

[令和5年度 第2回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西北部〕

令和6年2月2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』

〔区西北部〕

令和6年2月2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（区西北部）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。

地域医療構想の大きなテーマは2つありまして、1つは、病床をどうしていくかということで、もう1つは、医療連携をどのように考えていくかということです。

きょうの議題としては、病床の件のほか、特に、5番目の地域連携の推進に向けた意見交換のところで、医療連携を深めていくという話になります。

この医療連携については、どういった疾患が連携をしにくいかというような話と、コロナ前に比べて病床が戻ってこないということが、よく言われてきましたので、この点についてもお話しいただきたいと思います。

もちろん、冬になって、病床が埋まってきているかと思いますが、うまらなるとすれば、その理由は何なのかということについても、ご議論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、能登半島の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、病床配分や地域医療支援病院に関する協議のほか、地域連携に向けての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申し上げます。

それでは、これ以降の進行を増田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

○増田座長：皆さま、こんばんは。座長の、北区医師会の増田でございます。

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。

「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きまして、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、区西北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113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、2件の申請を受け付ました

1つ目は、板橋区の医療法人社団 翔和仁誠会 「城北みみ・はな・のどサージクリニック」の開設でございます。

今回、一般病床4床の申請が出ております。耳鼻咽喉科急性期医療提供のための診療所の開設であり、令和7年4月の開設を予定しております。

2つ目は、板橋区の「あぶかわ歯科・口腔外科」の増床でございます。今回、一般病床1床の申請が出ております。歯科急性期機能強化のための増床であり、令和6年4月の開設を予定しております。

概要は以上となります。

○増田座長：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、「城北みみ・はな・のどサージクリニック」の説明をお願いします。

○「城北みみ・はな・のどサージクリニック」：医療法人社団 翔和仁誠会「城北みみ・はな・のどサージクリニック」の理事長をしております、高松俊輔と申します。

今回、耳鼻咽喉科の急性期の短期滞在型の有床診療所の申請を、4床でさせていただきます。

私も耳鼻科医でありまして、多摩市で開業しております。

現在、当法人には16施設ありまして、その中で、既に多摩市の聖蹟桜ヶ丘という場所で、「東京みみ・はな・のどサージクリニック」という、12床の有床診療所を開設しております。

診療を日々しておりまして、保存的な治療では解決できない患者さんが数多くおられます。

耳鼻咽喉というのは、においをかぐ、声を出す、音を聞くという感覚器で、命に直接影響を及ぼすものではございませんが、生きていく上でQOLに関わる大事な器官だと思っております。

その中で、保存的な治療では解決できない患者さんを、外科的、手術的な対応で、改善することを、我々の使命としております。

今回、板橋区で開設を申請しましたのは、当該地域に短期滞在型の、耳鼻咽喉科に特化した医療機関がないため、大学病院などの大きな病院においては、緊急性が高い医療を担っていただき、我々は、緊急性はないけれども、QOLに関わ

る治療を担当することで、社会的にも経済的にも地域に貢献できるのではないかと考えております。

また、大きな病院の場合は入院期間が必要になると思いますが、私どもの場合は、短期滞在型の手術施設ですので、患者さんの負担を軽減することで、手術に対してのハードルも下がるのではないかと考えております。

よろしくお願いいたします。

○増田座長：ありがとうございました。

耳鼻科領域の“ブラックジャック”と言えるかもしれないですね。(笑)

次に、「あぶかわ歯科・口腔外科」の説明をお願いします。

○「あぶかわ歯科・口腔外科」：「あぶかわ歯科・口腔外科」の開設者の虻川東嗣(ハツギ)と申します。よろしくお願いいたします。

このたび、1床の病床の設置を希望しております。

当院は、区西北部医療圏などの矯正歯科専門医院と連携し、矯正歯科治療の完遂を歯科・口腔外科領域からサポートすることを、診療の柱としております。

今後、かみ合わせの異常に加えまして、骨格性の不調和も有する「顎変形症」患者の治療を、矯正歯科と合同で行いたいと考えております。

「顎変形症」に患者に行われる「顎矯正手術」は、全身麻酔下で行われ、術後の止血管理が必要なことから、病床の整備が必要と考えております。

区西北部医療圏におきまして、「顎矯正手術」を担当する専門医療機関は少ないことから、当院で顎矯正医療を担い、病院の役割を補完する機能を果たしたいと考えております。

手術、治療に際しましては、板橋区の調整会議の分科会で相談させていただき、地域の拠点病院や近隣の医療機関との連携をより深め、医療安全を担保しつつ、地域医療に貢献していくことを確認しております。

