

[令和5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6年1月24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』

〔西多摩〕

令和6年1月24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（西多摩）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。

昼間の業務のあとお集まりいただきありがとうございます。

今回は、令和5年度の2回目の調整会議になります。きょうの議題は3つありますが、皆さんで主にご議論いただくのは、3番目の議題かと思いますが、これについては、地域でどういった疾患が、連携にあたって問題になっているかということ。

もう1つは、病床の空き具合についてです。コロナ後には病床稼働率が戻ってくるはずなのに、コロナ前ほどには戻っていないというお話が、他の圏域では出

ていますので、こちらの圏域の現状についてお話しいただき、空いているとすれば、その理由などについてご議論いただければと思います。

それでは、きょうは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。

能登半島地震に関しましては、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。

本日の会議では、紹介受診重点医療機関に関する協議のほか、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思いますので、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、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、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を玉木座長にお願い申し上げます。

2. 議 事

(1) 紹介受診重点医療機関について

○玉木座長：座長の、西多摩医師会の玉木です。皆さん、きょうはご参加いただきありがとうございます。私は、久しぶりに東京都医師会に来ております。

能登半島の地震の状況を見ておりますと、西多摩の震災を見ているようで、本当に心が痛みました。

青梅総合医療センターの肥留川コーディネーターを中心に、西多摩でも一生懸命、災害医療のことをやらないといけないと思っておりますが、きょうはその話題ではございません。

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、3枚目のスライドに記載のとおりとなっております。

今回の協議の目的ですが、スライドの4枚目をご覧ください。来年度の紹介受診重点医療機関を決めるということになりまして、分類しますと、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ことと、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ことでございます。

ただ、結論としまして、あとで説明いたしますが、こちらの圏域におきましては、青梅総合医療センターさんが今既になっておりまして、その他の医療機関様からは、特段、新たにしたいという意向がございませんでしたので、青梅総合医療センターさんにつきましてご確認いただくという感じになるかと思っております。

調整会議における協議を踏まえまして、4月1日の公表を予定しております。

スライドの5枚目をご覧ください。

こちらは、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の取扱いを決めたものでございますが、こちらの圏域におきましては、該当はございませんでしたので、詳細な説明は割愛させていただきます。

次に、6枚目のスライドをご覧ください。

こちらは、現在既になっている医療機関についての取扱いを決めるというところですが、次の資料1-2に記載されておりますが、既になっている青梅総合医療センターさんにつきましては、基準等を満たしておりますので、引き続き、令和6年度も認めるという方針にしたいと思っております。

こちらのスライドに記載しておりますのは、「参考」としてご紹介させていただきますが、他の圏域で進めている取扱いでございますが、今既に紹介受診重点医療機関になっているところが、基準等を満たさないような形になった場合につきまして、令和6年度については、制度の趣旨を踏まえて、引き続き認める形にしますが、この基準などを満たさない状態が2年連続で続くような場合につきましては、協議の上で紹介受診重点医療機関としては認めないような形で、協議を進めてはいかにかということにしております。

以上を踏まえまして、資料1-2に個別の医療機関の状況を確認いたしますと、先ほどから申しましたとおり、こちらの圏域におきましては、この資料では前の名称の「青梅市立総合病院」となっておりますが、「青梅市立総合医療センター」さんが、令和6年度も引き続き紹介受診重点医療機関になることについて、ご確認、ご協議をいただければと思います。

最後に1点、補足ですが、前回の外来機能報告における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。

説明は以上です。

○玉木座長：ありがとうございました。

それでは、今回の議論は、青梅市立総合医療センターさんを認めるかどうかということになってまいります。

西多摩医療圏でいいますと、あと、公立福生病院さんとか公立阿伎留医療センターさんが、この基準を満たせなくはない病院がありますし、この3つの病院がもともと大きな機能を担っておられますので、その辺のことも含めて、皆さんにご理解いただければと思います。

