

[令和5年度 第2回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西部〕

令和6年1月18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』

〔区西部〕

令和6年1月18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（区西部）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。

夏はあんなに暑かったのですが、冬は冬でやはり寒いんだなと思うきょうこのごろです。年初のお忙しいところお集りいただきありがとうございます。

ことは新年早々、大きな地震があつて、そちらのほうに医療救護チームを派遣されている病院もいらっしゃるかと思います。そういった中ご参加いただきありがとうございます

今回は、今年度の2回目の調整会議になります。

地域医療構想調整会議の大きな柱は2つあって、1つは、病床の話で、もう1つは医療連携の話です。

これらの区西部におきましては、病床過剰地域になりますので、病床配分はありませんので、今回は、もう1つの医療連携について、地域での連携が深まっていくようなご議論をしていただければと思います。

ただ、コロナ後においては、病床が結構空いていたというお話を聞いています。今は、冬になって、稼働率が上がっている状況とは思いますが、病床がコロナ前に戻らないということが、よく聞かれますので、そういったことも少し議論できればと思っております。

本日も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。

土谷先生からもお話がございましたが、1日に発生した能登半島の地震に関しましては、医療チームの派遣などを初め、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。

本日の会議でございますが、紹介受診重点医療機関に関する協議を初め、地域連携の推進に向けた意見交換などを予定しております。

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、どうぞよろしく願いいたします。

○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、これ以降の進行を渡邊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

○渡邊座長：座長を務めさせていただきます、中野区医師会の渡邊です。よろしくお願いいたします。

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によりまし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でございます。

今回の協議につきましては大きく分けて2点ございまして、基本的に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すが、1点目としては、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、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。

調整会議後の予定につきましては、4月1日の公表を予定しております。

では、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ございますが、基本的には前回と同様の方針にしたいと思っております。

こちらは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、国が示している基準を両方満たす場合、②番として、国が示す基準のいずれか一方を満たし、かつ、国が示している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ですが、意向がある場合、結論としては、今回は、現在既になっている医療機関につきましては、全て来年度の紹介受診重点医療機関になりたいという意向がございますので、令和6年度につきましては、引き続き認めるという方針にしたいと思っております。

理由としましては、各医療機関の外来機能を明確化していくという制度趣旨を踏まえますと、こちらの制度が始まってからまだ1年も経過していないというところですので、その短期間に医療機関の位置づけが変動するということは、患者さん側から見て望ましくないと考えるからでございます。

ただし、その先につきましては、これは来年度の協議にはなりますが、2年連続で基準などを満たさないような医療機関がある場合は、協議において、認めないというような方針で進めてはどうかと思っております。

これらの方針に基づきますと、資料1-2で個別の医療機関の状況を確認すると、表の赤枠内の医療機関、及び赤枠からは外れておりますが、現在既に紹介受診重点医療機関になっている総合東京病院さんを、こちらの圏域において認めるという形にしたいと思っております。

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。

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。

○渡邊座長：ありがとうございました。

それでは、さっそく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きまして、ただいま説明があった方針のとおり進めることとしてよろしいでしょうか。

特にはよろしいでしょうか。

それでは、この協議の方針に従いまして、本圏域において赤枠で囲われている医療機関、及び現在、紹介受診重点医療機関である総合東京病院とすることによるのでしょうか。

[全員賛成で承認]

それでは、そのように決定いたしました。

なお、1つお伺いしたいのですが、この紹介受診重点医療機関に関する基準の適合については、年1回の申請になるということによるのでしょうか。その年の途中からなるということはないということでしょうか。

○奈倉課長：紹介受診重点医療機関に関する協議につきましては、毎年度の外来機能報告に基づいて行いますので、その年度の報告をいただいて、年明けの調整会議で、年1回、ご意向も含めて協議させていただくことになっております。

○渡邊座長：ありがとうございます。

敢えてお伺いしたのは、今回手挙げしていただいている、立正佼成会附属佼成病院につきましては、皆さんもご存じであろうと思いますが、ことしの4月からは、病院が変わるという形になっています。

この意向が出ているんですが、そういった場合の取扱いはいかがなものかということが、少し話題になっていましたので、再度確認させていただいたわけです。この点についてはいかがでしょうか。

○奈倉課長：開設者の変更が年度途中であった場合の取扱い等については、制度が始まったばかりで、まだ整理はついていませんが、佼成病院さんについては、調整会議でも情報を提供していただいているとおり、開設者が変わられるということですので、対応等の方針が決まりましたら、個別にお話しさせていただければと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

