

[令和5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6年2月8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』

〔区南部〕

令和6年2月8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（区南部）を開催いたします。本日はお忙しい中ご出席いただきまして、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会議形式での開催となりますので、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。

本日は、年に2回行われる調整会議の2回目になります。

議事としては4つありまして、1つは病床配分で、ない圏域もありますが、こちらの圏域は病床配分の希望がありますので、大きな議事の一つになります。

2番目と3番目は、特に問題はないかと思いますが、4番目に、「地域連携の推進に向けた意見交換について」という議事があります。

地域医療構想には大きな柱が2つあって、病床の話と医療連携の話になりますので、4番目がこの医療連携の話になります。

今回は、1つは、どういった疾患が地域で連携しにくいかといったことを、いろいろお話しいただきたいと思っています。

もう1つは、コロナ前ほど病床稼働率が上がっていないということ、最近よく聞いています。他の圏域でも、コロナ前に比べて稼働率が上がっていないという話が多くありました。

これは、一時的なものなのか、今は冬になって患者さんが増えていますが、構造的なものなのか、また、その原因は何が考えられるかというようなことを、皆さんでお話しいただきたいと思っています。

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、深く感謝申し上げます。

また、1月2日の羽田の航空機の事故に関しましても、大変ご尽力を賜りありがとうございました。

本日の会議では、まず病床配分の協議がございます。事前に地域で分科会を開催いただき、その開催にあたりご尽力いただいた地域の医師会、行政の皆さまに感謝申し上げます。

本日は全部で4つの議題がございますので、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、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○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ございますが、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いては、後日公開いたしますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を鈴木座長にお願い申し上げます。

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。

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「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、東京都からご説明をお願いいたします。

○高橋課長：東京都の医療安全課長の高橋と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

本圏域での「病床配分希望」について、概要をご説明いたします。資料1-1をご覧ください。

病床配分につきましては、平成30年の厚生労働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。

本日、区南部圏域につきましては、今年度は、基準病床数と既存病床数の差の116床に対しまして、配分の申請を受け付けております。

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、申請が2件ございました。

まず、1つ目は、品川区の医療法人社団 東京巨樹の会、東京品川病院の増床でございます。

今回、一般病棟40床の申請が出ております。急性期機能強化のための増床ということで、整備予定時期は、令和6年9月でございます。

2つ目は、大田区の一般社団法人大志会、東京ハートリズムクリニック・羽田(仮称)の開設でございます。

今回、一般病床15床の申請が出ております。不整脈治療に特化した診療所の開設ということで、開設予定時期は、令和6年11月でございます。

概要は以上になります。

○鈴木座長：ありがとうございました。

それでは、続いて、個別の医療機関からの説明に移りたいと思います。

資料1-2の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、質疑は、医療機関の説明後にまとめて行います。

時間が限られていますので、説明にあたっては、1医療機関当たり3分程度でお願いいたします。

それでは、東京品川病院からお願いいたします。

○医療法人社団 東京巨樹の会、東京品川病院：皆さん、こんばんは。東京品川病院の院長の蒲池でございます。本日は、お忙しい中お時間をつくっていただきまして、誠にありがとうございます。

今回、一般病床の急性期の40床を新たに申請させていただきます。

既存の建物の改装で対応しようと考えておまして、増築等の新規の工事はありません。

40床を申請させていただく根拠と理由といたしましては、私どものグループ、私どもの品川病院は、「24時間365日、救急車を断らない」ということでやっております。

2020年度の救急車の台数は8300台でしたが、今年度は既に9000台を超える救急車を受け入れております。ほとんどの地域がそうだと思いますが、救急車の台数が年々増えております。

当院も、可能な限り断らないように救急車を受け入れておりますが、中には、ご高齢で入院が必要な患者さんに関しましては、満床を理由に断らざるを得ないということが、特に、12月、1月と続いているという状況でございます。

病床稼働率は、常時95%を越えています。平均在院日数は9日前後で、治った患者さんはどんどん地域に返して行って、逆紹介を推進しています。ただ、この平均在院日数は比較的短いとは思いますが、ずっと満床の状態が続いております。

我々の病院は、どちらかというと、遠くから来る方ではなく、地元の品川区、大田区の患者さんを優先的に受け入れる病院ですので、引き続き、地域の患者さんを守るためにはもちろん、災害やコロナの感染症があつたときにも、重症の患者さんをしっかり受け入れられるような体制を整えるために、改めて40床の申請を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。