どうぞよろしくお願いいたします。

○増田座長：ありがとうございました。

確かに、この領域は、駒込病院にお願いすることが多いですが、城北地区にはありませんので。

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地域単位の分科会などを開催していただいていますので、その開催状況について事務局から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。

板橋区においては、先月の1月11日に会議を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、2医療機関とも、特に問題なく了承された」ということでございます。

簡単ですが、説明は以上でございます。

○増田座長：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たいと思います。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。

板橋区の分科会では、齋藤会長がしっかり議論されていると思いますが、齋藤会長、何かありますか。

○齋藤(板橋区医師会 会長)：2つの医療機関とも、手術ということに関しては、大きな病院はもちろん、中小の病院でも余りやっていないような領域かとは思いますが。

特に、今の有床診療所の病床に関しては、問題はないかと考えていますが、緊急時の対応というのが、有床診療所の場合は一番の問題ではないかということで、そのあたりもいろいろ聞いてみましたところ、「病院との連携は取れている」との

ことですので、緊急時の対応も大丈夫だろうということで、皆さまには了承いただきました。

○増田座長：ありがとうございました。

よろしいでしょうか。

それでは、東京都から、今の意見交換を踏まえて、何かご発言はございますか。

○岩井部長：ご説明とご意見をありがとうございました。

今出されたご意見を参考にいたしまして、病床配分につきましては、医療審議会に報告の上、東京都で決定してまいりたいと思います。

○増田座長：ありがとうございました。

それでは、次の議事に進みたいと思います。

(2) 地域医療支援病院の承認申請について

○増田座長：議事の2つ目は、「地域医療支援病院の承認申請について」です。東京都から説明をお願いします。

○高橋課長：東京都の医療安全課長の高橋でございます。資料2-1をご覧ください。

地域医療支援病院につきましては、紹介患者に対する医療提供や医療機器の共同利用の実施等を通じ、地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力や、地域医療の確保を図るためにふさわしい設備等を有する病院を、知事が承認しているものでございます。

承認要件は、医療法に規定され、令和5年12月1日現在、都では50病院を承認しております。

新たに地域医療支援病院を承認するにあたっては、医療法第4条第2項に基づき、予め東京都医療審議会の意見を聞くこととされておりますが、その前に、医

療法施行規則等に基づき、当該病院が所在する二次医療圏の地域医療構想調整会議において協議することとされております。

今般、本医療圏におきましては、地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センターより、地域医療支援病院の申請がありましたので、本調整会議において協議していただくものでございます。

このあと、申請病院より概要について説明をいただきますので、ご意見等をいただければと存じます。

説明は以上になります。

○増田座長：ありがとうございました。

それでは、医療機関からの説明に移ります。質疑は、医療機関からの説明後に行います。

では、東京都健康長寿医療センターから説明をお願いいたします。

○地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター：東京都健康長寿医療センターのセンター長の許でございます。

きょうは、地域医療支援病院の名称承認申請について、先生方にご説明申し上げたいと思います。

私どもの病院は、内科、外科等32の診療科を持っております。また、救急告示病院、東京都指定二次救急医療機関など、20医療機関の指定も持っております。

病床数は550床で、一般が520床、精神科30床でございます。

それでは、申請にあたっての私どもの考えを申し述べたいと思います。

まず、「1. 病院概要」でございます。

東京都健康長寿医療センターは、1872年に設立された「養育院」を起源としており、2009年に地方独立行政法人として設立されました。

現在、地域の高齢者の急性期医療を担う病院として、急性期一般病床463床に加え、地域包括ケア病床37床、精神科病床30床、及び緩和ケア病床20床の、合計550床で運営を行っております。