○渡邊座長：ありがとうございます。

(2) 2025年に向けた対応方針について

○渡邊座長：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2-1より説明させていただきます。

本件につきましては、これまでの調整会議においても取り扱った議事でございます。内容はこれまでと同様でございます。

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ますので、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と思っております。

具体的には、資料2-1と2-2-2において、今回提出があった医療機関について、水色で表示しておりますので、ご覧いただければと思います。

前回同様に圏域として合意をいただけますよう、よろしくお願いいたします。
説明は以上です。

○渡邊座長：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。

特にはよろしいでしょうか。

それでは、前回の取扱いと同様に、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ことにしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

[全員賛成で承認]

では、そのようにさせていただきます。

(3) 地域連携の推進に向けた意見交換について

○渡邊座長：それでは、次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。東京都からご説明をよろしくお願ひいたします。

○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きました動画により、この意見交換の趣旨などを少し説明をさせていただきましたので、今回は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、足元の病床利用率につきましては、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は何か、また、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きまして、具体的な傷病名や患者の状態像などをきっかけにしまして、意見交換を行いたいと思っております。

また、あわせて、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きましても、ご意見をいただければと思います。

意見交換のための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、こちらに主なものを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、地図によって、病床数とか病床稼働率の違いを示したり、また、入院患者さんにつきまして、どこから入ってきて、どこに出たかなどについてを、グラフにより示してございます。

これらの資料を一つの参考にしつつ、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、どうぞよろしくお願いいたします。

説明は以上です。

○渡邊座長：ありがとうございます。

今回の会議のメインとなりますので、活発なご意見をお願いしたいと思います。それでは、意見交換に移りたいと思います。ご意見がある方はいらっしゃいますでしょうか。

今回、区西部の事前調査の主な意見について、確認してみたいと思います。

入院の受入れに対する課題の例ですが、誤嚥性範囲、圧迫骨折、消化管出血、悪性腫瘍というふうな形で、とりあえず挙げられているんですが、そのほかでも別に構いませんし、この内容の中で、ご意見をいただいたところで、ご説明がある先生はいらっしゃいますでしょうか。

誤嚥性肺炎のところでは、「自宅や施設への退院が困難」となっていて、これが出口ではなくて、受入れのほうにもなっているんですが、こちらは、複数の疾患がある高齢者特有の病気なので、このように書かれていると思います。

圧迫骨折のところでは、「急性期病院であるが、保存的治療の入院を多く受け入れると、本来診るべき患者が受けられない」というようなことで、ちょっと困っているということが書かれています。

それでは、まず、急性期病院の先生はいかがでしょうか。

新宿区の場合は、高度急性期も急性期も大学病院と医療センターですが、中野区のあたりで、新渡戸記念中野総合病院の入江先生、ご意見はいかがでしょうか。

○入江（新渡戸記念中野総合病院 理事長）：一言で言うと、急性期病院は、うちの場合、6割から7割が緊急入院で、外来からとか救急車からの緊急入院です。

急性期病院というのは、患者さんはえり好みができないので、受け入れるんですが、前から申し上げていますが、行き先がないという場合が多いです。

入院する患者さんのご家族などが、預けておいたまま逃げてしまう場合もあります。それから施設から来る場合は、「戻してもよろしいですか」と言うと、「今

までは診ていたけれども、この患者はもう今後は受け入れられない」と言われて、最初から行き先を探すということが、相変わらず多いです。

最近多いのは、救急車でいらっしゃったら返せないので、入院するんですが、そこから退院にもっていくまでのエネルギーが、結構かかっているというのが実情です。

○渡邊座長：ありがとうございました。

それでは、杉並区の荻窪病院の布袋（フテイ）先生、いかがでしょうか。

○布袋（荻窪病院 院長）：当院も、先ほどの先生がおっしゃったような問題を抱えておりますが、まず何より、角度が変わるかもしれませんが、区西部の特徴というのがまず問題だと思っています。

区西部は、まず新宿区の大学病院を含んだ地域なので、ちょっと特殊ではないかと思っています。

住宅地は杉並区の領域に多いので、人口が密集しているエリアですから、本当にいろんな超高齢者の患者さんがいらっしゃいます。

誤嚥性肺炎とか尿路感染症とかいろんな併存疾患を抱えた超高齢者の方が多いので、本来であれば、当院も専門性を持った急性期の治療を提供したいんですが、そういった高齢者の方々がニーズもあるので、同時並行でそういったものを提供しなければいけないので、内科医が疲弊しているという問題が今あります。