○鈴木座長：ありがとうございました。

続いて、一般社団法人大志会、東京ハートリズムクリニック・羽田（仮称）の説明をお願いいたします。

○一般社団法人大志会、東京ハートリズムクリニック・羽田（仮称）：皆さん、こんばんは。東京ハートリズムクリニックの院長の桑原と申します。

当院は、不整脈診療に特化したクリニックで、世田谷区で2016年に開業して、ことしで8年目になります。昨年は、513例のカテーテルアブレーションを実施いたしました。

ここと同じような形態のクリニックを大田区につくりたいと思っております、申請する病床数は15床です。

ここで行う診療は、不整脈診療に特化して、質の高い、安全性の高いカテーテルアブレーションを実施する予定です。

地域に対する貢献としては、大田区も、他の区と同じように、今後は高齢化が進んでまいりますと、心房細動の患者さんも増加すると思われまので、その心房細動の患者さんをカテーテルアブレーションで根治することによって、将来起

こり得る心不全や脳梗塞の予防効果があると考え、地域医療の貢献できると思っております。

また、現在でも、不整脈お急性期の患者さんの受入れをして、外来で、電気ショックや点滴治療等を行って、地域医療に貢献しておりますので、それと同じことを大田区でも実施して、急性期の不整脈の患者さんの治療を行って、開業医の先生は地域医療に貢献したいと思っております。

どうか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。

それでは、質疑に移る前に、地域で必要な医療機能等の事前調整の場である分科会を開催していただいておりますので、その開催状況について、事務局からご報告をお願いいたします。

○高橋課長：東京都の医療安全課長の高橋でございます。

それでは、資料1－4をご覧ください。

座長からお話がありましたとおり、この調整会議に先立ちまして、地域ごとに分科会において調整していただいておりますので、その状況についてご報告申し上げます。

品川区におきましては、令和5年12月25日に開催されております。

「⑥協議内容」のところでご確認いただければと思いますが、申請内容については、「増床による患者のよい循環となるような形で進めていただく」ことで一致したということでございます。

続きまして、大田区において、令和5年12月8日に開催されております。

その結果、「申請内容については、病床配分を認めることで意見がまとまった」ということでございます。

説明は以上でございます。

○鈴木座長：ありがとうございました。

今回の対象の2つの医療機関からの説明が終わりましたので、質疑や意見交換に移ります。今の各医療機関からの説明を踏まえて、ご質問やご意見などはありますでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、東京都からご発言はございますか。

○岩井部長：ご説明ありがとうございました。

特段のご意見はなかったということで、病床配分につきましては、医療審議会に報告の上、都において決定していきたいと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

それでは、次の議事に進みたいと思います。

(2) 紹介受診重点医療機関について

○鈴木座長：2つ目は「紹介受診重点医療機関について」です。東京都からご説明をお願いいたします。

○東京都（事務局）：それでは、資料2-1をご覧ください。紹介受診重点医療機関に係る協議について説明させていただきます。

制度の概要につきましては、3枚目のスライドに記載のとおりとなっております。

スライドの4枚目ですが、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のですが、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。

調整会議を踏まえて、4月1日の公表を予定しております。

次に、スライドの5枚目、協議の方針について説明いたします。

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を示した医療機関のうち、①として、国が示す基準を両方満たす場合と、②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形にしたいと考えております。

続いて、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でございますが、こちらの圏域におきましては、既に紹介受診重点医療機関である医療機関につきまして、全て今の基準などを満たして、表の中の赤枠内に入っておりますので、先ほどの原則のとおり、引き続き、来年度も認める形にしたいと思います。

参考としまして、この赤枠から外れる医療機関があっ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つつ、2年連続で基準等を満たさない場合には、来年度の協議になりますが、認めないような形で協議をしてはいかがかということにしております。

これらを踏まえまして、資料2-2で、個別の医療機関の状況を確認いたしますと、赤枠内にある、現在既に紹介受診重点医療機関である9つの医療機関に加えて、東京蒲田医療センターさんと東京都立荏原病院さんの2病院が、新たに認められるということ、基本の方針としてご協議いただきたいと思います。

最後に1点、補足となりますが、前回の外来機能報告の紹介率と逆紹介率の報告対象期間は、令和4年7月の単月のデータでございましたが、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ます、より長い期間のデータとなっております。

説明は以上となります。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。

それでは、この件についてご質問、ご意見はございますでしょうか。

昨年は、1か月だけのデータだったので、コロナ対応で頑張っていたところが外れてしまったということがありました。今回はそこについてもご対応いただいたということです。

いかがでしょうか。

よろしければ、この協議の方針に従い、本圏域において、資料2-2の赤枠で囲われている11の医療機関を紹介受診重点医療機関とすることでよろしいでしょうか。

[全員賛成で承認]