というのは、「重点外来」というものが3つあるのを、皆さんはご了解いただいているでしょうか。

よく分からなかったんですが、「医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来」ということですが、要するに、要入院とか、高度の手術を受けたりする前後とか、高度の救急で入ってきた方とか、この病院でなければできない高度の検査とかをおやりになる方の外来というような理解でよろしいのかなと思うんですが、そんな感じでよろしいでしょうか。

それから、高額な医療機器、設備を必要とするというのは、MRIとか放射線治療とかいろいろなことも含むと思いますが、そういったことも書かれています。

それから、特定の領域に特化して機能を有する外来ということは、個別の専門医がそれぞれ科ごとに診療しているということかと思えます。

この3つがきちんと機能していると理解しているんですが、東京都さん、こういう理解でよろしいでしょうか。

○奈倉課長：まず、医療資源を重点的に活用する入院前後の外来というのは、報告項目として定められております。

例示いたしますと、「Kコード」手術を算定したものであったり、「Jコード」処置のうちの特定のものであったり、あと、高額な医療機器、設備を必要とする外来の例といたしましては、例えば、外来化学療法加算を算定するものだったり、外来放射線治療加算を算定したり、短期滞在手術等をやるものというようなものが、ここに入っていたりいたします。

あと、特定の領域に特化した機能を有する外来については、診療情報提供書の1を算定した、30日以内に別の医療機関を受診した場合に、当該別の医療機関の外来というような形になっていて、紹介患者に対する外来のところのものを評価しているものとなっております。

これらの項目についてご報告いただいたものを数値化して、患者数として足し上げているという形になります。

○玉木座長：ありがとうございます。

勤務医さんの外来負担の軽減とか、病院の外来患者さんの待ち時間の短縮とかいうことも、一つの目的だと示されていますが、そういうふうに紹介受診重点医療機関をご理解いただきたいと思います。

もう一つ、最初から気になったのは、「基準」と「水準」というのは、どのような違いがあるのかということです。

「基準」というのは、言葉からいうと、最低限必要なレベルという意味で、初診に占める重点外来の割合が40%以上で、再診に占める重点外来の割合が25%以上ということになっています。

「水準」というのは、大体そういうレベルであってほしいという意味で、紹介率が50%以上で、逆紹介率が40%以上ということになっています。

今回は、青梅総合さんのほうは、国の基準を全て満たしておられますので、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、そのようにさせていただきます。

なお、福生病院さんとか阿伎留医療センターさん、あるいは、ほかの病院さんも、今のところはそのご希望を持っておられないのか、来年度、再来年度ぐらいには、そういう方向性を持っておられるのかということについて、何かご意見とかはございますか。

公立福生病院さんはいかがでしょう。

○吉田(公立福生病院 院長):当初は考えていたんですが、西多摩という土地柄、面積が広くて医師数が少ないということで、近隣に開業医さんがいない地域の方々が困ってしまうということで、なかなか難しい問題があるんですね。

もちろん、データの的にも届いていませんが、そういったことが大きな問題としてあります。

○玉木座長:これからも状況を見て、お考え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。

公立阿伎留医療センターさんはいかがでしょう。

○根東（公立阿伎留医療センター 院長）：本来であれば、地域の中核病院ですので、その方向に進みたいんですが、残念ながら、非常に広い範囲を網羅していることと、クリニックの数が少ないので、現実には、すぐに対応することが難しいです。

例えば、クリニックを分離して“クリニックセンター”をつくるとかいった形をとらない限り、現状では難しいのかなと思っております。

○玉木座長：ありがとうございます。

ほかにご意見はございますか。

西多摩の圏域の状況をほかの圏域の皆さまにもご理解いただきたいと思いますし、いろいろな政策として今後の課題としていただければと思います。

（２）２０２５年に向けた対応方針について

○玉木座長：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、内容はこれまでと同様でございます。

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この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において、今回提出があった医療機関名を、水色で塗りつぶして表示しておりますので、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。