本当に急性期病院で取るべき患者さんたちと、そういったいろんな超高齢者の肺炎ですとか尿路感染症とかを出す病院がなかなかないというのが現状です。

ですので、急性期から慢性期というよりも、間のサブアキュートが少ないという現状でして、そこをどうにかしていただけるとありがたいと思っております。

○渡邊座長：ありがとうございます。

区西部には大学病院が多く含まれているということで、新宿区は、先ほど大学病院とセンターなのでということで、一回飛ばさせていただいたんですが、東京女子医大の板橋先生、いかがでしょうか。

○板橋（東京女子医科大学病院 病院長）：女子医大も、決して先生方とそんなに変わった状況ではなくて、複数の合併症を持った患者さんを診ているような状況になって、高齢者が多くなってきています。

そして、一度受け入れると、逆に出口がないということが多いです。この資料には、入り口の問題と出口の問題と分けて書いてあるんですが、これは本来は一緒の問題だと思います。

要は、出口がないから受け入れる枠がなくなってしまうようなことが起きていて、長期の方がどんどん溜まってきてしまうというのが現状です。

慢性腎不全（透析）のところは、うちが書かせていただいたのではないかなと思うんですが、透析も厳しい患者さんがいて、急性腎不全などで入ってくるような方もいらっしゃいますが、なかなか元に戻れないという状況になります。

今お話があったように、中間の施設がないものですから、よほど落ち着くまででない、出口がないというところで、どの疾患もそうだと思いますが、関連病院をどうにかして、各診療科でお願いしながら、この中間の受入れをしてもらっているという状況で、何とか現状を維持しているような状況になっております。

○渡邊座長：ありがとうございます。大学病院ならではの大変さもあるかと思えます。

今、急性期ということですが、高度急性期においても、かなり課題はあるのではないかなと思っておりますので、高度急性期の点で、もし何かございましたら、中野区から、東京警察病院の長谷川先生、何かご意見はございますでしょうか。

○長谷川（東京警察病院 院長）：私たちの病院は、分類は高度ですが、いわゆる急性期病院ということで、二次救急の患者さんを扱っています。

今までの先生方と同じように、救急車が来れば、動けない、帰れない患者さん、例えば、圧迫骨折もありますし、誤嚥性肺炎、尿路感染症などが多いと思いますが、そういう老人の方たちを、とりあえず入院させなければいけないので、入院していただくわけです。

ただ、ある程度のところまで行きますが、完全に治すことはなかなかありませんので、時間がかかります。その間に、急性期病院としての使命は、ある程度終

わったところで、療養型に移っていただくタイミングというのは非常に難しいです。

この資料にもあるとおり、区西部では療養型病院が非常に少ない、慢性期の病院が少ないということですので、そちらのソースがなければ、なかなかこの問題は解決していかないのかなと思います。

私たちはどうやって努力していいのかわかりませんが、そういう病院をどうやって増やしていくかということが課題だろうと思います。

○渡邊座長：ありがとうございました。

杉並区の高度急性期の河北病院の杉村先生は欠席ということですので、新宿区の高度急性期を担っていただいている国立医療センターの杉山先生、いかがでしょうか。

○杉山（国立国際医療研究センター病院 病院長）：皆さんのご意見そのままですが、特に、東京ルールで引き受ける救急の患者さんは、たらい回しになって、最後にうちに来るという場合が多いです。

そういう人たちというのは、ほとんど医療資源にタッチしていない人が多くて、病歴も全くなくて、普段からかかりつけ医もいないということですので、そうすると、一からやらなければいけないので、とんでもなく大変なんです。

ここは行政が積極的に介入すべきだと思います。そういう人が来た場合は、早めに行政が動いていただきたいと思います。例えば、成人後見人などの問題が起こると、1か月も2か月もかかってしまいます。

これも何とかしてほしいです。余りにもお役所仕事過ぎると思いますので、それを高度急性期病院に要求されても困りますというのが、日ごろ思っていることです。かなり文句を言いましてすみません。

○渡邊座長：ありがとうございます。

本当に行政の問題もかなりいろいろと噂を伺ったりとかしております。大変なことだと思います。

全体的なお話を今伺ったんですが。この事前調査の資料の中で、「消化管出血」のところで、「緊急内視鏡機能がなく、24時間救急対応の病院があれば助かる」というご意見があったんですが、高度急性期、急性期の病院さんで、緊急内視鏡機能がなくて24時間受け入れられないというようなケースはございますか。