それでは、そのように決定させていただきます。

(3) 2025年に向けた対応方針について

○鈴木座長：それでは、次の議事に進みたいと思います。3つ目は、「2025年に向けた対応方針の確認について」です。東京都からご説明をお願いいたします。

○東京都（事務局）：それでは、資料の3-1をご覧ください。

本件は、これまでの調整会議でも取り扱った議事でございます。内容はこれまでと同様となります。

国の通知に基づきまして、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3-2-1と3-2-2におきまして、今回の協議の対象となる医療機関名を、水色で表示しております。

前回と同様に、圏域として合意いただきますよう、よろしくお願いいたします。

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、2025年に向けた対応方針についてですが、ご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

この地域は、全体としては、回復期が少なく、急性期が多いということにはなりますが、急性期病棟の中でも、回復期の役割を担っているところもあるということで、今までのところはそういう議論で進んできたと思っております。

土谷副会長、お願いします。

○土谷副会長：資料3-1の3ページをご覧くださいと、この区南部は、回復期が必要量に比べて少ないんじゃないか、高度急性期が多いんじゃないかと感じられると思います。

ただ、2025年というのは、もう来年の話ですが、こういう比率で何か問題が起きていると言われると、決してそういうわけではなくて、地域の中でうまく対応されていると思っております

つまり、それぞれの医療機関が地域を見ながら、「自分たちはどういった医療をやっていくのか」ということの積み上げが、こういう形になっていると思いますので、それを尊重して、お認めいただければよろしいかと思えます。

○鈴木座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

池上総合病院の繁田先生、お願いします。

○繁田：池上総合病院 院長)：今の資料には反映されていませんが、昨年4月より、当院は、療養病棟を1棟、回復期へ移行しております。データを変えていただいていませんので、一応お知らせさせていただきました。

○鈴木座長：了解いたしました。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、各医療機関で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、皆さまにお諮りいたします。

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2025年に向けた対応方針として合意するという取扱いとしてよろしいでしょうか。

[全員賛成で承認]

では、そのような取扱いにいたします。ありがとうございました。

(4) 地域連携の推進に向けた意見交換について

○鈴木座長：それでは、次の議事に進みたいと思います。

議事の4つ目は、「地域連携の推進に向けた意見交換について」です。東京都から説明をよろしく願いいたします。

○東京都（事務局）：それでは、資料4-1をご覧ください。

本議題につきまして、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きましたので、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を開始した当時に比べて、高齢化は進んでいるものの、足元の病床利用率はコロナ前に比べると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点について、認識の共有を図るための意見交換を行いたいと思います。

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をアンケート調査しましたので、主な意見をこちらにまとめさせていただきます。

また、資料4-3におきまして、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いて、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いただきたいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

説明は以上です。

○鈴木座長：ありがとうございました。

それでは、意見交換に移りたいと思います。この件に関しては、皆さんそれぞれのご意見があると思いますので、まず病院側の代表からにしていきたいと思えます。

品川区の高度急性期代表の大江先生の代理の渋谷先生、この点について、特に病床の空きが出てきていることについては、現実にはいかがでしょうか。

○渋谷（NTT東日本関東病院 副院長）：病床稼働率は、コロナ前まではまだ戻ってきておりません。皆様と同感でございます。

私は腎臓内科なので、高齢者のお一人暮らし、あるいは高齢者のご夫婦のみでの暮らしをされていらっしゃる方が多いので、入院透析が必要な患者さんの場合、なかなかご紹介先がないなという感じがしております。導入はできるんですが、おうちにお帰しすることができないという患者さんが増えているというのが印象でございます。

○鈴木座長：ありがとうございます。

中には、コロナのときの面会制限以降、入院する件数が減ったという話があって、我々、在宅のほうにもかなり流れてきているという話も出ていますが、そういうことについてもまたご意見を聞かせていただければと思います。

では、大田区の高度急性期の、牧田総合病院の荒井先生、ご意見がありましたらお願いしたいと思いましたが、受信状態がよくないので、こちらのほうで声が一部聞き取れないところがございます。できれば調整していただきたいと思います。

大変申し訳ありませんが、調整中に、次の東京品川病院の蒲池先生からご意見をお聞きしようと思えます。

○蒲池（東京品川病院 院長）：連携におきましては、常にコミュニケーションを取らないといけないというのが、“一丁目一番地”というか、大前提だと思っております。

ただ、コロナ前後で大きく、医療の、もともとの一般だったところが地域包括に変わっていたり、地域包括のところが、そもそも有床をやめたりだとか、大きく1年ごとに、毎年のように、病院ごとで内容がどんどん変わっていった、もともとの一般のところがケアミックスになったりとか、いろいろ変わっていったので、役割が、やれること、やれないことというのが年々変わってきているのかなと思います。