○玉木座長：ありがとうございました。

ほかの圏域の状況もいろいろ見せていただくと、回復期のニーズが将来的に大きくなるということです。

西多摩は、昔から慢性期が多かったわけですが、その慢性期と急性期のニーズを、回復期のほうに少し転換していくという、東京全体と同じような状況の中で、これまでも取り組んできたところです。

状況を見せていただくと、東京都全体の状況から見ても、そういう意味では、そんなに他圏域とかなり遅れていることはないと理解していますので、歩みはまだまだゆっくりかもしれませんが、進んでいるということができると思います。

そういうことについて、皆さんでご努力いただいているということで、そこを踏まえて、対応方針についてご報告いただいていると理解しておりますので、現状としては、皆さまのご報告を承認していくという形でよろしいでしょうか。

このあたりについて、ご意見はございますか。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）：このあとの話題にもつながると思いますが、冒頭に、土谷先生がおっしゃっていたような、ベッドは空いているのかどうかという話に関してです。

回復期が足りないということになっていて、急性期が多いという現状ですが、去年の秋から12月中旬までは、急性期も回復期も西多摩は空いていたと思います。慢性期も空いていて、みんな空いていて、「どこに患者さんは行ってしまったんだろう」という状況だったと思います。

ですので、このベッドの必要量が多いとか少ないとかというよりも、「少ないから増やしたほうがいい」ということではなく、「どうやって西多摩の人たちを支え

ていけばいいのか」ということを、もっと考えていかなければいけないと思っております。

○玉木座長：ありがとうございました。

先生のおっしゃるとおりだと思います。空床も含めた不思議な事態が、どういうことから生じているのかということも、次の意見交換のときに、そのところも踏まえてご議論いただければと思います。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：進藤先生、ありがとうございました。

比率で言うと、「西多摩は、回復期が必要量に比べて少ないんじゃないか」ということがあります。これがいつの必要量かということ、2025年ということですから、来年のことになるわけです。

ところが、実際に回復期が足りなくて、てんやわんやしているかということ、決してそういうわけじゃないと思います。

これは、西多摩に限らず、東京においては、他の圏域でも、必要量と比べてバランスがずいぶん違っているんですが、それなりにやっているわけです。

ですので、東京都医師会としては、それぞれの医療機関が、「こういった方針でやっていきます。自分のところは急性期がこれぐらいで回復期はこれぐらいです」ということで申請されているのを、そのままご承認いただければよろしい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す。

それでは、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、そのような取扱いとさせていただきます。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

○玉木座長：それでは、次の議事に進みたいと思います。

3つ目は、「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お願いいたします。

○東京都（事務局）：それでは、まず資料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により、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、少し手短かに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適用件数などは、高い状況が続いています。

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きまして、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きたいと思います。

参考資料といたしまして、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の3枚目のスライドに、この圏域の主な意見としてまとめてございます。

また、資料3-3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、どうぞよろしくお願いいたします。

説明は以上です。

○玉木座長：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。30分近く時間が取っておりますが、いきなり意見交換といっても難しいかもしれませんが、資料3-1にまとめていただきました主な意見を、ちょっと振り返ってみたいと思います。

例えば、脳出血・脳梗塞などの回復期リハへのご紹介で、リハが困難であるにもかかわらず、回復期への転院依頼があるということが書かれています。

これを回復期側から見ると、生活環境への復帰を前提としたリハビリを主に考えている場合は、当然そういうふうになるだろうと思いますが、高度急性期の先生方にとっては、ポストアキュートという考えで、お願いしてこられるのかもしれませんが。

その辺に齟齬があるのかなとも思いますが、その他、受入れ先がいろいろひっ迫しているということも、原因があるかとも思います。

臨床に関しては、いろいろご意見があるようで、高齢者の救急が増えたということですが、認知機能が低下しているというのが、高齢者の一般的な状況ですので、程度にもよりますが、認知症があるから受けられないというような、単純な状況ではないんじゃないかと、かかりつけ医としては思っています。

認知症という状態像に関しては、かかりつけ医がある程度標準的に対応できる課題であると考えていますが、専門医療の先生方が、入院や救急の場では、なかなかそういうふうにお考えいただけない場合もあるかもしれません。