救急医療については、東京都CCUネットワーク、急性大動脈スーパーネットワーク、脳卒中急性期医療機関を中心に、心筋梗塞、急性大動脈乖離、脳卒中などの外科的救急疾患などの、カテーテル治療や内視鏡治療を含む、緊急手術を要する高齢者救急患者を、積極的に受け入れ、年間1万人以上の緊急患者を受け入れております。

また、約1万2000名の年間新入院患者さんの約50%が、80歳以上の高齢者であり、そのうちの35～40%が地域からの救急入院患者です。

地域医療につきましては、地域の医療機関との連携強化を図るため、紹介・逆紹介の推進及び地域の医療従事者への研修会の実施などを通じて、顔の見える地域の医療機関との関係づくりに力を注いでまいりました。

さらに、令和5年度より、病院救急車を導入するとともに、2名の救命救急士を採用し、転院搬送業務や急性期脳卒中患者の緊急搬送要請などに対応しております。

次に、「2. 地域医療支援病院として」についてです。

今後も、救急・急性期医療の拠点としての役割を着実に果たすため、働き方改革を踏まえた医師の増員のため、令和5年度から3年間で30人増員の予定でございます。そして、救急患者の積極的な受入れ、地域の医療機関への訪問などによる紹介・逆紹介の強化に取り組んでいきたいと考えております。

感染症対策、災害対策においても、東京都の施策に最大限協力させていただき、地域における中心的な役割を果たすとともに、地域医療構想における地域包括ケアシステムへ貢献していく所存でございます。

次に、「3. 新興感染症対策」についてです。

感染症対策指針を策定し、センターにおける感染症対策の基本的事項を定め、実践しております。

本指針に則り、ICDを含む医師2名、ICN1名、細菌検査技師1名、薬剤師1名から成るICTチームが、週に1回、院内ラウンドを実施し、院内の感染対策の実践状況の確認と指導などをしております。

新型コロナ対応においては、新型コロナウイルス感染症の入院重点医療機関として、最大58床のコロナ病床を確保し、コロナ感染症専用のハイケアユニットとして運用しながら、患者の積極的な受入れを行っております。

また、東京都からの依頼を受け、26の宿泊療養施設や、21の大規模ワクチン接種会場の新規開設、運営のため、当センターから医師・看護師・薬剤師を、令和2年4月から派遣し、都の施策に貢献してまいりました。

今後は、都と締結予定の改正感染症法に基づく医療措置協定により、都に最大限の協力を行っていく所存でございます。

最後に、「4. 災害拠点病院として」についてです。

平成25年に災害拠点病院としての指定を受けるとともに、災害派遣医療チーム（DMAT）による被災地への派遣体制も有しております。

災害発生時・感染症拡大時の対応力を強化するため、平時から板橋区や地域の医療機関との情報共有を図るとともに、必要な知識や技術などに関する研修や、防火・防災訓練などを継続的に実施しております。

また、災害発生時における体制確保をより確実なものとするため、今年度新たに、「安否確認システム」を導入いたしました。

今回の能登半島地震では、現在、珠洲市に毎週2名の看護師を交代で派遣しております。

以上が、今回の申請にあたってのご説明でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○増田座長：ありがとうございました。

ただいまの説明の内容について、何かご質問、ご意見はございますでしょうか。土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：ご説明ありがとうございました。

その中で、医師の働き方改革によって、医師を確保することが大変ですが、3年間で30人の増員予定ということですが、これは、医局からの派遣が中心になるのでしょうか。

○地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター：私どもが30名という数字を出したのは、労基署の指導に基づいて、事務的に計算しますと、厳格に守るためには、30人必要であるということだったからです。

そのため、令和5年度より毎年10人ずつということになります。若い人たちを入れていくということで、働き方改革の中では人件費の増はある程度やむを得ないということで、この数字を出しております。

実際には、定年退職していく方と若い先生方が入る数が、今のところはバランスしておりますが、私どもの希望は、例えば、初期研修医のマッチングにおいて、ことしは8名の定員に対して、73名受けていただきまして、実際に試験に来ていただいたのは70名ということでした。

私どもとしては、財政措置をしっかりと、効率的な医療を進めながら、人件費を捻出し、若い人たちを採用していきたいという、大きな希望を持っていますが、実際できるかどうかは、非常に苦しいところでございます。