なので、コロナ前と比べても、今まで以上にコミュニケーションを取って、どの病院がどういう役割を今後していくのかというのを、密に話していく必要があると思います。

当然、病院同士もそうですが、診療所であったり、在宅の先生であったり、そこら辺の数字は常に共有するような何かツールがあれば、より深くなっていくんじゃないかなと思っております、常にアップデートしていくということが大事かなと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

情報共有というのが非常に重要なテーマだと思います。そこが地域全体で共有できていると非常にスムーズに行くのかもしれない。

それでは、ここで、牧田総合病院の荒井先生、お願いします。

○荒井（牧田総合病院 理事長）：うちの病院は、今、稼働率としては90%前後を推移していました。コロナ前は実は大森にあったんですが、コロナ中に蒲田に移転してきて、今は大体90%を超えている状況で、コロナ前に戻ってきています。

今は、7割ぐらいは、予定入院と紹介からの患者さんの入院で、救急車は5000台ぐらい受けているんですが、比較的、コロナの前に戻っている感じはいたします。

○鈴木座長：ありがとうございます。連携の課題とか、その辺についてはご意見が何かございますでしょうか。

○荒井（牧田総合病院 理事長）：回復期の話も先ほどあったんですが、僕らは、回リハが120床で一緒にやっているんで、どんどん回リハに移すんですが、脳卒中の患者さんが非常に多いので、回復リハに行けない患者さんというのが実は多いんです。

高齢者救急といっても、80歳とか90歳の脳卒中の方もかなり来られるんです。そうすると、その方が、どうしても嚥下ができないとか、認知症とかの絡みで、どうしても回リハに行けない患者さんというのがいらっしゃるんです。

そうすると、そういう患者さんがどこに行くかとなると、どうしても胃管が入っていたりして行けない患者さんというのが非常に多くいて、どうしても平均在院日数に圧迫してきて、大体1か月以上、下手すると100日以上いて、やっと何とかほかに行けるとかいう患者さんも、どんどん出てくるのが現状です。

ですので、回リハに行っていればいいんですが、そこに行けない患者さんの行き場というのもありますし、回復期に行くというか、どうしても重症度もあるので、胃管のまま行って、結局、リハにならないでまた戻ってくるとかいうケースもすごく多いんです。

その辺の出口の強化というのをしないと、急性期の病院というのは回らないんじゃないか。どこの病院でも同じだと思うんですが、その辺を地域の中にどうやってしていくか。

療養型がとにかく圧倒的に区南部は少ないと思いますので、そういう形で、なかなか在宅にというという話をどんどんするんですが、家庭環境の中でそういうのが難しいケースが非常に多いんじゃないかと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

おっしゃるとおりですね。そういうケースというのは、要するに介護施設も含めた連携をつくっていかないと、なかなか行き先がないということになってきているんじゃないかと思っています。

介護施設ということになると、コストの問題も当然出てきますので、そのところがかかりネックになってくるんじゃないかなと思います。

それでは、今度は、池上総合病院、大田区の急性期代表者の繁田先生、お願いします。

○繁田（池上総合病院 院長）：とにかく一般急性期を中心としたケアミックスということでした、当院は、コロナ前後で比べるとやはり稼働率は落ちているかなと思っています。

ただ、現在は、冬にかかって、最初にお話がありましたように、少し稼働率は上がっている状況ですが、これが年間を通して維持される稼働率なのかどうかは、私も判断しかねるという状況ではあります。

地域の連携に関しては、今までの先生がおっしゃられていたように、介護量の多い高齢者患者さんの行き場がなかなかないということがあります。

当院も、例えば昭和大学さんなどから、「神経変性疾患の患者さんは行き場がないので、何とかしてくれないか」というお話をいただいたりもするんですが、こちらもその後の行き場をつくれないうところがあって、引き受けるのも少し制限をかけざるを得ないというところが出ています。

そういう意味で、圏域外との情報共有ができるようになると、またちょっと道が開くのかなという感じは抱いています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

高齢者に関しては、確かに圏域内で全て完結すれば理想ですが、それだけではとても済まない状況はあるだろうと思います。

以前、東京都の資料でも、療養型を求めて区南部の患者さんが西多摩ぐらいままで移動するというケースも出ていましたから、そういったことも踏まえて対応していかなければいけないのかもしれないかもしれません。

続きまして、今度は回復期の先生方にご意見を聞いていきたいと思います。品川リハビリテーション病院の渡辺先生、ご意見を聞かせてください。

○渡辺（品川リハビリテーション病院 院長）：当院も、純粹の回復期の患者さんはほぼ満床で、平均在院日数70、80で回ってはいます。

ただ、やはり高齢者、特に介護度の高い方の、脱水感染症からの、いわゆるサブアキュートで入ってきてしまいますと、なかなか出口がないということで、当院の医療療養病床においては平均在院日数も多くなりますし、また、出口として、在宅復帰、介護施設などへ出すことも困難な方が、たまっていつてしまっているという状況がございます。

