

令和5年度

第3回東京都地域医療構想調整部会

会議録

令和6年3月5日

東京都保健医療局

(17時00分 開始)

○奈倉計画推進担当課長 定刻となりましたので、ただいまから、令和5年度第3回東京都地域医療構想調整部会を開会いたします。

委員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中ご出席をいただきまして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会議形式でとり行います。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」をご一読いただき、ご参加いただきますようお願いいたします。

本日の配布資料につきましては、事前にメールでさせていただいておりますので、各自ご準備をお願いいたします。

続きまして、委員の皆様の参加状況についてご報告いたします。

本日は、熊田委員、阿部委員、山田委員、追村委員よりご欠席のご連絡をいただいております。

また、本会議には委員のほかに、東京都地域医療構想アドバイザーである、一橋大学と東京医科歯科大学の先生方にもご参加いただいておりますので、こちらでお知らせいたします。

本会議でございますが、親会である東京都保健医療計画推進協議会設置要綱第9に基づきまして、会議録及び会議に係る資料は原則として公開となります。

ただし、委員の発議により、出席委員の過半数で議決したときは、会議又は会議録等を非公開とすることができます。

本日ににつきましては、公開としたいと思いますが、よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、以降の進行を猪口部会長にお願い申し上げます。

○猪口部会長 説明がありましたように、お手元の会議次第に従いまして進めてまいります。

最初の議事と書いてあるということは、ここで意見をいろいろ受けたことを親会である保健医療計画推進協議会に上げていただけるという解釈でいいのかな、議事という意味の解釈は。

そういうことでいいんですか。報告というのは、ただ聞いているだけで、納得することでしょう。議事ということは、我々が話をしたことの意見が、それなりの形をもって、保健医療計画推進協議会に言っていただけるという解釈でよろしいですかね。まとまったかどうかは別としても、とりあえず意見として。

どうもありがとうございます。

ということで、今日の議事を進めてまいります。(1)が、令和5年度在宅療養ワーキンググループの開催結果についてです。

では、事務局から説明をお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 地域医療担当課長の道傳と申します。私から令和5年度在宅療養ワーキンググループの開催結果につきまして、ご説明をさせていただきます。

資料の3-1をご覧ください。こちらは日程等の開催概要となっております。昨年の12月から2月にかけて開催をしております。内容につきましては、後ほどご参照いただければと思います。

続きまして、実施内容については、資料3-2となっておりますので、こちらをご覧ください。

資料の上段ですが、意見交換の検討としましては、都で令和2年3月に東京都外来医療計画を策定する際、令和元年度に本ワーキンググループの中で区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況をテーマとして意見交換を実施いたしました。

その後、新型コロナの感染拡大とその対応を経まして、地域における在宅療養を取り巻く状況につきましても、さまざまな変化が生じていることから、令和元年度の外来医療計画と比べまして、在宅療養に関する地域の状況におきまして、変化した点やそれを踏まえた課題、そしてその解決に向けて、地域や団体等でどのように取り組んだかといったことにつきまして意見交換を行っております。

中段でございますが、主な意見につきましてまとめております。

はじめに、「在宅医療に関わる医療資源」についてですが、多くの圏域から訪問診療に力を入れている医療機関や、在宅専門の医療機関が増え、これに伴い、人生の最終段階の療養先として在宅を選択する患者も増えている一方で、かかりつけ医の在宅医療参入は、往診等の夜間対応もあり、依然としてハードルが高いといった声もございました。

このほか、多くの圏域におきまして訪問看護ステーションが増えているが、小規模な事業者が多く入れ替わりが激しい。また、24時間対応ができる事業所が少ないといったご意見がございます。

また、夜間の訪問などは安全面の観点からも対策が必要だといった声もございました。

また、ケアマネージャーとヘルパーの高齢化と、人材不足が深刻であるといったご意見が、いずれの圏域においても出ていたといった状況でございます。

次に「関係者間の連携」についてですが、ICTを活用した多職種連携が非常に進んでおり、システムを充実してきたものの、必ずしも全ての職種がうまく使いこなせているわけではないということ、今後はいわゆるメガ在宅や往診専門の事業所等との連携が必要といったご意見をいただいております。

