいたします。

前回までの取扱いと同様に、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してよろしいでしょうか。

[全員賛成で承認]

では、そのように圏域として認めることにいたします。ありがとうございました。

(3) 地域連携の推進に向けた意見交換について

○齋藤座長：それでは、次の議事に進みたいと思います。

3つ目は、「地域連携の推進に向けた意見交換について」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、資料3-1をご覧ください。

本議題につきましては、事前にお送りさせていただいた動画の中で、意見交換の趣旨などについて説明をさせていただいておりますので、少し手短にご説明させていただきます。

地域医療構想調整会議の取組みを開始した当時に比べて、高齢化が進んでいるものの、足元の病床利用率は、コロナ前に比べて低い水準にあります。一方で、高齢者救急の増加や東京ルールの適用件数などは、高い状況が続いております。

そこで、今回は、改めてこの圏域において不足している医療や、機能分化や連携の促進がさらに必要な医療は何かというような点について、具体的な傷病名や患者の状態像などを切り口としまして意見交換を行い、圏域として認識の共有を図りたいと思っております。

また、コロナ前と比べた入院受療の変化や、現在の病床利用率の状況などについても、あわせてご意見をいただければと思います。

参考資料としまして、事前に都内全ての病院を対象に、入院や退院の場面で課題と感じていることなどを、アンケート調査しましたので、資料3-1に主な意見としてまとめております。

また、資料3-3に、急性期から慢性期への中継点である地域包括ケア病棟と、回復期リハビリ病棟につきまして、圏域における状況を、地図やグラフでまとめております。

これらの資料をご参考にしつつ、日ごろの診療の中で感じておられる課題などについて、ぜひ活発なご意見を賜りますよう、よろしく願いいたします。

説明は以上です。

○齋藤座長：ありがとうございます。

それでは、意見交換に移りたいと思います。何かご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

それでは、受療動向や病床利用率の変化等についても議題になっていますので、病院の先生方からお話を伺っていただければと思います。

小金井太陽病院の河本（カワモト）先生、いかがでしょうか。

○河本（小金井太陽病院 院長）：当院も病床の利用状況が低いですが、患者さんの希望が少ないということではなくて、実は、看護師さんが確保できなくて、安全が担保できないので、入院を制限しているというのが現状です。

当院は小さな病院で、東京ルールから漏れてしまったような方の要請もあるんですが、なかなかお応えすることもできず、非常に申しわけなく思っております。

○齋藤座長：ほかの職種は大丈夫ですか。

○河本（小金井太陽病院 院長）：ほかは、入院患者が少ないということで、定数を満たしてなくても、不足率は非常に少なく、何とかなっております。

○齋藤座長：貴重な情報をありがとうございました。

続いて、調布病院の山田先生にお願いしたいと思ったのですが、つながらないようですので、申しわけありません。

では、多摩総合医療センターの榎山先生はいかがでしょうか。

○榎山（都立多摩総合医療センター 院長）：私どものところは、10月あたりは病床利用率がやや落ちましたが、そのあとは回復しまして、今はむしろ足りないという感じで、9割程度で推移しております。

ただ、先ほどの先生と同じで、コロナの関係で職員数が少し減りまして、病棟を1つ閉鎖しておりますので、その影響もかなり被っているところです。

あと、救急搬送は最近急増しておりまして、私どもの病院は、土曜の夜から月曜の朝までの東京ルールの幹事病院を仰せつかっておりますので、これにかなり苦労しています。

それ以外のときは、1日当たり20件ぐらい東京ルールの依頼がありまして、それを受けて頑張っ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。

大変な状況ですが、よろしく願いいたします。

では、杏林大学附属病院の近藤先生はいかがでしょう。

○近藤（杏林大学医学部附属病院 病院長）：当院も、最近はコロナ前に近い状況に戻ってきていますが、小さなクラスターなどが発生して、一部の病棟だけ少し制限することはございました。

もう一つの問題としては、高齢の方が多いため、急性期の治療をしたあとの退院、転院がスムーズに進まないという状況ですので、今後とも後方連携をもっと強化していかなければいけないと考えております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