○土谷副会長：ご説明ありがとうございました。

○増田座長：病院の能力を落とさないで、正攻法で働き方改革に対応するという考え方ということでしょうか。

○地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター：実は、私どもの病院の患者さんの平均年齢は80歳を超えておりまして、日本の500床以上の病院の全ての統計では、平均年齢は68歳弱ということですので、12歳以上の差があるため、看護力はもちろん、若手医師の力が、高齢者の医療にはより必要になっております。

ですので、労基署のお考えを厳格に受け入れて、それに対する十分な人的資源を確保したいという希望で、それに対応できるよう、経費削減とか仕事の効率化はもちろん、いろいろな医療機器については、10年計画のもとに計画的で効率のよい更新を行い、その他、我々のマネジメントでできることは、全部やろうということで、いろいろ努力しているところでございます。

○増田座長：医師は高齢化しておられないのでしょうか。

○地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター：いえいえ、私を含めて、みんな高齢化しております。

○増田座長：運営協議会の議長を、日野原先生は100歳を過ぎてもやっておられましたので、ぜひ頑張っていたきたいと思います。

ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

区西北部では、特に高齢者を診る内科系では本当にお世話になっていますが、今まで、この「地域医療支援病院」と取ってなかったということに驚いたんですが、

○地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター：財政上は、地域医療支援病院として承認していただけると、非常にありがたいと思っております。

今回は、特に、東京都の福祉保健局のほうから、「取りなさい」という強力な指導をいただきまして、問題だった救急車も、医師会のご厚意でいただくことができて、条件が整ったという次第です。

救急車を今まで持っていなかったものですから、その辺が非常にネックになっていたように思います。

○増田座長：ありがとうございました。

ほかによろしいでしょうか。

それでは、東京都のほうから、今の意見交換を踏まえて、何かご発言はありますか。

○岩井部長：ご説明とご意見をありがとうございました。

意見交換の状況も参考にしまして、医療審議会に諮問したいと思います。

○地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター：ありがとうございます。

○増田座長：それでは、次の議事に移りたいと思います。

(3) 紹介受診重点医療機関について

○増田座長：3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3-1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もので、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、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います。

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。

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、全て今の基準等を満たして、表の中の赤枠内に入っておりますので、先ほどの原則どおり、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出てき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。認めないような形で協議をする方針としてはいかがかと、他圏域では説明しております。

こちらの圏域におきまして、個別に医療機関の状況を確認いたしますと、資料3-2になりますが、表の赤枠内の医療機関を認める形で、現在既になっている8医療機関に加えて、今回新たに3つに医療機関が入っておりますので、合計で11の医療機関を認めるということで協議させていただければと思っております。

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。よろしくお願いいたします。

○増田座長：ありがとうございました。

今回は、コロナの影響があって、単月だけの報告のために、本来は認められるところをはじかれたという背景がありますので、今回は、前回認めた8つの医療機関に加えて、新規に、大和病院、都立大塚病院、田端放射線クリニックに関しては、条件を満たしているのので、この赤枠に入っています。

ただ、イムス記念病院と木村外科内科に関しては、条件を満たしていないということで、対象外となっております。

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。

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3-2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。

なお、今回対象外になったところや、手を挙げていないところでも、今後、条件を満たしていただいで、手挙げをしていただければと思います。

なお、明理会中央総合病院は、条件を満たしているけれども、意向なしということですが、廣瀬先生、その辺のご事情をお話しいただけるでしょうか。

○廣瀬（明理会中央総合病院 院長）：当院は、病院の体制的に、診療科によっては、紹介を受けられないという状況がございますので、そういったところがクリアできることになれば、将来的には紹介受診重点医療機関に入れさせていただきたいと思っております。

○増田座長：ありがとうございます。

地域の中核病院ですから、また体制を整えて、活躍していただければと思いますので、よろしく申し上げます。

○廣瀬（明理会中央総合病院 院長）：よろしく願いいたします。

○増田座長：ほかにはよろしいでしょうか。

では、次の議事に移らせていただきたいと思います。

（４） ２０２５年に向けた対応方針について

○増田座長：それでは、次の議事に進みたいと思います。４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４－１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4-2-1と4-2-2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。