そのほか、多職種連携に加えまして、診療所同士、あるいは訪問看護ステーション同士といった、同職種間の地域ネットワークが非常に大事だというご意見もいただいております。

資料の一番下になりますが、今後、都といたしましては、今年度から在宅医療推進強化事業を開始しまして、往診医療機関との連携などにより、24時間の診療体制を構築する地区医師会を支援することとしているほか、令和6年からは、新たに在宅医療現場におけるハラスメント対策を実施しまして、在宅医療の現場で安全を確保し、安心して従事できる環境を整えるための対策を実施していきたいと考えております。

私からの説明は以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

ただいまの説明につきまして、皆様からご意見を聞きたいと思っております。ご意見のある方は挙手ボタンを押していただきたいと思います。よろしく申し上げます。

在宅はそれなりに進んでいるということ、それから、通常の外来診療をやっているかかりつけ医にとっては、ハードルが高いままだ。そのシステムを整えつつあるけれども、まだ完全ではない。それから、訪問看護ステーションはまだ規模が大きくなり切れていないということ。それから、安全面なども考えなければならないというような意見がありました。

そして、最後の令和5年度のまとめと令和6年度の新規事業を計画しているというような話だと思うんですが、どうですか。

手が挙がらなければ、もう推進会議の方に上がっていくんだろうと思うんですが。

僕のほうから言うと、ハラスメント対策事業というのは弱くないかと思うんですが、どうですか。「ハラスメント」ぐらいの表現で大丈夫ですか。もっと命に関わるような危険性を感じている人も多いんじゃないかと思うのですが。

都知事が“カスハラ”対策とかをやっているから、それに呼応してちょうどいいセリフなのかもしれません。

新田先生、お願いします。

○新田委員 ハラスメントですが、これは横田先生も出席されている在宅救急医学会と日本在宅支援医協会が連携して、いわゆる共通の検討会を開いておりまして、そろそろ全体像のコメントも含めて出すところでございます。

現に、在宅医療に入っている医師のハラスメントは、皆さんご存じのように、埼玉県のふじみ野市の殺害事件もあったように、多くの医師たちも含めてハラスメントを受けているというのが現状でございます。

ただ、医者だけじゃなくて、訪問看護、いわゆる介護者も含めて、こういった事情があって、医療に関するハラスメントのことは、余り今まで議論されていなかったんですが、

今後、この場合にどういう対応をとるかというところが、警察を含めてするのか、あるいは2人体制なんかできるのかとか、さまざまな意見も含めて、今検討しているところです。

横田先生が追加発言があればと思っております。

○猪口部会長 よろしく申し上げます。

○横田委員 新田先生、ありがとうございます。

新田先生が今言われたように、日本在宅救急医学会で、特にペイジェントハラスメントについて提言をまとめているところです。

その前に、新田先生を中心としたグループで、在宅でのハラスメントの実態調査を行って、国会の議員連盟にもいろいろ働きかけをしているところです。

実態は極めて深刻で、医療者が医療機関ではなくて、患者さんの自宅に行くという構造自体が、ハラスメントを生む背景になっているということです。

特にドクターがいなく、例えば看護師だけで行く場合などが、非常に深刻になっていて、どのように防いでいくかというようなところは警察等も含めて議論をして取りまとめ、最終段階にかかっているところです。

○猪口部会長 ありがとうございます。これは、いろいろ医療計画として進めていくにあたっては、在宅救急医学会だとかその他のいろいろなところの提言も全部意識して、確認しながら進めていただきたいという内容かと思います。

ほかはよろしいでしょうか、進藤先生、どうぞ。

○進藤委員 大久野病院の進藤です。ちょっと変わりますが、在宅医療推進強化事業ですが、西多摩も手を挙げてやらせていただいています。

ただ、山間部とか非常に厳しい地域もあって、広げていくのは非常に難しいので、やらせていただいているものの、非常に厳しいということだけお伝えしたくて、手を挙げさせてもらいました。

○猪口部会長 在宅医療推進強化事業の継続ということが、ここに出ているわけですが、それも見直しして、それぞれの実情に合ったような形をとることの要望だと思います。

○進藤委員 よろしく申し上げます。

○猪口部会長 ほかによろしいでしょうか。

では、次に進めて、あとでまた何か意見がございましたらいただくとして、2つ目、「令和5年度第2回地域医療構想調整会議の開催結果について」、議事を進めたいと思います。