確かに、救急で運ばれてきても、対応が大変な患者さんもいらっしゃいますので、簡単にはいかないと思いますが、その辺の多様な合併症を持っていて、かつ、認知機能の低下もある高齢者の場合の医療をどうしていくかということも、一つの課題であると思っています。

あと、誤嚥性肺炎のことも書いてありますが、これは、誰でも起こすものだから、それを治療すれば、別に専門医療は要らないという状態の方もいらっしゃいますし、尿路感染も同じですが、逆に、重症の摂食嚥下機能障害がある方については、そのリハビリをやらないと、簡単には退院させられないというような誤嚥性肺炎の方もいらっしゃいます。

ですので、その辺もいろいろ、受け入れる側の先生方にとっても、「肺炎だ」といってお願いする側の先生方にとっても、考え方の違いがあるように思われます。

また、それぞれの病床機能によって、薬剤の価格について、包括的な薬剤になっている場合とそうじゃない場合とで違いがあることが、ハードルになっているというご意見も書かれています。

さらに、がんの緩和ケアに関しては、精神疾患があつてがんの治療をする方、精神疾患があつて緩和ケアを希望されている方について、受入れ先がなかなか見つからないというご意見もありましたが、実際に緩和ケア病棟をやっているのは、公立阿伎留医療センターさんかなと思いますので、その辺も含めて、ご意見があればと思います。

あと、これはどこでもそうですが、一人暮らしとか高齢者世帯が多い中で、ご親戚や子供さんが近くにいなかったりして、医療同意がなかなか取れないということも、たくさんあると思います。

また、圏域を跨いだ連携ということも、一つ議題にする必要があるということです。これに関して、先ほどちょっと伺った話では、「東京ルールでいうと、西多摩さんの受入れが若干混乱しているんじゃないか」ということを、ほかの圏域からお話があったということです。

これは、西多摩全体の状況もあると思いますので、その辺も含めて、意見交換をしていただければと思いますので、よろしくお願いします。

どちらかという、高度急性期、急性期に願う側と、それを受ける側という視点もあると思いますので、まずは、大久野病院の進藤先生、いかがでしょうか。

○進藤（東京都病院協会、大久野病院・理事長）：西多摩は、東京ルールが多いということがありながら、ベッドは埋まっていなかったもので、救急が多いのに埋まらないというのは、救急で入院しないで帰ってしまう場合が多いのかということがあります。

どういう方たちが多いんだろうということの原因を、まずは知りたいと思っておりますが、入院させても、すぐ帰ってしまうんじゃないかということのを想像していて、それは、在宅医療が進んでいるので、ちょっとした状態だったら、在宅や施設が受けているんじゃないかと思っているんですが、それは間違っているかどうかを知りたいと思います。

○玉木座長：その辺は、私もよく分からないんですが、西多摩の病院側がすぐに受け入れられていないということもあるので、他圏域にお願いしてしまうということもあるんじゃないかと思うんですが、その辺、何か情報はありますか。

では、その辺も含めて、西多摩の状況についてご意見はございますか。

では、受入れ側の先生から伺ったみたいと思います。青梅総合医療センターの大友先生、いかがでしょうか。

○大友（市立青梅総合医療センター 院長）：「ベッドが空いているか」と言われると、空いていないです。

時期にもよると思いますが、少なくとも、この1週間は、二次救急をとめたりしているので、満床で入れないという状態が続いています。

それから、地域の開業の先生からかかってきた電話に対しても、それをお受けできなかつたりすることもありますので、先週末は三次だけ受けていたという状態でした。

理由は何かという、アンケートにも回答させていただいていますが、後方へのドレナージがうまく進まないということが、最も大きな要因だと思っております。

ですから、回復期は足りているとおっしゃっていましたが、急性期側としては、それが足りていないという印象を持っております。

それから、このアンケートに書かれていたご意見の中で、先ほどの「重症で意識障害があって、リハビリが困難な状態であるにもかかわらず、回復期への転院依頼がある」というのは、うちのことかと思えます。