杉山先生, お願いいたします。

○杉山 (国立国際医療研究センター病院 病院長) : 多分、都内で消化管出血を受け入れているのは、うちが一番だと思います。

ですが、それはとんでもなく消化器内科に負担をかけています。だから、24時間オンコールというのは無理なので、それこそ輪番制にする必要があって、これは大学病院にも協力してもらったほうがいいと思うんですが、そうすればかなり負担が減ります。

消化器内科の医者の内定が少なくなって、専門医を取ると、皆さん開業して、内視鏡クリニックをやってしまいますので、非常に問題があるんです。

ですから、働き方改革の問題もありますが、1つの病院で全てやるのではなくて、チームを組むとか輪番制にするとかいうのを、ぜひ行政主導でやっていただければと思います。

○渡邊座長 : ありがとうございます。

私もそんな事情を余り知らなかったんですが、消化器の話題をいただいたので、中野のほうから、長谷川先生、どうですか。

○長谷川 (東京警察病院 院長) : 夜間の消化器内科の体制というのは、働き方改革も含めて非常に大変です。

消化器内科の人が毎日当直しているわけではありませんので、オンコール体制で呼び出すということになりますし、医者だけでなく、ナースも一緒に呼んでこななければならないということですので、なかなか夜間の吐血を取るといのは、当院でも困難な状況です。

杉山先生がおっしゃったように、輪番制にするか、人任せで申しわけないですが、どこかに集中的に、常にそこに人を集められるような、センター化するということでなければ、やっていけなくなるのではないかと思います。

○渡邊座長：「輸血が必要な場合、受け入れてくれる病院が少ない」というコメントも書いてあるんですが、輸血についてはいかがでしょうか。

○長谷川（東京警察病院 院長）：輸血は全く問題なくできますが、出血が多い方は当然とめなければいけませんので、運ばれてくれば、とりあえずは輸血すると思います。

ただ、救急車の中でもだいぶ出血していて、それが止血が必要があるという判断ですと、受けられないことのほうが多いかもしれないですね。

○渡邊座長：ありがとうございます。

杉山先生、どうぞ。

○杉山（国立国際医療研究センター病院 病院長）：消化管出血の場合、内視鏡と輸血とそれから I V R（インターベンショナル ラジオロジー・画像下治療）の問題があるんです。ですから、セットと考えるとかなり大きな問題になりますので、これは1つの施設に任せるなんてとんでもないことだと思っています。

○渡邊座長：なるほど、ありがとうございました。

入江先生のところでは、24時間の内視鏡ということに関してはいかがでしょうか。

○入江（新渡戸記念中野総合病院 理事長）：うちはどちらかというと、東京消防庁からの要請をほとんど受けるようにしていました。

ただ、外科医になって1年目ぐらいで、ようやく一本立ちした人に1人で止血やらせるというのはかなり無理なので、スタッフによって、「きょうは止血は無理

だ」という日もあります。そうではなくて、ベテランとか中堅以上の人のときは、受けるようにしてくれているようです。

あと、それでも、緊急オペになってしまう場合もありますから、確かにこの処理は非常に大きな問題で、とにかくスタッフがいないと疲弊してしまいます。でも、うちは外科はよく頑張ってくれているとは思っています。

○渡邊座長：ありがとうございます。

荻窪病院の布袋先生はいかがでしょう。

○布袋（荻窪病院 院長）：当院も、消化器内科がオンコール体制で対応はしております。バックアップについても、外科もオンコール体制でおります。

IVRもオンコール体制で、あと、大学病院の力を借りてできるようにはしておりますが、先ほどから意見が出ましたとおり、そのオンコールの医師の経験値の差によって、ちゃんと受け入れられる日とそうではない日がどうしても出てしまうということと、必ずしもIVRの先生が確保できるとは限らないので、そういったところが、我々のような小中規模病院では問題になるかと思えます。

○渡邊座長：ありがとうございます。

区西部に関しては、布袋先生が言われたように、大学病院のような大きな基幹病院がいくつも揃っていて、その状況下でこういった消化管出血に対する対応が非常に厳しくなってしまうということです。

それは、区西部外からかなり運ばれてくるケースとかいったことで、地域だけというわけにはいかないと思うんですが、そういったケースというのは、実際は杉山先生のところなどは多いんでしょうか。圏域外というか、ほかの病院から回ってきてしまうということについてはいかがでしょうか。