○増田座長：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。

特によろしいでしょうか。

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]

ありがとうございました。

(5) 地域連携の推進に向けた意見交換について

○増田座長：それでは、次の議事に進みたいと思います。

他の圏域に比べて、その前の議事が多かったのですが、メインのこの議事に対しての時間が少なくなっていますが、5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、資料5-1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いておりますので、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。その結果をまとめておりますので、ご参照ください。

また、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、資料5-3に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たいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

説明は以上となります。

○増田座長：ありがとうございます。

短い時間で効率よくディスカッションするために、ほかの圏域で今までに出ていた意見を簡単にご紹介します。

13圏域のうちの10圏域のディスカッションが終わっていますが、看護師、看護助手が不足しているというお話が非常に多くて、回復期、慢性期では支えきれなくて、高度急性期、急性期を含めて、共倒れになるんじゃないかという危機感を持っている病院が多かったです。

実際、コロナが終わって、急性期病院では、意外にコロナ前まで病床利用率が戻っていないというお話と、回復期病院では、まだゆとりがあるけれども、病病連携でうまく流れてこないのが、効率よく空いている病院を遣えないという意見も出していました。

あと、人材に関しては、派遣会社の手数料が非常に経営を圧迫しているというお話もありました。

また、救急とか手術に関して、働き方改革の影響で、時間外までうまく使えないということも言われました。

さらに、経営に関しては、非常に厳しくて、多職種への人材流出があるので、特に、介護系、看護系、介護助手は、賃金の関係で多職種に流れてしまって、人材がなかなか確保できないというお話もありました。

あと、精神疾患の合併症の患者さん、高齢者で多くの病気を持っている人をどうするかというお話も多かったです。

あと、高齢者医療の限界を理解しない家族が、過剰な要求をするために、うまく転院がさせられないという意見も出ていました。

それでは、順番にお話を伺っていきたいと思います。

まず、高度急性期のほうから、コロナ後の状況を含めてお話を伺いたと思います。

北医療センターの宮崎先生、お願いします。

○宮崎（副座長、東京都病院協会、東京北医療センター管理者）：コロナ後の情勢としましては、救急の受入れも多くなってきて、病床がひっ迫しています。

そして今も、発熱患者の問題で、より受入れが厳しくなっているように思っています。

あと、精神疾患の身体合併症の患者さんの話が、他の地域で出ているということですが、整形外科ではまず受けてくれないというところもございます。

なお、「総合診療科」という言葉がよく出てくるようになっていますが、“総合診療マインド”を持った医師を増やそうとしております。

○増田座長：ありがとうございました。

せっかくのお話が音声不良のためによく聞き取れませんでした。先生のところは、総合診療科の先生が非常に多くて、頼もしいなと思っています。

では、都立大塚病院の三部（ミベ）先生、お願いします。

○三部（都立大塚病院 院長）：コロナ後の状況としては、当院は今改修工事中なので、入院患者さんはかなり制限されてしまっています。

ですので、入院の状況は分かりませんが、外来の状況は、明らかにコロナ前に比べて、初診の患者さん、紹介の患者さんは落ちていきますので、患者さんの動向の変化がよく分かって、それがまだ回復していないというのが現状です。

主な課題等に関しては、今おっしゃったように、精神科疾患とか、総合内科的な複数の科に跨るような疾患の患者さんが非常に多くて、内科が専門化、細分化してきた中で、1つの内科だけではなかなか全てを診てくれないというパターンが結構多いため、そういう苦勞もしています。

もちろん、整形プラス内科とかいうような複数科に跨る救急、内科内でも、自分たちの専門化のみに集中して、ジェネラルに幅広く診てくれる救急医が不足しているのも、課題かと思っております。

○増田座長：ありがとうございました。

では、帝京大学医学部附属病院の澤村先生にお願いしたいと思いましたが、通信環境がよくないようですので、後ほどということにさせていただいて、次に、練馬光が丘病院の光定先生、お願いします。

○光定（練馬光が丘病院 院長）：コロナ後ということでは、救急の要請は相変わらず非常に多くて、その結果、当院としては応需率が落ちていたりしています。

一方、ウォークインのほうは、コロナ前に比べるとすごく減ってしまっていて、救急車を受ける台数は増えているんですが、ウォークインは6割、7割まで減ったままということになります。