患者さんの家族の希望だったかどうか分かりませんが、適切に対応すべきだったと、申しわけなく思っております。

ただ、後方への転院が進まなくて、ベッドが空かなくて、急性期が受け入れられないという状況は、12月以降はずっと続いています。

あと、看護師不足のためにフル稼働できていないということもあります。7対1を満たすぎりぎりの入院数しか取れないという状況があるので、看護師がもつ

といえば、もう少しベッドが回せるという事情もありますが、印象としては、ベッドはいっぱいの状況が続いています。

○玉木座長：ありがとうございました。

先生のところでは、急性期のあと、回復期、慢性期、在宅につなぐという道筋で、ドレナージがうまくいってなくて、急性期でもかなりお困りになっているというお話ですね。

○大友（市立青梅総合医療センター 院長）：はい、そういう状況です。

あと、このあとの議論になるのかもしれませんが、最近、救急外来で受けても、そのまま近くの病院にお願いするとかを、1泊だけしてもらって、次の日に転院をお願いするというのを、高齢者の肺炎とか尿路感染などの場合はそのようにしたりしています。

こういうことがもっと進んでいくと、当院としては非常に助かりますので、その辺のことを今後もっと検討していければと思っております。

○玉木座長：西多摩の救急車は、大体、先生のほうに向かって走っていますので、たくさん受け入れないといけない状況だとは思いますが、青梅総合の機能でなくてもという場合は、どのようにされているのでしょうか。

○大友（市立青梅総合医療センター 院長）：例えば、急性期の高木病院さんの場合は、うちの外来から直接、昼間はお願いしたりしていますし、1泊してもらって次の日にお願いしたりということを、少しずつ始めさせていただいて、とても助かっています。

○玉木座長：それは、非常に重要な連携だと思いますね。

では、福生病院の吉田先生にお伺いします。

先生のところは、ドクターの方々の世代の入替えの状況があって、いろいろ大変で、救急の受入れもひっ迫しているのではないかと思うんですが、その辺はいかがですか。

○吉田（公立福生病院 院長）：うちは以前から、内科系の医師不足が長く続いておまして、現在も、内科医師不足ということから、病棟がなかなか埋まっていないという状況です。

○玉木座長：病床が空いているということですが、前年度は、地域包括ケア病床とかは、コロナ対策で病床を使っておられたのですが、今後はどんなことになるでしょうか。元に戻しておられるのでしょうか。

○吉田（公立福生病院 院長）：既に戻ってはいるんですが、今回の資料には、戻っていることを伝えていなかったかもしれません。

○玉木座長：分かりました。よろしくお願いします。

地域包括ケア病床の使われ方というか使い方というのは、急性期の病院さんだと、ポストアキュートの、阿伎留医療センターさんではそういうような形で使っておられることが多いですが、病院の状況によっては、家庭や施設から受け入れている患者さんが多かったりして、いわゆる“亜急性期”の使われ方になっていると思います。

これは、状況に応じて、それぞれいろいろあって、いいことだと思うんですが、この辺が、救急や高次医療の病院さんのポストアキュートとして、ほかのところでも受け入れられるようになれば、地域包括ケア病床が施設や在宅の“亜急性期”を受けて、またお返しするという機能に結びついていくのかなと思っております。

その辺で、病院さんのほうでは、なかなか受け入れにくいとお考えになっているのでしょうか。何かご意見はございませんでしょうか。

進藤先生、何度もお伺いして申しわけありませんが、その辺いかがでしょうか。

○進藤（東京都病院協会、大久野病院・理事長）：地域包括ケア病棟は、外から受けるということじゃないと、結構厳しい運営になっていると思いますので、外から受けていらっしゃるんじゃないかと思います。

先ほど、大友先生が、回復期が足りないと言われていましたが、今は回復期がどこも満床になっていて、大変申しわけないと思うんですが、去年の秋ごろはかなり空いていたということを申し上げたところでした。