後方病院との連携が以前から問題になっていますが、今も大変だという状況が分かりました。

では、武蔵野赤十字病院の泉先生はいかがでしょう。

○黒崎（武蔵野赤十字病院 副院長）：泉の代理で、副院長の黒崎が出席させていただきます。

当院の病床稼働率は90%以上の状態が続いておりますので、コロナ前と同等の稼働率に戻っております。

コロナの入院患者さんは、15名ぐらいがコンスタントに居るような状況ですが、それ以外の病棟は、一般の救急医療、専門医療を行っております。

先ほどもご発言があったとおり、二次救急の搬送数が増えておりまして、当院では1日30～31台ぐらいの搬送数ですが、二次救急に対応するためには、後方の連携がないと、なかなかベッドが回らなくなっているということが、一番頭を悩ませているところです。

急性期の転院を受けていただけるような連携を、地域でつくっていくということが、この二次救急、三次救急をしっかりと受けていく上では、一番の課題ではないかと思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

では、榊原記念病院の磯部先生はいかがでしょう。

○磯部（榊原記念病院 院長）： 私どもは、多摩総さんや武蔵野日赤さんとほぼ同じ状況でして、患者数はコロナ前よりもかなり増えておりまして、本日も満床以上の状況です。

当院は地域医療支援病院で、紹介率は90%ですが、逆紹介率が210%もあります。困っていることは、高齢の患者さん、フレイルのある患者さんの後方病院への転出先が、非常に困難を感じております。

受けてくださる病院は地域にあります。合併症を持っている患者さんの転出先が非常に難しく、急性期の患者さんをたくさん受けておりますが、場合によっては、全て受け入れきれないということもあります。

特に、心不全の患者さんの平均在院日数を、私どもでは15日ぐらいをみておりますが、そういう方たちが自宅なり元の施設の戻れる方ばかりではございませんので、そういう方たちに対して、後方病院との連携がうまく回っていくと、救急病院としての役割をもう少し発揮できると思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

今の大きな病院の先生方のご意見としては、病床利用率、患者数は、コロナ前よりも多くなっていて、困っていることも共通していて、後方病院との連携がうまくいっていないということ、それから、高齢者の方々がほかの病気もいろいろ持っていて、思うように後方病院に移せないというようなお話でした。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：高度急性期の病院におかれては、ベッドがいっぱいで大変だということですが、ほかの圏域では、この秋ごろはコロナ前に戻っていないというお話が多く出ていました。

しかも、看護師さんが不足しているということは、他の圏域でも、ベッドが空いているのは患者さんはいないからという以外に、看護師さんがいないために病棟を閉鎖して、7対1をキープしているというお話も、結構多く出ていました。

つまり、東京においても、職員がいなくて運営できないという声が、今回の調整会議であちこちから聞かれるようにきました。これは、今までは余りなかった話です。

もちろん、これは、潜在化していたことかとは思いますが、それが明らかになってきたと思っております。

そういう意味で、回復期や慢性期の先生方はいかがでしょう。

○齋藤座長：それでは、野村病院の野村先生にお伺いしたいと思ったのですが、通信環境がよくないようで、申しわけありません。

三鷹中央病院の吉田先生の代理の、小林さん、お願いできますでしょうか。

○小林（三鷹中央病院 医療サービス課 課長）：当院は、急性期となってはいますが、コロナの重点医療機関だったもので、そこでかなりベッドを減らしていたからということもありまして、看護師は不足しております。

それが、冬場になってからは90%ぐらいの稼働率になってきたため、さらに看護師さんの数が厳しくなってきたというのが現状です。

○齋藤座長：ありがとうございました。

看護師さんが不足というのは、コロナやインフルエンザで休んでいるというわけではなくてということですね。

○小林（三鷹中央病院 医療サービス課 課長）：もともと重点医療機関ということで、ベッドを減らしていたので、そのときの看護師の数が継続してしまっていたため、これからどんどん入れなければいけないんですが、それがなかなか進んでいないというのが現状です。

○齋藤座長：募集しても応募がないということですね。

○小林（三鷹中央病院 医療サービス課 課長）：はい、そうです。

○齋藤座長：分かりました。

それでは、ここで、調布病院の山田先生とつながりましたので、お願いします。

○山田（調布病院 院長）：高度急性期の先生方には、中小病院からの一つの意見としてお聞きいただきたいと思います。

ほかの病院さんと同じように、労働人口がどんどん減っていることを実感するように、看護師さんも足りないし、看護助手さんも足りないという状態で、なかなかベッドを全部開けることが難しいというのが現状です。