精神科疾患の身体合併症救急とかは、なるべく積極的に取ってもらっているんですが、院内の精神科が少し弱いので、十分には取れていないという状況にあります。

○増田座長：ありがとうございました。

では、明理会中央総合病院の廣瀬先生、お願いします。

○廣瀬（明理会中央総合病院 院長）：コロナ前と比較しますと、救急車の要請件数は以前よりも増えていまして、受入れ件数も増加しているという状況がございます。

それに伴い、急性期病床の稼働率は、コロナ前と比較して減っているということではなく、数としては変わっていないという状況です。

ただ、外来、紹介患者さんに関しては、コロナ前と比較すると、恐らく2割ぐらいの減少が見られ、かなり減っていつという状況でございます。

ベッドに関しては、急性期はコロナ前と変わらないけれども、回復期病棟については、なかなか埋まりきっていないというのが、当院の現状でございます。

○増田座長：ありがとうございました。

高度急性期も急性期もコロナ前と比べると、外来が減っているということですね。

では、大同病院の島本先生はいかがでしょう。

○島本（大同病院 理事長・院長）：コロナ前と比較すると、ほかの医療機関の皆さまと同様に、外来患者数は減っておりますが、この冬になって少し増えてきている感じはあります。

あと、入院に関しては、この冬の時期ですので、肺炎とかが多いですが、あとは、脊椎疾患の患者さんを中心に増えてきてはいるという状況です。

○増田座長：ありがとうございました。

では、豊島病院の安藤先生、お願いします。

○安藤（都立豊島病院 院長）：先ほどから言われているとおり、看護師さんが不足しているため、病床を開けられないという状況が当院でもあります。

今後も足りてくるとは思えなくて、コロナのときに最も問題になった介護士の導入ということをし、しっかりやっていかなければいけないと考えています。

患者さんの状況ですが、確かに救急車は非常に増えていて、コロナ前は当院は年間4000台ぐらいしか取ってなかったんですが、今は5500台ぐらい取るようになっていて、要請も増えて、応需も増えているという状況です。

一方、先ほども話に出ましたが、ウォークインの患者さんは確かに減っていて、6～7割になっていて、なぜなのかよく分からないでいます。

そういう救急車が増えたということもあるんですが、実際、患者さんの質として、当院はICUとはHCUは5割まで埋まらなかったんですが、最近では、100%までは行かないものの、80%を超えるような日がかなり多くなっています。

全体として患者さんの数は減っていますが、重症の症例が多くなったので、そういう意味では、病院としては非常によくなっているという状況です。

○増田座長：ありがとうございました。

次に、スズキ病院の鈴木先生にと思ったんですが、通信環境がよくないということですね。

では、時間の関係で、全員の先生方にお聞きできなくなってしまいましたので、回復期、慢性期の先生で、ほかの圏域で話題になっていたような、どのぐらい病床が空いているかとか、うまく流してくれればもっと診られるとか、看護師不足で病棟を閉鎖しているとか、こういったことで非常に困っているというようなことがあれば、ぜひお話しいただきたいと思います。

関町病院の丸山先生、お願いします。

○丸山（関町病院、理事長）：外来患者数はかなり回復してきましたんですが、入院のほうは、コロナ前の8割ぐらいですので、余裕はありますので、ご紹介いただければと思っております。

それから、看護師さん、看護助手さんは、当院も若干不足していますが、何とか工面してやってはいます。

あと、そういうマンパワーとは別に、電子カルテを7～8年の一度更新しなければいけないというので、去年更新したんですが、私どもは49床の病院なのに、7000万円ぐらいかかりました。