急性期と慢性期の連携のところは、コロナのときにみんなで話し合ったところもあって、慢性期側が受け入れられない理由のところは、患者さんの家庭的な状況ということが、非常に強くありました。

つまり、「あした受けてください」「はい、どうぞ」というふうになるのは、ちょっと時間がかかるという事情がありますので、そこをうまく解決できる仕組みが必要だと思っています。

あと、阿伎留医療センターの状況についてお伺いしてもいいでしょうか。

○玉木座長：ぜひお願いします。根東先生、お願いします。

○根東（公立阿伎留医療センター 院長）：コロナ専用病棟を、この10月まで継続していましたが、そこから、回復期リハビリテーション病棟は再開しています。

40床あるわけですが、実際のところは、その半分まで行かないような状態で運営していて、実は、入院の問合せが多いけれども、受け入れられていないというのが回復期リハビリテーション病棟の現状です。

その理由は、PT、OTさんのマンパワーが足りないからですが、ちょっと複雑な事情があります。

コロナ前のPT、OTさんの活躍の場は、回復期リハビリテーション病棟が主だったんですが、コロナ禍では、病棟を閉鎖していたこともあって、むしろ、急性期病棟で、「廃用症候群」という診断がついた患者さんに対するリハビリをして、それが院内で浸透して、効果も出てきたということでした。

そのため、トータルとして考えたときには、より早期のリハビリということでの体制にシフトしていったこともあって、回復期リハ病棟を再開したところ、PT、OTのマンパワーが足りなくなってしまったというのが現状です。

それから、地域包括ケア病棟もありますが、公立阿伎留医療センターは、7年前はそれがなかったんです。ただ、そのときから、在院日数が大幅に短縮し始めまして、病院の経営上もかなりいい方向に向かったということもあって、院内で

あっても、急性期の患者さんが行くところがないという状態が、病院の運営上の負担になってきました。

つまり、当初は、地域包括ケア病棟ができたことで、経営上はよくなったんですが、だんだん条件が厳しくなってきた、短期入院の患者さんを地域からたくさん受け入れるという方向に転換されてきました。

私が着任する前のことですが、その結果として、スタッフの息切れといえますか、入院してこられる患者さんは非常に手間がかかります。

そして、今はようやく体制ができてきましたが、残念ながら、うちの病院は、長い間、病棟クランクがないとか、看護助手が非常に少ないということで、域内でのタスクシフトに対する対策が、余りなされていなかったです。

そのため、全体的に病院を回すための効率が非常に悪い状況の中で、いろいろなことが進んでいたんですが、それを、この1年半ほどかけて、だいぶ直してきましたが、そういう流れがいろいろと背景にあって、「入院をなかなか受けてくれない」「救急が受けられない」という状況が続いていました。

あと、ポイントとしては、コロナ禍で患者数はどうだったかという、それまで来られていた患者数が激減していました。一昨年の段階で既に患者数が減っていたのに、コロナの患者さんを受け入れていたので、経営面から見ると、患者数がどんどん減っているようには見えない状態で推移していました。

それが、今年度に入って、コロナの患者数がいなくなったので、それによって、より患者数が減っていることが分かりました。

ところが、今年度の前半と後半では、また状況がずいぶん変わってきていて、後半になってからは、緊急でない患者さんの数はまだなかなか増えてきてはいませんが、救急の患者さんの数が結構増えてきて、この半年の間に患者数が2割ぐらい増えたような状況が、今続いています。

そのため、急性期病棟の稼働率が90%まで行くような病棟も出てきますが、まだ十分でない病棟クランクや看護助手が整っていないのが現状ですので、バランスがとれていないという状態は続いています。

ただ、一方で、1病棟をお休みせざるを得ないぐらいのマンパワーの弱さがありますが、本来であれば、85%ぐらいの稼働率が維持できなければ、病院経営

上は収支が合いませんので、そういう点から考えると、1病棟を閉じていることによって、経営上も何とかバランスを取り戻そうとしているという状態です。

今後は、一般の患者さんも増えてくると思いますので、そのときには、タイミングを見ながら、今の病棟を戻していくかどうかを、凶らないといけないというような状況になっています。