加えて、医師の働き方改革というのもあると思うんですが、ドクターたちも、「患者さんのために残業しよう」とかいう意識が、ちょっとずつ薄れているような印象があります。

大きな病院さんだと、ドクターがたくさんおられるので、ナースと同じように、シフト制でどんどん交代で、夜勤、日勤とできるかもしれませんが、中小病院だと、常勤医が10人もいないぐらいなので、それでいろいろな科を回しているという状態になっています。

ですので、本当にこの1年ぐらいで実感するのが、「オペが組めないから、骨折の疑いの救急車の人を断る」ということが、非常に増えているということです。

それはなぜかという、例えば、コロナ前とかだと、「患者さんがいたら、もう仕方がない」というので、オペとオペの間に無理やりスケジュールを組んで、夜の8時、9時であっても、オペをやっていたりしたわけです。

それが、最近のドクターは、自分のQOLを重視して、働き方改革もあって、決められた時間を過ぎて、8時、9時までオペをしようという先生方が、本当に減ってきています。

例えば、「来週のオペの枠はもういっぱいだから、そこを超えると時間外の手術になってしまうので、よそにあたってください」ということで、断ってしまう先生が増えているという状況になってきています。

しかも、「夜間とか休日、祝日でも仕事をしてもいい」というドクターが減っていて、当直医をきちんと回すことも非常に難しい状態になっています。

中小病院が下支えしないといけないとは思いますが、先行きがどうなってしまうだろうと、非常に厳しいという現状を、最近特に感じています。

○齋藤座長：切実な実情をお話しいただいて、本当にありがとうございました。

働き方改革が救急医療に特に影響しているということは、よく聞きますが、その点で、働き方改革担当の土谷先生、いかがでしょうか。

○土谷副会長：働き方改革は、医師の人数が変わらなければ、ニーズ掛ける時間で考えると、完全に提供できる量は減るはずですが、それが、弱いところにより多く出るわけですから、ひずみがどこに出るかということ、まず救急になるということです。

そのため、急性心血管疾患については、CCUネットワークによって対応することができてはいますが、脳卒中についても、この春から、ネットワークをつくって、何とか軟着陸できないかということ、関係者で検討しているところです。

それから、救急車の搬送件数が、令和4年度が過去最高となっていたのが、令和5年度もさらに過去最高ということで、ずっと増えていますが、ベッドがうまく回っていないというのが現状です。

例えば、救急外来が全部受けられないとか、発熱で受けたいけれども個室がないとか、病院に入れるようにならないために、ベッドが埋まらないという声もあります。

もちろん、今お話がありましたように、職員がいなくて、救急を受けたいけれどもそれができないという話もありますので、東京ルールもずっと高止まりしているという状況もあります。

ですので、いろいろな対応策を今後考えていかなければいけないと考えています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

では、続いて、多摩川病院の後藤先生はいかがでしょう。

○後藤（多摩川病院 院長）：当院は、もともとは療養病床から、回復期とか地域包括ケア病棟をつくっていますので、救急車の受入れはしていませんで、在宅からのサブアキュートみたいな形で受けています。

コロナ前後で患者数が減ったということはないんですが、脳疾患の発症の高発時期によって、患者さんが増えたり減ったりしています。

また、院内のコロナのクラスター等によっても、病床の閉鎖によって、減るということもあります。

職員に関しては、プライベートな病院なので、看護師さんが頑張って、何とか病床を維持しているという現状です。

○齋藤座長：ありがとうございました。

続いて、北多摩病院の万代先生はいかがでしょう。

○万代（北多摩病院 院長）：コロナ前と比べた入院受療の変化についてお話ししますと、当院では、ほとんど差はないと思っております。

居住範囲とか予定入院につきましても、正確なデータがあるわけではありませんが、余り大きな差はないかなと感じています。

疾病に関しては、脳卒中がちょっと少ないような印象がございます。

あと、人員については、当院もやはり、看護師さんの確保が難しいというところがございます。ただ、急性期の病床が60床は10対1で回しておりますが、今のところは何とか大丈夫かなというところです。