やはり、高齢者のサブアキュート、ポストアキュートをどうするかというのが問題かなと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

最初にサブアキュートで来たときの段階で、認知症が非常に強い方などは、中には受け切れないというケースもあるんじゃないかなと思うんです。

そういった方が、可能であれば在宅などに少し回ってくるようなシステムをつくればいいのかと思っていますが、まだまだ現状としては厳しい状態が続いているようですね。

では、大田区の回復期の東京蒲田病院の小山先生、ご意見をお願いします。

○小山（東京蒲田病院 院長）：回復期ということで、私どもの病院は、地域包括ケア病床が26床ありまして、稼働率はほぼ100%で、これはコロナ前と変わりません。

ただ、1つ変わった部分が、以前の平均在院日数は30日ぐらいだったんですが、このところは20日を切って、15日とか16日とか短くなってきています。

一つの原因としては、ポストアキュートで使う場合が多くて、もちろんサブアキュートもありますが、そこで受けなければいけない患者さんが増えてきて、その出口を探す場合に、私どもは今年度から高齢者を非常にやっております、在宅診療や施設からの受入れも積極的にやっているんです。

例えば、高齢者の方は、誤嚥性肺炎で、そのあとの問題とか、からだ全体のことを考えると、100%完全な状態に戻るのはなかなか難しいので、例えば60%、

70%ぐらいまで戻ったところで、それはその疾患部位にもよりますが、在宅の先生とよくコミュニケーションを取って、「こういう状態でも一旦お帰りいただいて、おうちで診ていただけませんか」みたいな形で、患者さんと連携を取るようにした結果、回復期の平均在院日数が若干短くなったのではないかと思います。

ただ、先ほど鈴木先生がおっしゃったように、おうちに帰るとか、今まで入所していたところにお帰りになるというのはまだいいんですが、新たに来られた方が行き先がなくなってしまったときの受け皿は、どうしても少ないと思いますので、介護施設的なものがもうちょっとあればいいというのは実感しております。

急性期もやっていますが、一番困るのは、お受けしがたいのは精神疾患で、それ以外は、先ほど言ったように、高齢者の救急も積極的に取っていますので、コロナ前と急性期のほうの病床も、稼働率は余り変わらない状況で現在は稼働しています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

この地域は割と稼働率がそんなに落ちてないんですかね。でもちょっと落ちているという話もちらっと聞いたんですが。

では、慢性期の立場で、阿部病院の院長代理の磯谷先生にご意見をいただければと思ったんですが、つながっていないですね。

では、ご準備いただくということで、大田区の慢性期代表の熊谷先生、ご意見をいただければと思います。

○熊谷（京浜病院 院長）：私どもの病院は、大田区で今障害者病棟を使っているんですが、71床の98%ぐらいで、ほぼ埋まっています。傾向的には大きな変化はありません。

コロナの最盛期のときには、入院患者さんにコロナが出たり、また、よそでコロナの人が、入っていったらコロナだったということで随分苦労したんですが、院内では外に出さなくても済むような状況で、個室管理で、特にブレイクアウトすることもなく、ほかに広がることもなく、今のところ4年間ぐらい過ごしてやってきました。

療養型にしても当院にしても、医療の必要度が下がってきたときに、次にどこに行くかという問題をやはり抱えています。

それで、時間がたつにつれて、言葉が適切かどうか分からないんですが、やる事がなくなってくると、点数も下がって、病院にいる意味がなくなるんですが、だからといって、どこかにここから先を紹介するといっても、受けてくれるところがないという状況なんです。

介護医療院のようなところがあるとちょうどいいんですが、介護医療院も数がほとんどない。それで、もともとあった、例えば介護施設から来た患者さんなどを、特養とか何かに戻すには、医療必要度が残っていて受けられないとかいうことで、なかなか行かれないという問題を抱えています。

そこで、当院はグループ病院に入りましたので、グループで持っている特養とか老人系の施設に、私をはじめ当院の医者が訪問して、診療して、それで、高齢者救急のようなときはうちで入院してもらっています。

また、入ってきて、病名がよく分からないために何が起きているか分からないことがよくあるんですが、それをもう一度入院して、検査を洗い直しして、薬の整理をしたり、病名の整理をして、現実になのかということが分かってからもう一回戻すと、訪問したときに、病名とか検査があるので、かなり対処が楽になるんです。