○入江（新渡戸記念中野総合病院 理事長）：おっしゃるとおり、東京の北とか西とか、さらに西とかからが多いですね。

○渡邊座長：ありがとうございました。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：ありがとうございました。

特に消化管出血について今ご議論があったところですが、他の疾患で、例えば、循環器については、都内全体で「CCUネットワーク」というのがあって、そこからどうするかという協議がなされています。

脳卒中についても、圏域別の検討会というのがある、二次医療圏ごとに話合いがあります。

それだけでは足りなくて、脳卒中の中でも、急性期を取り出して会議体ができないかと、今話合いが進んでいるところです。

いずれも、働き方改革で夜の人員をそれぞれの医療機関で確保できないので、みんなで話し合って何とかできないかというような、まだ仕組みが完成したわけではないですが、そういった話合いの場が構築されつつあります。循環器についてはできているというところです。

一方で、今議論にあった消化管出血については、そういう話合いの場というのは果たしてあるのでしょうか。

東京都全体、あるいは、二次医療圏でいうのは、杉山先生、その辺はいかがでしょうか。

○杉山（国立国際医療研究センター病院 病院長）：多分、ないと思います。

○土谷副会長：これだと、みんなが我慢し合っている状況なので、そういった場所が東京都でつくれないですかね。

杉山先生がおっしゃるように、輪番とかいうのを組んでいかないと、共倒れになる可能性がありますね。困るのは病院だけではなくて、患者さんも困るわけですからね。

○渡邊座長：女子医大さんはいかがでしょう。

○板橋（東京女子医科大学病院 病院長）：杉山先生のところほどじゃないと思いますが、うちも受けているような状況ですが、かなり疲弊しています。

一時、頑張って受けていたんですが、かなり疲弊しましたので、「無理しないでいいか」と言われたので、「働き方改革にどうにか合わせるようにしていかないとつぶれちゃうので、この辺はある程度コントロールするしかない」というような話を、現場にはしました。

とはいえ、区西部だけじゃないところからも来られるので、消化管出血について区西部だけのネットワークにするのかというと、消化管出血の頻度はそんなに多くはないと思うんです。

ただ、それが来たときに、内視鏡の止血から始まって、輸血もあり、とまらなければIVRもあり、手術もありということになってくるので、非常に大きな問題だと思いますね。

なので、東京全体ではなくても、ネットワークとかがある程度組めれば、どこも助かるんじゃないかと思います。もちろん、輪番制といっても、組める病院と組めない病院があると思いますので、「一時受入れ当番」とか、それでもとまらないときには、次の搬送を考えるとかいったようなシステムがないと難しいと思います。

例えば、「この病院がきょうは当番ですよ」ということで、そこに集中してしまったら、多分そこは崩壊しますよね。なので、2段階程度のシステムが消化管出血の場合は必要ではないかなと思っています。

もちろん、うちでも十分できているわけではありません。人がいなくなったり、消化器内科が当直しているわけではなくて、オンコール体制ですので、たまたま当直のときはラッキーなんですけど、さらに技量の程度の差もあってということになりますので、決して盤石ではないんですが、区西部はそれでもまだいいほうではないかなと思っています。

ほかの圏域はもっと苦勞しているんじゃないかなと思いますので、そういった意味では、ネットワークを2段階ぐらいで組むようなことができれば、区西部だけではなく、広いエリアで東京を4つに分けるとかして、そういったエリアでネットワークを組めるといいかなと思います。

臨時的にはそういうような形がいいんじゃないかなと思っています。

○渡邊座長：ありがとうございました。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：輪番を組むにあたって、「できる日を募る」というのと、反対に、「この日は休ませてくれ」というのと、どっちがやりやすいですか。つくりやすいですか。

杉山先生、いかがでしょうか。

○杉山（国立国際医療研究センター病院 病院長）：曜日を固定してもらったほうがいいと思いますね。

それから、板橋先生がおっしゃったように、地域以外から送られてくるので、かなり広い範囲で組まないと、北区とか板橋区とかからも来ますし、多摩地区からも来ますから、広い範囲で考えていかないと、区西部でつくるところに集中して、今度はこっちが破綻します。

○渡邊座長：ありがとうございます。

循環器ネットワークだとか脳卒中ネットワークみたいなものが、噂に伺うんですが、消化器も結構大きな問題になっているので、恥かしながら今びっくりしているところでございます。

消化器の事情については、今後課題として取り上げて、何らかの対応をしてないと、この4月から働き方改革というのが始まりますと、さらにどうにもならなくなるのが、事実なのではないかなと思います。