もちろん、これまでと比べて、一段と厳しくなっているということは、看護部長から聞いておりますので、皆さんが言われるとおりにかと思っております。

ちょっと話題はそれですが、去年の12月半ばにクラスターが急性期病棟で発生しまして、そこから療養病棟のほうにも広がりました。

そういうような状況がありますと、職員も感染して休むということになって、コロナの影響で患者さんを引き受けられないということになりますので、必然的に患者さんが減ってしまうという状況もありました。

あと、東京都さんに、「北多摩南部でどれぐらいクラスターが発生しているか」ということお聞きしたところ、「だめだ」と言われてしまいました、「自分たちの医療は自分たちで守る」という意味では、周辺がどういう状況であるかということ、情報として開示してほしいと思います。

これは、地域医療構想の話とはちょっと違うかもしれませんが、地域で医療をやっていくという意味では、重要なことではないかと思っておりますので、東京都さんにはお願いしたいと思っております。

最後に、圏域で不足する医療を連携でということですが、機能としては、東京都であれば、どこの圏域であっても、不足しているところは余りないのではないかと考えております。

それよりも、連携をどうやっていくかということが、非常に重要な課題だと考えております。

先ほども、二次救急、三次救急を受ける場合、下りが詰まっていると引き受けられないというお話もありましたが、私どもはそういう下りの患者さんをお引き受けしております。

それぞれの病院がどういう機能を持って、運営しているかという情報が明確になっていると、うまく回っていくのではないかと考えております。特に、今は、急性期を早いに切り上げて、次にという状況がどんどん進んでいくと思いますので、療養病棟だけの病院ではお引き受けできないということになってしまうためです。

下りの病院がどういう機能を発揮していくかということについて、自分のところでは機能を発揮できないので、それこそ、地域医療構想の中で、どうやって連携していけばよいかということ、よりしっかりしていく必要があると思っております。

それから、精神疾患の患者さんで、身体合併症を持っている人に対してどうするかという問題については、精神科病院の先生方は、「身体合併症のある人は絶対受けない」というようなことを言われてしまいました。

もちろん、重症の精神疾患でなければ、一般の病院でも受けられて、私自身、余り抵抗なく引き受けるようにはしていますが、比較的小さな急性期の病院の先

生方と精神科の先生方で、この問題についても話し合いをしていく必要があると思っています。

この件に関して、一つ例を申しますと、調布市医師会では、病院部会が結構活発に集まっています、もちろん、そこには、精神科の病院の先生も参加しておられます。

その中で、どうやってすみ分けというか、身体合併症を持った精神科の患者さんを、どのように共同で診ていくかということ、少しずつでも構築していくことが必要だということで、情報共有を密にしていこうとしております。

○齋藤座長：貴重なご意見をありがとうございました。

今のお話の中で、「周辺の状況を知りたい」ということについて、東京都からご発言はございますか。

○岩井部長：東京都の岩井でございます。

確認ですが、「周りのどこの病院でクラスターが発生しているかを知りたい」というご意見でよろしいでしょうか。

○万代（北多摩病院 院長）：はい。

その他、介護老人保健施設とか特養とかの状況も知らせていただきたいと思えます。

○岩井部長：それをお尋ねになったのは、最近のお話でしょうか。

○万代（北多摩病院 院長）：はい。当院のクラスターが収束しましたので、東京都に届けなければいけないということで、今週の初めにご報告した際に、「周囲の状況はどうなっているか、東京都さんに教えてもらってくれ」と言いましたところ、「教えない」と言われたんです。

○岩井部長：お話をお伺いしましたので、確認させていただきます。ありがとうございました。

○万代（北多摩病院 院長）：よろしく願いいたします。

○齋藤座長：あと、この地域で疾患別に足りない医療は余りないが、連携が問題で、特に、下りが問題なので、下流の病院のことをよく知ってもらうようにして、高度急性期、急性期の病院からできるだけスムーズに移していけるようにする必要がありますというご意見もいただいたと思います。ありがとうございました。

あと、精神疾患で身体合併症がある方については、いつも問題になっていますが、その辺で、吉祥寺病院の塚本先生、お願いできますか。

○塚本（東京都病院協会・精神領域、吉祥寺病院、理事長）：うちは、精神科の単科病院なので、確かに、万代先生がおっしゃるように、身体合併症の患者さんを診られないという状況です。