そうすると、電子カルテ料に年間1000万円ぐらい貯金しなければいけないということが分かりまして、非常に大きな痛手で、そのために赤字になりました。

○増田座長：ありがとうございました。

電子カルテは、初期投資もそうですが、毎年のメンテナンスがかなりかかってしまうということで、経営に負担がかかると思います。

ほかにいかがでしょうか。

人材のことも話題になっていますが、看護師さんを募集しても来ない、給料を上げたいけれども原資がないという状況のところが多いです。

国からは、「従業員の給料を上げるため、取引先を持つように」と言われていますが、交渉の場の持ちようがないのが医療の世界です。

ほかの業種で、従業員の給料を上げて、その分値上げすることができるころはいいんですが、我々は原価が上がっても売り値は上がらないし、それで、収入が減るので、従業員の給料を上げられない。そうすると、従業員はほかの業界に流出するというので、負のスパイラルに陥ってしまいそうな現状になっています。

その上、働き方改革がありますから、同じことをするためには、当然、スタッフの数、特に医師の数を増やさなければいけないということになりますが、その辺に関して、困っておられることとか、「こういう策がある」というようなお話はございませんか。

健康長寿医療センターの許先生のところはいかがでしょうか。

○許（東京都健康長寿医療センター 病院長）：例えば、電子カルテについては、我々も更新の作業に今入っていますが、目標としては、前回の更新のときの契約の半額で契約することができるようにということで、あらゆる作戦を練っております。

電子カルテは“金食い虫”でして、医業収入の2%を超えると赤字が出るというのは必然だそうです。

そのため、これまで使っていたコンサルはやめまして、ローコストで交渉能力が高いと考えられている、関西のコンサルに代えたりして、あらゆるところでコストダウンを図る以外に、うまい方法は見つかっていません。

医業は“統制経済”ですので、患者さんが外来も入院も全体的に減っている中で、医療収支を改善するためには、コストを削減する以外にないわけですから、一番大きいのは医療機器の更新です。例えば、これを1年延ばすだけ、つまり、7年で更新するのを8年にするだけで、10%以上の経費削減になるわけです。

そういう意味で、先ほど申し上げましたように、私が病院長になった2015年から、そういう10年計画で効率よく更新しようということをやったんですが、その当時は事務方の協力を得られませんでした、途中で挫折しました。

しかし、切羽詰まった今の状況の中では、事務方も本気になってくれていると、私はそう信じております。

そういうことで、いろいろなコストダウンができる余地は、ほかにもあるんじゃないかと考えております。

○増田座長：「交渉の場を持つ」という意味では、東京都と交渉するという手もあるので、あとでまたお話をしたいと思います。

あと、検診は自由診療なので、保険に縛られないはずなので、北区では、新しい区長と「10%上げてくれ」といって交渉したんですが、「ほかの業種との兼ね合いもあるので、事務費の10%値上げで許してくれ」ということで、結局、0.3%上がりました。

そういった意味で、ほかの業種のしわ寄せが医療機関に来ると、本当に持ちこたえられなくなると思うんです。

あと、ほかの圏域で、緩和ケアから在宅に移っている患者さんが増えて、意外に緩和ケア病棟が空いてきているというようなお話も出ていましたが、その辺に関してはいかがでしょうか。

豊島区医師会の土屋先生、今後の在宅の方針とかをお話いただければと思います。

○土屋（豊島区医師会 会長）：緩和ケア病床に関しては、がんの末期の方が本当はどこで亡くなりたいのかというところを、できるだけ叶えるということが大事だと思いますが、そのときによって結構変わってしまうこともあるんですね。

例えば、「家で最期を迎えたいと思ったけれども、最期は緩和ケアで」とおっしゃる方も結構いらっしゃいます。

ですので、その辺でいかに融通を利かせるかというところで、在宅と緩和ケアを含めた病診連携ということが、これから非常に重要になってくると思っています。

こういった場合の病診連携というのは、“データ連携”ではなくて、患者さんの気持ちをどう伝えていくかというところの病診連携が大事になってきますが、そういったことを伝えるのは意外に難しいと思っております。

この辺は、これからの病診連携の一つの大きなテーマになるのではないかと感じています。

○増田座長：ありがとうございました。

患者さんの気持ちをどう伝えればいいのかということですが、その辺で、要町病院の吉澤先生に伝える立場ということで、お話をお伺いしたかったんですが、ほかの会議にも出ていらっしゃるということでした。