その経験から、グループの幾つかの介護施設と今ずっと当院との連携をしてやっているんですが、たまたまうちのグループのホームが全部、神奈川県の川崎なものですから、大田区にはなくて距離が離れてはいるんですが、今それをやり始めてみたら結構これはうまくいくなという実感があります。

できれば、大田区内のグループと関係ない介護施設、または有料老人ホームというところともこんな関係をつくれていったら、受け皿になるんじゃないだろうかと思っています。

よく相談を受けるのは、慢性腎不全の透析をしながら介護が必要だったり、要するに通院はできないような状態で、というご相談がすごく多いんです。

中でも、生活保護の方がなかなか受け入れられなかったんです。それで、今度の4月から厚生医療を取れるような医者を招聘しました。

厚生医療を取るには半年くらい時間がかかるので、10月くらいになってしまうと思うんですが、それくらいたてば厚生医療の適用がある人も受けられるようになって、幅が広がるのかなと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

新しい試みを教えていただきありがとうございます。

確かに介護施設の連携は今後非常に重要になってくると思うんですね。恐らくですが、今後、コロナを踏まえて、特養などの医療介入も少し基準が緩められると聞いておりますので、そこも含めて、地域の中の介護施設ともう少し連携を深めていって、そのところで受け皿となっていればと思います。

私の個人的な経験で言うと、有料老人ホームで24時間看護師がついているような介護施設があるんです。確かにコストは非常にかかるんですが、そういったところではかなりの重症を診てくれます。

だから、そういうことで、医療的に安定してなくてもそういうところで診て、必要であれば治療もできるという施設もありますので、そういったところも今後増えてくるといいなど、個人的には思っています。

では、この辺のことについて東京都病院協会の高野先生にもご意見をいただきたいと思うんですが、いかがでしょうか。

○高野（東京都病院協会、高野病院 院長）：今、各病院の稼働率を中心にしたことは大体のことを聞きましたが、私が思っていたほど稼働率は下がっていないということを、正直言って意外に感じました。

その一方で、連携に関しては、出口問題というか、行き場がないということが共通して聞かれて、そこは介護施設も含めた連携を今後どうするかが、この地域の問題なのかなと感じています。

東京都全体では、よく聞く意見は、稼働率が下がっていることに関しては、職員がいない、看護師、あるいは看護補助が補充できないので、稼働率を上げるだけベッドを埋めることができないということをよく聞くんですが、そういう職員不足のことが何も声が上がらなかったのは意外なところでした。

今回、連携のことにに関して、この地域でいかに効率を図っていくかということがテーマだと思っていましたので、改めて、区南部は、効率が現時点でよく回っているなということを感じました。

ですので、2025年の目指す姿が現状と離れていても、案外このまま行けるのかななんて、少し楽観的に、個人的ですが、感じた次第です。

○鈴木座長：ありがとうございます。東京都全体のお話もありがとうございました。

確かに看護師さんの問題、それから職員の離職の問題は結構大きなテーマの一つじゃないかなと思います。

今後の病床逼迫に備えて、看護師の供与とといいますか、看護師さんは非常に重要になりますので、彼らをちゃんと確保していくというのは非常に重要じゃないかと思います。

成島先生にもあとでご意見を伺いますが、都看護協会代表の佐藤先生、ご意見をいただければと思うんですが、いかがでしょうか、その辺については。

○佐藤（東京都看護協会 南部地区理事、池上総合病院 副院長兼看護部長）：看護協会としては、どこの地区も看護師不足というのは非常に言われているんです。

本当にどこに流れていっているんだろうということを、口々に皆さん、どこの地区からも聞かれているというのが現状なんです。

当院も看護師不足というのは本当にあって、例えば、不足しているところに今またコロナとかインフルエンザが流行していて、職員も欠員が出るとなかなかそれに対応ができないというのが現状です。

あとは、高齢者の救急が今の時期は非常に多くなっているのと、あとは、入退院を繰り返す疾患ですね。慢性疾患、誤嚥性肺炎とか心不全をお持ちの患者さんって本当に入退院を繰り返していて、よくして帰してもまたすぐ戻ってくるというのが現状で、そうしますと、1回の入院で入院期間が長くなるという問題と、あと出口が少ないというところも課題かなと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

それでは、認知症の方などはこの地域で受けざるを得ない状態でしたが、精神領域の救急も非常に困る課題の一つでございます。東京都病院協会の精神領域の成島先生、ご意見がありましたら、その点について教えていただければと思います。

○成島（東京都病院協会・精神領域、都立荏原病院・精神科部長）：私は精神科部長なので、必ずしも病院全体の総意ということではないんですが、精神科レベルでお話しさせていただきます。