ただ、松沢病院を初めとする「都合併（東京都精神科身体合併症医療事業）」の病院さんに、いろいろ助けていただいていたんですが、身体合併症で転院する数を調べていくと、「都合併」で出す人は圧倒的に減ってきています。

それよりも、三鷹中央病院とかの近くの病院で、うちに入院している精神疾患の患者さんを診ていただいて、もちろん、「問題が起こったら、すぐうちで引き取る」ということで、対応していて、東京都の合併症医療の患者さんというのは、非常に減っていると思っています。

それから、今までだと、お正月とか連休のときとか、土曜日に具合が悪くなったりすると、すごく困っていた時期があったんですが、このごろは、松沢病院さんが非常によく取ってくれたりしています。

そして、「これは、精神症状が強くて、一般の病院では診られないね」という患者さんに関しては、「都合併」でずいぶん取っていただけるので、精神科病院として身体合併症で困っているという症例は、今はなくなりつつあると感じています。

ただ、コロナが流行した時期だとか、PCR検査ができないとかいう時期は、非常に困りました。調布市医師会の西田先生にお願いして、真夏の炎天下の駐車場でPCR検査をやっていただいたり、老健でクラスターになったときに、西田先生に来ていただいて、点滴していただいたりしました。

そういうことで、連携をうまくしていただき、助けていただき、大変助かりましたが、それ以外の普通の精神科病院の身体合併症については、以前と比べるとずいぶん流れがよくなっていると感じております。

○齋藤座長：貴重なご意見をありがとうございました。

では、ここで、野村病院の野村先生とつながったということですので、お願いします。

○野村（野村病院 理事長）：最初の話で、病床を機能させるための医療従事者の確保、特に、看護師の問題については、私どもも、4つの病床がありますが、1病床は今開けられてなくて、看護師の確保にはすごく苦勞しています。

特に、この1年間で紹介手数料が驚くぐらいの金額を出していて、この4月にはようやく開けられるかという状況です。

受療動向については、病床機能によって違いますが、非常にはっきりしているのは、うちは、一般病棟と回復期と緩和ケアと持っておりますが、緩和ケアの部分が非常に減ってきています。

それは、訪問看護と施設が一体となってやっているようなところ、あるいは、在宅医療を熱心にやっているところが、ぎりぎりのところまでとか、最期を看取るときまでを引き受けているということで、在宅のほうにシフトしてきているなと思われるからです。

緩和ケアを持っている、杉並区などの病院と話をする、「明らかに緩和ケアは定員割れを相当している」ということです。

一般病棟については、今は病床数が少ないので、救急になかなか応えられないんですが、特に、この二、三か月ぐらいは、救急車の要請が多いなと思っております。

ただ、三鷹市の場合、在宅診療専門のクリニックが9つありますが、在宅でぎりぎりまで診るようになってきて、入院の需要は、以前よりは少なくなってきたかなということも感じています。

あと、事前のアンケートの回答に関してですが、私どもも誤嚥性肺炎や認知症のことについては、全く同意見です。

ただ、これを進めていくためには、古くて新しい話かもしれませんが、診療情報の共有をどのようにしていくかということが非常に重要で、いまだに紙ベースだということもありますが、それぞれの医療機関が自分たちにとって必要な診療を中心にまとめているため、それが、連携していくときに、次のところで有効に使われないというのが実情です。

ですので、電子化も含めてですか、診療情報の共有化をさらに進めていかなければいけないと思っております、基本的な属性情報を、余り欲張らないで、コアなところについて、しっかりまとめていくようにしていく必要があると思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

連携の基本をちゃんと守ってほしいということのほか、緩和ケアのお話がありましたが、その点について、ホスピスをお持ちの、桜町病院の小林先生、何かご意見はございますか。

○小林（桜町病院 院長）：ホスピスについては、去年の秋ごろまでは、かなり入っていましたが、今は減っています。

どうして減ったかということ、ホスピスのドクターに聞くと、今のお話にあったように、在宅でぎりぎりまで診ることが多くなったので、入ったとしてもすぐに亡くなってしまうという場合が増えているということでしたし、そういう入院自体も少なくなっているという話でした。