また、この消化管出血以外にも、何かほかの病気でというところで、透析だと、「出口がないので、受け入れていることがない」という回答がありますが、「受けたいけれども受け入れられない」というようなケースは、ほかにもあるものでしょうか。

認知症とかというのは、「入ってもらっても困る」とか、ほかの病気でも内容が違いかと思うんですが、急性期を担うにあたって、病院機能として対応しきれなくなってきたというようなところはございますでしょうか。

板橋先生、どうぞ。

○板橋（東京女子医科大学病院 病院長）：

私は、消化器外科ということもあって、急性胆のう炎をどうにかしようということで、肝胆膵炎の外科が、24時間365日、PHSを持って待機して、近隣のところから、「何かあったらいつでもいいですよ」といって、待機しているような状況です。

そして、週に何度も緊急手術していますが、区西部だけではないところからも、もちろん来ます。

これは、消化管出血と似たようなところがあって、一定の頻度で必ず起きる病態で、それも手術をしなければいけないということで、同じようなところではないかなと思っています。

そういった意味で、言い出したらキリがないと思うんですが、4月以降、これをやれるかなというところで、現場と今調整しているような状況ですが、ある程度頻度が高い急性疾患というのは、区を跨いで来てしまいますので、そういうところも含めて、全体を調整しなければいけないと思っています。

○渡邊座長：ありがとうございます。

脳卒中ではないですが、腹部緊急疾患のネットワークも、東京都で組んでいかなければいけないのではないかなと思っています。

区西部から発信できたわけですが、一番活躍いただいているのは、区西部の大学病院さん、基幹病院さんかすごく活躍していただいているんだろうと思います。

ありがとうございました。

今度は出口の話ですが、なかなか受け取ってくれるケースがないということで、その分布からも、回復期とか慢性期の病院が、区西部にとっては少ないのではないかなということで、なかなか受けるのが難しいということです。

新宿区の場合は、JCHOさんが回復期ということですが、回復期以上に救急もあるかと思うんですが、JCHOさんの関根先生、いかがでしょうか。

○関根（JCHO東京新宿メディカルセンター 院長）：当院はちょっと特殊な状況がありまして、ケアミックス病院で、回復期ということになりますと、回復期リハと地域包括ケア病床を持っております。

単刀直入に申しますと、当院の担うべき回復期リハは、総合病院ですので、かなり複雑な病態を持った方、透析なども含むんですが、そういった方を受け入れてやるべきだろうと思っています。

もちろん、病床数がどうかという問題はまた別にあるんですが、ご承知のように、都内にも、いわゆるリハビリの専門で、精力的にやられているところがありますので、そこと別に張り合うつもりではなくて、特性を活かしたリハをやるということをやっています。

ただ、リハビリのみならず、その他の診療科がサポートしないとフルには取れないという状況で、各病院からいろいろ要請があるんですが、本当に情けない話ですが、そのサポート体制がまだ十分ではないがゆえに、少しお断りしてしまうケースとかいうのがあって、それをどうやって解決していくかというのが、自院の問題としては考えています。

それから、ちょっとおかしな話ですが、整形部門については、うちは回復期リハであっても、いわゆるリハビリ病院に転院させています。

今、内部で転倒するのはほとんど脳血管障害で、外からの場合も、大体脳血管障害の患者さんを受け入れています。

整形の場合、そう言うのは失礼ですが、比較的単純なケースが多いので、そういったケースは、むしろ自院で囲わないで、リハビリ病院に転院させるということを考えております。

なので、まずは、役割分担として、こういう回復期リハの病棟があってもいいだろうということで、その役割を果たすのが一つですし、そうでなければ、リハビリ病院と基幹病院が提携して、なるべく速やかに、スムーズな転院を促進していくべきだろうと思っています。

○渡邊座長：ありがとうございます。

病床の余裕ということについてはいかがですか。

○関根（JCHO東京新宿メディカルセンター 院長）：現在は、リハビリ病床も結構満床に近くなっているんですが、そうでもない時期といいますか、繁忙期ではないときは、稼働率という意味では、リハビリだと9割以上の稼働が求められるんですが、なかなかそこまで行っていないという現状はあります。