我々の病床は30床しかなくて、そのうち閉鎖の部屋、個室が4個しかないんです。ひきも切らぬオファーがあつて、認知症の合併症を取ってほしいとか、対処困難だから取ってほしいと、物すごい数なんです。最大限頑張つてはいますが、とても応じ切れる感じではないというのが正直なところです。

受ける努力と一緒に、先生方がさっきおっしゃったんですが、いかに治療が終わった患者さんをよそに移すかということが難しく、区域内だけではとても無理なので、区域外にもネットワークを広げて、ソーシャルワーカーと一緒にいろんなネットワークをつくって頑張っているんですが、なかなか、停滞して、患者さんが動いていかない、うまく回っていかないというのが正直なところです。

ですから、我々、精神科の病床が区南部はすごく少ないと聞いていて、私が聞きかじったところでは、例えば沖縄と同じぐらいのレベルの病床しかないと聞いています。なので、とても引きも切らないオファーに応えられなくて申し訳ないと思っているというのが現状になります。

○鈴木座長：ありがとうございます。

確かに大田区、品川区の区南部は非常に精神科病床は少ないので、精神科疾患に関してはかなりエリアを広げて考えないと、地域として成立し得ないというエリアと考えています。

時間が残り少ないんですが、簡単ながら、地区医師会の代表の先生にお聞きしていきたいと思います。連携の課題ということについて、それぞれの地区医師会の代表の先生はどう考えていらっしゃいますか。

品川区医師会の酒寄先生、いかがでしょうか。

○酒寄（品川区医師会 理事）：品川区においては、今日は病院さんのお話が多いので、病院さんの状況が分かったという状況と、開業医のほうかどのような受け皿になれるかというところがメインかな、今後の課題かなと思っています。

それには、病院との情報共有というのがどうしても出てくるわけです。それで、いただいた資料等々を見ると、救急とか高齢感染とか精神科とかといろいろあるので、できれば、分科会レベルのところ、恒常的にといいますか、定時的にといいますか、おのおのの状況をお話しいただけるような、何らかの方法をとらえてまえてやっていただいたらいいかな、今後そういうのがあったらいいかと思って、お話を聞いていました。

一番は、開業医のほうの受け皿としてのクオリティを上げることと、病院との連携の内容をもうちょっと密にするようなことかと考えております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

コロナ禍で一番私たちが困ったのは、コロナ以外の重症患者が全く入院先がなく、家で看取らざるを得ないというケースも、何例か経験したということです。そういったことも踏まえて、今後、対応を考えたいと思います。

荏原医師会の笹川先生、ご意見はございませんでしょうか。

○笹川（荏原医師会 副会長）：酒寄先生もさっきおっしゃっていましたが、私たち開業の医師としては、今、救急だとか病院さんの意見を聞いて、出口問題に何かしら協力できないかということは一番に考えております。

品川区は、荏原医師会と品川区医師会で在宅療養推進事業にも着手していて、そちらのほうで、病院さんとも連携を取れるような情報共有システムを何とかつくりたいということで取り組んでいます。

例えば病院さんで、出口対策の一つとして、各診療所にオファーをしたりするのは恐らく大変だと思いますので、医師会でそういった窓口業務みたいなことをして、病院さんが各出口を探すのに何か助けになるようなシステムができればなど、計画をしております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

それがうまくいくと本当にいいですね。大田区のほうは在宅医療相談窓口というところがあって、コロナの患者さんなどもそれぞれの在宅に割り振ることができていたんですが、同じシステムですごく動きやすいかと思います。

今度は大田区の先生にお話を伺っていきたいと思います。

田園調布医師会の石田先生、いかがでしょうか。

○石田（田園調布医師会）：当医院も、急性期は91床なんですが、コロナ前よりもコロナ後のほうが稼働率は上がっています。コロナ前は80%台だったのが今は90%を超えているという形です。

ただ、コロナの前後で重点医療機関になったりということで、大分、病院の中身も変わっています。そういったこともあって、前後で病院の体制が随分違っているというところで、そのあたりが変わってきています。

あとは、連携のあり方ということに関して見ると、このアンケート等を見せていただきますと、何か特定の傷病に対しての対応が不足しているというよりは、個々のケースで、各病院の機能と患者状況のミスマッチでなかなかうまく回っていないという感じが見受けられます。

そういった意味でも、それぞれの病院の得意分野といえますか、「この疾患はうちは断りません、ぜひ受けます」といった得意分野が、お互いに分かり合っていると、特に夜間の救急の受入れ等が円滑に行われるのではないかと感じています。

そこで、東京消防庁が関わっている大田区の救急業務連絡協議会において、それぞれの病院の得意分野を今調べているところで、そういったところで何か月に一遍、消防庁の方が救急の応需率を報告に行ったりするときにアップデートしながら、こういう情報を皆様に提供できればというところで、準備を進めているところです。