だから、在宅で診るというウェイトがかなり高くなってきていると思いますので、「いつも入れない」と言われていたような病院のベッドに、空きが出てくるような状態になっていますので、心配しております。

それから、お話に出ていたように、看護師さんの充足率については、うちもぎりぎりの状態です。特に、看護助手さんが非常に少ないために、療養病棟は看護助手さんがいれば、ナースはもっと少なくてもいいんですが、ナースを多く充てて、何とか対応しているという弊害も出ています。

あと、今まではナースが充足していたときは、産婦人科病棟を混合病棟にして回していたんですが、ナースが少なくなったので、産婦人科の単独病棟にして、半分ぐらいの病床が休んでいるというのが現状です。

○齋藤座長：貴重な情報をありがとうございました。

在宅療養のほうも、結構高度なものになってきているということでしょうか。

それと、量的にも増えてきているということが言えるかもしれないですね。

では、続いて、調布東山病院の小川先生、お願いします。

○小川（東京都病院協会、調布東山病院 理事長）：みんな一生懸命やっている中で、以前から言っていたことですが、救急を高次に集めるという診療報酬の改定の意図のとおりに進んできていて、地域密着型の中心規模の病院がやっていることが、評価されないできたことで、人材を確保できない中で、無理を相当してきて、それでかなり厳しくなっている現状が、皆さんがおっしゃっていたとおりではないかと感じます。

これは、連携したりとか、1つの医療機関がそれぞれ努力して、もうちょっと増やすというレベルでは、もうないのではないかと思っています。

今度の改定では、地域密着型の医療、高齢者救急を評価するという観測が出ていますが、どのぐらい評価していただけるかによって、我々が持ちこたえられるかどうかという状況で、それができないと、高次の先生方のほうに全部しわ寄せが行って、共倒れになる可能性が高くなると思っています。

そこは、以前から、みんなで声をあげていたことですが、それが顕在化してきたということが言えると思います。

もう一つは、国が賃金を上げていき、いろいろな物の値段も上げていくという政策にシフトしているのも、もともと東京は全ての値段が高いところで、他業種との人材の取り合いになっています。

ヘルパーさんたちも、介護系の病院をやめて、介護の別の施設に移動するのではなくて、全く違う業種にシフトしているということも起こっていますので、本当にかなり厳しいことがこれから起こってくるだろうと想定されます。

ですので、私たちがなすべきことは、今度の改定によって、地域密着型の急性期も回復期、療養病棟もある程度評価されれば、とにかく人材の数を直ちに確保していくようにして、負のスパイラルに入らないようにすることを、死力を尽くさないと、みんなで共倒れしていきたくらうと思っております。

なので、本当は“東京都加算”という形で、物の値段が全国一律の診療報酬改定に見合わない、東京都の値段が高いところに対して、何らかの加算をしていただいて、みんなで乗り越えられればと思っております。

きょうの皆さんのお話を伺っていて、問題の本質はそこではないかと感じました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

他業種がどんどん賃上げしていくと、医療のほうに人がいなくなってしまうということで、医療、介護の人材不足がますますひどくなっていくということで、地域別の診療報酬ということはできないにしても、加算ということに関しては、東京都のほうで考えていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○岩井部長：先生方から病院の実情等をいろいろお話いただきまして、大変ありがとうございました。

東京都のほうでは、今回の診療報酬の改定にあたりまして、東京都の物価とか賃金の実情も国に示しながら、地域に見合った加算というものを要望しているところでございます。

人材の確保、育成を含めて、いろいろな事業を展開しているところではございますが、今後とも先生方のご意見をお伺いしながら、考えてまいりたいと思っております。

○齋藤座長：ぜひよろしく願いいたします。

ほかにいかがでしょうか。

調布病院の山田先生、お願いします。

○山田（調布病院 院長）：あと、高齢者救急のたらい回しというか、受入れがなかなかできなくなるということの根本には、高齢者医療には限界があるということですが、ご本人やご家族がそれを理解していらっしやらないという症例が結構多いです。