それは多分、先ほど私が申し上げた、ちょっと難しいニーズに十分応えられるような体制があれば、それなりに都内でお役に立っているのではないかなと思っています。

そこは今後どういうふうに自院として努力していくかを、今考えているところです。

○渡邊座長：ありがとうございます。

では、中野区の回復期の、共立病院の山本先生、何かご意見はございますか。

○山本（中野共立病院 病院長）：当院は、一般病床とリハビリ病棟の両方を持っているんですが、透析の患者さんの回復リハビリ病棟の要請が結構あって、都内でも、透析患者さんのリハビリ病棟がないということで、よく要請が来ているんですが、55床のうち5人ぐらいを、マンパワーの関係でやっています。

あと、東京医科大学さんから言われているのは、HIV陽性の透析の患者さんも受入れ先がないということで、当院でもやりましょうということで受けています。

あと、近隣病院さんとも連携は結構うまくやれているのかなと思っています。55床は大体満床で稼働しています。

○渡邊座長：ありがとうございます。

それでは、杉並リハビリテーション病院の小寺先生、いかがでしょうか。

○小寺（杉並リハビリテーション病院 院長）：当院は、回復期病床だけですので、急性期からの出口としての受け皿として、どこまで機能しているか何とも言えないんですが、要は、運動器と脳血管ぐらいしか取れません。

あと、急性期で何かを治療していて、ちょっと出しにくいけれども、ベッドが埋まっているからというのには対応ができないのですが、回復期病床自体はもうほぼ満床に近い状態であるべく受けられるようにはしています。

ですので、急性期の先生方からすると、ちょっとご不満があるのではないかとと思いますが、認知症であろうが、経管栄養であろうが、リハビリができて、そういう疾患に当てはまるような患者さんは、積極的に取るようにしていますので、その辺でご協力させていただければと思っています。

○渡邊座長：ありがとうございました。

では、慢性期のほうから、救世軍ブース記念病院の齊藤先生、いかがでしょうか。

○齊藤（救世軍ブース記念病院 院長）：「出口がない」というご発言が多い中、本当に心苦しいんですが、当院は病床稼働率が落ちております。

一つは、慢性期で落ち着いている方は、在宅に戻ってしまう方も多くなっているのかなと思います。

在宅に戻ってまた悪くなると、今度は急性期に行ってしまうということで、慢性期をスルーしてしまう患者が増えています。

当院は、地域包括ケア病棟もあるんですが、本当に家に帰れる方というのは少なく、回復期等には乗らないけれども、リハビリを求めて、「当院の地域包括ケア病棟に入れてください」という依頼があって、来てみると、家に帰れないので療養病棟に移るということになってしまうんです。

コロナ前と圧倒的に違うのは、在院日数が極端に落ちていて、それだけ具合が悪い方が増えているということかなと思っています。

その中で、栄養経路が定まらないと転院ができないという話もあって、これは療養病棟で末梢点滴の方が20%を超えてしまうと、病床としての基準を満たせないということもあるんですが、現在増えている、末梢点滴だとか看取りだということについては、なるべく積極的に取るようにしておりますので、どうぞご紹介いただけたらありがたいなと思っています。

○渡邊座長：ありがとうございました。

では、最後に、慢性期の小原病院の福江先生、いかがですか。

○福江（小原病院 院長）：ブース病院の齊藤先生と全く同じですが、イメージ的には、最近の風潮なんでしょうか、慢性期にずっと入れているよりも、自宅で看取ってしまうようなケースが多いので、本当に平均在院日数が極端に短くなってきています。

もう一つは、いつも困るなど思っているのが、従来は脳梗塞とか脳血管疾患がメインで、あとはいろんな病気があったんですが、今は本当にもう5つも6つもいろんな病気を持っている方が多くです。

それなのに、家族は結構専門医志向なため、うちの病院である程度できるんですが、「ほかの病院に移して、専門医に診てもらいたい」とかいう希望が非常に強いので、そういうところとのマッチングがうまくいかずに、入院が受けられないようなケースも結構あります。

例えば、「ペースメーカーを定期的に受けているので、入院中も定期的に通わせてくれ」みたいな形で言われてしまうと、うちでは厳しいとかいう場合があります。また、「泌尿器科にも定期的に行ってるので、定期的に通わせてほしい」みたいなことを言われると、「うちは厳しいな」みたいな形でお断わりするケースもあります。

なので、できるだけ受けるようにはしているんですが、患者さんの家族の中の意識も、急性期からほかのところに移るところの抵抗があるんじゃないかと思っているので、その辺のことが少しずつ解決していかなければ、転院などがスムーズにいかないのかなと思っている思っています。