あと、出口問題に関しては、もうお話が出てきたとおり、病院に入院したけれども、ADL低下のために退院できない傷病者が、長期入院となるという点で、この早期の在宅移行とか施設入所を援助するような施策的なものが必要なのではないかと感じています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

最後に、蒲田医師会の松坂先生、ご意見がありましたらお願いしたいのですが、ご不在のようです。

それでは、いろいろご意見をいただいてまいりました。非常に皆様のご意見は参考になって、よろしかったと思います。

結論は簡単には出ないと思いますが、よりよくするためには、やはり情報共有が非常に重要ではないかなと思います。

活発なご議論をいただき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

○鈴木座長：次に、「報告事項」ですが、時間の都合もありますので、これにつきましては、資料配布で替えるということです。

こちらについて何かご意見ご質問等がありましたら、後日、東京都にアンケート様式等でご連絡ください。

なお、調整会議は地域での情報を共有する場ですので、そのほかの事項でぜひ情報提供したいという方はおられるでしょうか。

どうぞ。

○遠田（オダ）「遠田脊椎外科（仮称）」：遠田慎吾と申します。よろしくお願いたします。

本日は、新規開設の有床診療所の計画地変更に関してご説明させていただきます。

「変更の経緯」といたしましては、令和3年度に、大田区東六郷を所在地とする「(仮称) 遠田脊椎外科」に対して、19床の配分の採択をいただいております。

ただ、結果通知後に、建築計画の相談を進めていましたが、地権者より、土地利用に関して難色を示す発言がございました。複数回にわたり相談、嘆願を行いましたが、地権者の意向は変わらず、土地の利用が難しくなりました。

そのため、計画地変更に伴う開設許可申請の期間延長を、令和5年3月に東京都へ相談させていただきました。

継続して区南部医療圏の大田区、品川区にて代替地を探させていただいて、令和5年9月に、品川区東中延にて土地情報を得て、地権者へ本計画を申し入れました。

たびたびの打合わせの末、地域貢献の趣旨にご賛同いただきまして、令和6年1月、地権者にも同意をいただくことができました。

本日は、計画変更の報告をさせていただきたく、ご検討のほどよろしく願いいたします。

「変更内容」に関しましては、所在地が、大田区東六郷から、品川区の東中延に変更となっております。

診療内容に関しては、「手術を中心とする脊椎疾患の治療、及び術後のリハビリテーション」で、開設予定時期は、「令和5年10月」から「令和9年4月」に変更しております。

「開業予定地」は、この地図のように、直線距離にして7キロほど移動することになります。

「変更後の有床診療所の概要」に関しては、脊椎疾患の治療に特化した医療機関を計画しております。

計画地である品川区は、2045年まで人口が微増するが、高齢者人口の割合は、2020年現在の18.8%から減少することなく、2045年には25.7%に達すると予想されております。

また、同じ区南部医療圏の大田区も、高齢者人口比率では22.6%となる見込みで、都内23区内でも上位であります。

脊椎管狭窄症を患う患者は、高齢化とともに多くなるため、区南部医療圏では対象患者が増加することが予想されます。

また、当該医療機関では、地域医療機関との連携を密にして、脊椎疾患が疑われる患者の紹介を積極的に受け入れ、患者の早期治療につなげたいと思っております。

手術適応となった患者へは、手術、術後のリハビリテーションを行い、その後は、ご紹介いただいた医療機関や地域の医療機関にリハビリテーションを行っていただけるよう、連携させていただきたいと思っております。

「地域関係者（区・医師会等）との調整経過」については、蒲田医師会の木原会長、荏原医師会の木内会長、笹川副会長に、計画地変更についてご説明し、ご了承いただいております。

大田区保健所、品川区保健所に関しても、こちらから説明させていただき、ご了承いただいております。

以上です。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。

地域の機関との調整についてもお済みになっているということですが、笹川先生、その辺のことについてはご存じということでしょうか。

○笹川（荏原医師会 副会長）：はい。いろいろお話を聞かせていただきまして、地域の中で協力してやってくれるということでしたので、医師会としても問題はない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。

これは既に認められていた病床ということで、しかも、同じ区南部の圏域ということですので、改めて協議をするというよりは、ここで皆さんがお認めいただければ、このままの状況で通していくということでしょうか。

それでは、この件についてお認めいただくということでしょうか。

〔全員賛成で承認〕

ありがとうございます。では、そのように決定させていただきます。

開設までにはまだ時間がかかるとは思いますが、ご苦勞されたことと思います。よろしく願いいたします。

それでは、本日予定され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、貴重をご意見をいろいろ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たいと思います。

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いただければと思います。

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)