誤嚥を何度も起こしていて、これはもう老衰の症状だと思われるようなケースでも、「何とか生き延びさせてください」というような、強い要望をされるご家族がいらっしやったりすると、現場の医療従事者もさらに疲弊することはもちろん、希望に沿った結果にならなかったときに、大きなトラブルになったりするというリスクもあって、そうなると、当直の先生とかも、なかなか受け入れにくくなったりすることがあると思っています。

高齢者の医療費というのは、割と安くなっていますが、ご家族がその安い診療報酬で120%、150%の結果を求めるといような状況になっている場合がありますが、それは結局、私たちの子供や孫の世代に借金として引き継がれていくということが、一人の国民としてどうなのかと思ったりしています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

皆さんもそういうご経験がおありかと思いますが、患者さんやご家族のリテラシーに頼らざるを得ないところもありますので、なかなか難しい問題かと思えますね。

まだまだご意見をお伺いすべき先生方や自治体の方々がいらっしやいますが、そろそろ時間が来てしまいましたので、「最後にこれだけは言っておきたい」という方はいらっしやいますか。

よろしいでしょうか。

では、これまでの議論について、土谷先生からコメントをいただきたいと思えます。

○土谷副会長：活発なご議論をいただきありがとうございました。

この地域の医療の総量を考えたときに、今までは、患者さんの数が医療の総量になっていて、患者さんに合わせて医療を提供できていたわけですが、「職員がいない」という声が結構上がってきています。

ほかの圏域でも、「職員がいなくて、ベッドが維持できない」ということで、医療の総量が需要のほうではなくて、供給のほうで制限されてきているわけですが、これは、東京においては、今までは余りなかった話です。

一方、地方においては、人口が減っていますので、もちろん、患者も減っているけれども、職員も減ってしまったので、地域医療構想でベッドを整理しましょうという話になってきたわけです。

それが、東京においても、今までとちょっと違うフェーズに入ったのではないかという印象がありまして、それが、コロナによって加速されているかもしれないと思っています。

病床の数と医療の量に齟齬が生じてきている可能性もありまして、ベッドはあるけれども、患者がいらないだけではなくて、職員もいなくて、あるのはベッドだけという状況で、これは、病院を経営する側としては、ゆゆしき問題となっています。

この圏域では、ベッドの配分はありませんが、他の圏域においては、病床の配分については、より慎重に考えなければいけないときを迎えているのかなと思っています。

今後ともいろいろな課題について、先生方とともに考えていきたい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。

3. 報告事項

(1) 在宅療養ワーキンググループの開催について

(2) 外来医療計画に関連する手続の提出状況について

○齋藤座長：次に、「報告事項」ですが、時間の都合もありますので、資料配布で替えるとのことです。

何かご意見、ご質問等がございましたら、後日、東京都にアンケート様式等でご連絡ください。

あと、この調整会議は、情報共有の場ですので、その他の事項でぜひ情報提供を行いたいということがおありの方がいらっしゃいましたら、ご発言をお願いします。

調布東山病院の小川さん、お願いします。

○小川（東京都病院協会、調布東山病院理事長）：情報提供ではないんですが、きょうは本音ベースですごくたくさんのお話が出てきたと思っています。

こういう場を設定していただいた東京都の皆さんに、本当に感謝申し上げます。

なお、そもそも基準病床数については、考え方が古い中で算出されているものだと思います。稼働率が75%をベースに算出されたりしていますので、そこで議論するよりは、高度急性期の先生方がどういうことで困っておられるか、下りの病院としては、マンパワーが少ない中でどこが受け入れられるかとか、互いに助け合いながら、きちんと組織が存在していくような情報のやり取りができればいいなと思っています。

ですので、「回復期何床」とかの議論は、今後はもうやめていったほうがいいかと感じておりますので、よろしくご検討をお願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

今の先生のお話のように、きょうは本当に本音のご意見というか、赤裸々なお話をたくさん聞けたと思っています。今後ともよろしく願いいたします。

それでは、本日予定されていた議事は以上になりますので、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、本日は非常に貴重なご意見をいただきありがとうございました。今後の参考にさせていただきながら、いろいろ取組み等を考えていきたいと思っています。

最後に事務連絡をさせていただきます。

本日会議で扱いました議事の内容につきまして、追加でのご意見やご質問がある場合には、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お使いいただき、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きましては、「東京都地域医療構想会議ご意見」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。長時間にわたり誠にありがとうございました。

(了)