では、練馬区医師会の齋藤先生、ご意見をお聞かせください。

○齋藤（練馬区医師会 副会長）：まず、入院患者さんの話を先にしますと、秋口はかなり少なかったです。

高度急性期、急性期の病院は、救命レベルの人たちが入ってきて、いっぱいいたかもしれませんが、中小病院とか地域包括ケアとかの急性期というのは、内容がそれほど重症でないと、在宅でできることが、コロナをきっかけに増えたんじゃないかと思っています。

なので、在宅で解決できることが多くなった結果として、中小病院の急性期の入院が、ちょっと少なくなってきていますが、地域包括ケアみたいな、いわゆる“ハブ病院”の重要性が高まってきていると考えています。

そういう意味で、在宅の連携については、土屋先生が今おっしゃっていましたように、病診連携ということがきちんとできないと、これからの医療は難しくなっていくのではないかと考えています。

それに関しては、東京都から在宅の補助金なども出ていて、練馬区では積極的にこれにも参加しようとしていますので、そういったものも利用して、コンビニみたいに24時間の在宅になると、皆さんは本当に大変ですが、それでも、在宅で24時間バックアップしていくようにすることが、これからの医療で非常に重要になってくるだろうと考えています。

フランスとかでは、“在宅入院”というような、意味が不明な言葉があるらしいですが、家自体が入院病床とほぼ等しいような状況が、これからできてくるのではないかと考えています。

今回の診療報酬の改定でも、「介護と医療の連携」とか、緩和ケアも含めた病診連携とかのことも、いろいろ出てきていますので、そういうところに積極的に参加していかないといけない世の中になってきたんだろうと感じています。

○増田座長：頼もしいご発言をいただきありがとうございます。

もっと白熱した議論をしていきたくはありますが、時間が限られていますので、「ぜひ言っておきたい」ということがありましたらと思いますが、いかがでしょうか。

帝京大学附属病院の澤村先生に、高度急性期の立場からいろいろお話をお伺いしたかったんですが、まだうまくつながりませんので、申しわけありません。

ほかにいかがでしょうか。

東京北医療センターの宮崎先生、お願いします。

○宮崎（東京都病院協会、東京北医療センター 管理者）：一言だけ。先ほどから、救急のウォークインの患者さんが減っている理由の一つとしては、「選定療養費」が、コロナの途中から上がったということも、関係があるのではないかと、当院では考えております。

○増田座長：ありがとうございました。

確かに、「選定療養費」が高いので、ウォークインの患者さんが減ったということはあると思いますね。

ほかにはいかがでしょうか。

いろいろディスカッションできましたが、時間が少なかったためもあって、多くの話題をまとめることができませんでしたので、板橋区の齋藤先生に、議論をまとめてもらいましょうか。

○齋藤（板橋区医師会 会長）：まとめるのは無理ですが、これからの救急というのは、需要はどんどん増えてくることは間違いありません。

先ほどからお話があるように、高齢者というのは、複数を跨るような患者さんが多いです、介護面での対応も必要です。

そうなってくると、どの方が本当に救急に必要なのかという選択をされるべきところがあると思います。その中では、在宅ということで、地域のドクターが関与していかないと、全てが全て救急車でいうことになってしまうと、破綻してしまうと思いますので、機能を分担しながらやっていく仕組みを、地域でつくっていかないといけないと思います。

我々も全てを救急に頼るのではなく、その前に選択できるようなところを担っていかないと、今後の超高齢社会を乗り切っていくことが難しくなってくるのではないかと考えています。

○増田座長：ありがとうございました。

医師だけではなくて、看護師、看護助手も含めてということですが、看護助手については、今までは全くなかった補助が、やっと出るようになったということで、喜んでいきます。またご報告いたします。

それでは、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

○増田座長：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のことです。

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。

よろしいでしょうか。

働き方改革もありますが、何と云っても、人を増やさないとどうしようもないようなシステムの中で、人を増やすお金がないということが、一番悩ましいところでは。

そのために閉鎖している病棟もあると思いますし、フルポテンシャルを発揮できないという医療機関もあると思いますが、病病連携、病病連携などによって、いろいろな情報を共有して、流れをよくすることによって、少しでも無駄がなく流れて、全ての医療機関のポテンシャルを最大に活かせるように努力をしていきたいと思いますので、今後も仲良く、よろしく願いいたします。

それでは、本日子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。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)