では、事務局から説明をお願いいたします。

○工藤・地域医療構想担当課長代理 それでは、まず資料4-1をご覧ください。

令和5年の第2回目の地域医療構想調整会議の開催概要でございますが、開催日程につきましては、資料の左側に記載のとおり、ことしの1月から2月にかけて開催いたしました。

実施内容といたしましては、議事の1つ目、「病床配分希望について」、また、議事の2つ目の「地域医療支援病院の承認申請について」は、申請の該当がありました圏域において協議を行いました。

そのほか、全圏域共通の議事といたしまして、3番「紹介受診重点医療機関について」、4番「2025年に向けた対応方針について」確認を行うとともに、5番として「地域連携の推進に向けた意見交換」について行いました。

そのほか、報告事項といたしまして2点。1点目が、「在宅医療ワーキンググループの開催」について、2点目として「外来医療計画に関連する手続きの提出状況について」ご報告いたしました。

資料につきましては、後日、東京都保健医療局のホームページにおいて公開を予定しております。

資料4-1につきましては、説明は以上でございます。

○高橋医療安全課長 事務局の医療安全課長の高橋と申します。よろしくお願いいたします。

私からは、病床配分についてご説明いたします。資料4-2をご覧ください。

病床配分の概要でございますが、病床配分の協議につきましては、平成30年の国の課長通知におきまして、都道府県は新たに病床を整理する予定の医療機関に対して、地域医療構想調整会議にご出席いただきまして、病床の整備計画等について説明を求めるとともに、協議することとされております。

ご参考までに、下に今年度の病床配分に係る状況を書いてございます。

今年度につきましては、AとBの基準病床数と既存病床数を比べまして、基準病床数に達していない圏域、具体的には一番右の列に△と下線が付いている圏域につきまして、病床配分の募集をかけてございます。

続きまして、資料4-3をご覧ください。

申請状況でございます。今年度は「区南部」「区西北部」「南多摩」の3つの圏域の7医療機関から申請がございました。詳細につきましては、資料をご参照いただければと存じます。

調整会議の当日は、各申請者の方から病床の整備計画ですとか、区市町村単位の分科会での地区医師会の情勢状況を中心にご説明いただきまして、協議を行ったものでございます。

続きまして、資料4-4をご参照ください。調整会議における協議状況をまとめてございます。

本年度は7つの圏域が配分対象圏域となりまして、今ご説明したとおり、「区南部」「区西北部」「南多摩」の3つの圏域において病床配分の申請がございましたが、協議状況を下の囲みにお示してございますが、南多摩圏域の1件の申請につきましては、地域での調整が

引き続き必要とされましたが、これを除きました申請につきましては、全ての医療機関について申請内容が了承されたというような状況でございます。

続きまして資料4-5をご参照ください。

次のページ2枚目に、今引き続きとなりました南多摩圏域につきまして書いてございまして、具体的には一番上の「病床配分申請内容」のうち、真ん中の医療法人せいわ会の南多摩リハビリテーション病院（仮称）で、こちらは町田市に申請が出されました回復期リハビリテーション病床180床の病院でございます。

こちらの協議結果につきましては、下から2番目の欄の調整会議における質疑の中で、矢印の先にお示ししてございますが、町田市分科会での意見を踏まえ、当初計画を変更して説明がありましたが、「南多摩リハビリテーション病院（仮称）の計画に対しまして、人材確保等の計画変更が示されているが、病院の開設に反対」ですとか、「現状において回復期リハビリテーション病床が不足しておらず必要性がないと考えるため反対」と言ったご意見がありまして、引き続き地域との調整を図っていく必要があるとされたところでございます。

病床配分についてのご報告は以上となります。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

ご意見を受けますが、これは座長の藤田先生、田村先生がコメントする時間があって、また意見交換あったら、そこで田村先生がまたご意見をなさると思いますので、ここは質問程度にしておいて、あとで議論したらどうかなと思うところですが、どうでしょうか。

進行上、ここで時間を取ると先に進みづらいような気がしますので、ここで一言だけでもお話になる先生がいらっしゃったら、あとでもう一回、座長の藤田先生、田村先生が話すチャンスがありますのであとにして、今ここで話したいという方はいらっしゃいますか。