○玉木座長：ありがとうございました。

コロナを通して、さまざまな病院対応の状況が、今戻りつつあるけれども、それがなかなか、平時のほうにどのように戻して、機能させていくかということについては、ほかの病院さんも同じような悩みを持っておられるのではないかと思います。

特別養護老人ホームとか老人保健施設とかも、一時はスカスカで、空床が目立っていましたが、受け入れる体制がコロナ後にすぐできなかったということですが、病院さんの場合も似たような状況があって、人材の問題もありますが、いろいろ混乱が収まっていないということを、先生のお話をお聞きしながら感じました。

○根東（公立阿伎留医療センター 院長）：バランスがうまくとれていないというのが正直なところで、ダイナミックに患者数までも変わるし、コロナの対策に回っていたのに、それがなくなったということも、大きな問題です。

あと、看護師さんは本当に戻ってきてくれないです。これは、どうしようもないことだと思っています。

○玉木座長：ありがとうございました。

足りない傷病名とか病態像とかの前に、コロナ禍の影響で、病院の体制がまだ十分な状況に戻っていないくて、しかも、それは病院ごとに事情が異なる。

それが、急性期から回復期・慢性期・在宅につないでいく流れも、かなり乱れというのか、疎外されている状況かと思います。

疾患別に、病態像別に、「これが足りない」「あれが足りない」という議論はできませんでしたが、今伺ったことが、まだまだ現実なのかなと思います。

時間が押してきてしまいました。大久野病院の河原先生、何かご意見はありませんか。

○河原（大久野病院 院長）：議論をつぶすつもりはないんですが、病床の4区分自体が今の医療に合っていないと思っています。

それから、急性期から慢性期・在宅という、連携を要する医療には、生活が絡んでくると思うんです。それを考えると、介護保険も福祉も市町村で、医療は東京都ということになっているような感じですが、市町村の積極的な関与ということも、議論をする上で重要になってくると思っています。

もう一つは、病床4区分で、どの病床がどれくらい要るかというのは、あくまでも、リマンドサイドの話であって、それだけではなくて、きょうも意見が出ましたが、人が足りない、予算が足りないといった、サプライサイドの話も、両輪でやっていかないと、地域医療の構築は難しいと思います。

○玉木座長：ありがとうございました。先生のお言葉でうまくまとまりました。

きょうは、市町村の皆さまもご参加いただいておりますが、ご意見をお伺いできず、大変申しわけありませんでした。医療だけではなくて、その方々が生活の中で療養していくという意味においては、市町村の皆さまとの連携も非常に重要だと思います。

西多摩は高齢化率が高く、若い人たちがほかに働きに行ってしまう、高齢者の方で孤立している方が多いです。また、圏域が広く、買い物に行くのも困るような生活をしている方もいらっしゃるという中で、全体像として西多摩圏域を考えていかないと、簡単に医療だけではまとまりきれないし、いい結論も見出しにくいと思います。

もちろん、これは、日本全体の課題ではないかと思っています。大都市圏以外はみんなこんな状況で、同じような課題があると思っていますので、その辺で、地域医療構想という中から投げかけていければと思います。

それでは、時間が来てしまいました。ほかに何かご意見はございませんか。よろしいでしょうか。

では、十分なまとまりはなかったとは思いますが、きょうの意見交換はこれで終了とさせていただきます。

これからも西多摩圏域をしっかりと形づくっていかねばいけませんので、先ほどからお話があった連携の問題は、高齢者を中心とした医療の中では非常に重要だと思いますので、皆さん、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、以上で私の役割は終わらせていただきます。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

○奈倉課長：ありがとうございました。

「報告事項」がございしますが、これにつきましては、資料配布で替えさせていただきますと思います。

4. 閉 会

○奈倉課長：皆さま、本日はさまざまなお議論をいただきありがとうございました。今後また検討させていただきたいと思っております。

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いて、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)