○渡邊座長：ありがとうございます。

急性期から慢性期までそれぞれ課題は多くあるように感じました。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：時間がなくなってきたところですが、端的にお答えいただければと思います。

特に、慢性期、回復機の先生方には、今議論してもらった内容ですが、ウィズコロナの時代になって、コロナ前ほど戻ってなくて、病床が空いているんじゃないかということについてです。

冬になって、患者さんが戻って一安心しているところかもしれませんが、「今までの冬に比べると、もっとパンパンになっちゃうはずなんだけれども、ことはまだそこまで行ってない」とかいう印象をお持ちのところもあるかと思います。

今後、病床をどうするのか、配分していくしてかどうかという話が、また出てくるわけですが、区西部においては過剰地域なので、配分は当面ないと判断されるところですが、現状、ベッドが足りているのか足りていないのか、もう余っているんじゃないかというのが、今の話です。

これは、入院する人が減って、世の中の人が健康になっていいと思われる向きもあると思うんですが、病院を経営している方からすれば、「ベッドが空いて困ってる」といった傾向はあるのではないかということです。

空いているとすれば、どういう理由が考えられるのか。いろんなことが言われているんですが、決定打はないところです。

そのあたり、高度急性期、急性期の先生、順番にお答えいただければと思うんですが、いかがでしょうか。空いているか空いていないか。空いている理由は何かとかについて、端的にお答えいただけるでしょうか。

○渡邊座長：では、板橋先生、いかがでしょうか。

○板橋（東京女子医科大学病院 病院長）：全体の許可病床からすれば、空いている形になりますが、実際は、看護師が少なく稼働できる病床が減っております。

実際に稼働できている病床の中では、今90%以上の形で稼働しているところですが、稼働しているところは、かなりぱんぱんな状況でやっているような印象です。

○渡邊座長：ありがとうございます。

長谷川先生、いかがでしょうか。

○長谷川（東京警察病院 院長）：冬場になって混雑してきましたが、満床になるという状況ではないです。

板橋先生がおっしゃったように、看護師さんが少し減ってきているということですので、7対1には満たされていても、手がかかる患者が多いということで、全部の病床に入れるとなると、看護師さんから「そこは無理」と言われるところが出てしまいます。

それから、以前よりも入院期間が短くなってきているということもあって、週末が開いてしまうという傾向にあります。

○渡邊座長：ありがとうございます。

入江先生、いかがでしょうか。

○入江（新渡戸記念中野総合病院 理事長）：コロナが終わったので戻るかなと思っていたんですが、全然戻らなくて、かなり焦ったんですが、11月、12月、1月と上がってきて、普通の急性期病院に戻ってきたように思っています。

ただ、長谷川先生がおっしゃったように、週末にどっと出てしまうので、結構ドーンと落ちるということがあります。

確かに、去年、一昨年と比べると、在院期間が少し短くなってきています。

どこも同じなのなかという気がするんですが、冬場になってきて、まあまあなレベルに戻ってきたかなという感じですが、空いているといえ、かなり空いています。

○渡邊座長：ありがとうございました。

では、最後に、布袋先生、いかがでしょうか。

○布袋（荻窪病院 院長）：当院も、この時期は毎年ほぼ満床近くになるんですが、この数日はベッドが空いていない状況になっております。

空いているとしたら、産科病棟が残念ながら空いておりますが、それ以外はかなりの状態で運用しております。

○渡邊座長：ありがとうございました。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：先生方、ありがとうございました。

先ほどのご議論の中でも、慢性期が空いているというのは、もう驚きの話だったんですが、急性期の病院も割とコロナの前に戻らないというのが多かったかと思えます。

4月からの働き方改革についての問題もそうですが、看護師さんがいなくて、人員が揃えられなくて、入院を受けられないという事態も、本当に私も起きてくるんじゃないかと思っています。

少ない看護師さんを奪い合いというわけではないですが、そういった状況になってきて、入院できない、入院ベッドが空いているという時代も、すぐ起きるわけではないでしょうが、今後起きてくるかもしれないと感じました。

いろいろなご意見をどうもありがとうございました。

○渡邊座長：では、ほかに何かご意見はございますか。

特にないようですので、本当に活発なご議論を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

○渡邊座長：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ございます。

こちらにつきまして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をいただければと思います。

それでは、本日予定された議事は以上となりますので、事務局にお返ししたいと思います。よろしく願いいたします。

4. 閉 会

○奈倉課長：本日は活発なご議論をいただき、私どもも宿題をいただいたと思っております。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、We b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)