宮崎先生、どうぞ。

○宮崎委員 これは毎回出る話ですが、トータルで9000床オーバーということに関して、都から毎回スルーされているような気がするんです。それはずっとほったらかしにされているようで、そのところの都としての考えというのを、これから決めていかなければいけないんじゃないかなというのは、ずっと前から思っております。

○猪口部会長 これもあとで質疑が出てくるでしょうから、後にしましょうか。あとでもう一度時間を取りましょう。

では、次に行きましょう。

続きまして、地域医療支援病院の承認申請について、事務局より説明をお願いいたします。

○高橋医療安全課長 続きまして、資料4-6をご覧ください。

「地域医療支援病院の承認申請に関する協議状況」につきましてご報告させていただきます。本年度は二次医療圏におきまして、2つの病院から地域支援病院の申請がございました。

1つは、区西北部圏域、板橋区の550床の「地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター」でございます。もう1つは、北多摩圏域の立川市の287床の「立川相互病院」でございます。

協議の状況といたしましては、申請のあった2病院につきまして、各圏域ごとの調整会議において特段の意見はなく、了承されてございます。

ご説明は以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

地域医療支援病院の承認はこの2つの病院が承認されたということです。ご意見はございますか。

両病院とも、地域では既に地域医療支援病院として、かなり密着した働きをしている病院ですから、特に意見はなかったと記憶しております。

では、よろしいでしょうかね。ありがとうございました。

続きまして、その他、調整会議での意見交換の内容について、事務局より説明をお願いいたします。

○工藤地域医療構想担当課長代理 それでは、資料4-7をご覧ください。

全圏域で共通して行った議事につきましてご説明させていただきます。

1つ目が「紹介受診重点医療機関」につきまして、こちらは令和5年度の外来機能報告に基づきまして、令和6年度に「紹介受診重点医療機関」と位置付ける医療機関につきまして協議を行いました。

こちらの資料に記載の協議方針に基づきまして協議を行ったところ、全圏域で協議が整ってございます。協議が整った医療機関につきましては、現在83医療機関ございまして、そこに新た11の医療機関を含めた、計94の医療機関につきまして協議が整ってございます。

個別の医療機関名につきましては、次のページ以降に記載してございますので、ご参照いただければと思います。

次に、2つ目「2025年に向けた対応方針」につきまして、こちらは、これまでの調整会議におきましても取り扱った議事でございますが、各医療機関が提出した「2025年に向けた対応方針」につきまして確認を行い、圏域における対応方針として合意を図るという形でございます。

こちらにつきましても、これまでの調整会議と同様に、各医療機関の方針を尊重する形で、全圏域で合意をしてございます。

最後に3つ目「地域連携の推進に向けた意見交換について」でございます。

概要としましては、今回は圏域で不足している医療や機能分化や連携の促進が、さらに必要な医療につきまして、それぞれの圏域で共通認識を図るための意見交換を行いました。あわせて、新型コロナの前と比べた入院受療の変化や、現在の病床利用率の状況等につきましても意見交換を行いました。

主な意見でございますが、圏域ごとにさまざまな意見がありましたが、各圏域における主な意見は別途参考資料1にまとめてございますので、ご参照いただければと存じますが、それぞれの圏域において、主に多く出た意見をこちらに記載してございます。

精神身体合併症、複数疾患を有する高齢患者、また、独居・キーパーソンなし等の社会的課題を有する患者につきましては、受入れや転・退院の双方において課題があるとの意見が、多くの圏域で見られました。

また、特に消化管出血や吐下血への対応が課題があるとの意見が、複数圏域で見られたところがございます。

また、新型コロナ前と比べた現在の病床利用率の状況等につきまして、こちらも病院ごとに違いはあるものの、看護助手を含む看護職員の不足により、病床を十分稼働できていないとの意見が、多くの圏域において見られました。

説明は以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

これは、いろいろな意見をということで、それぞれの調整会議の座長として会議に参加された藤田委員、田村委員、先ほどの事務局の報告を受けて、実際に会を取りまとめられた感想やご意見をいただけますと幸いです。

まず、藤田委員からお願いします。

○藤田委員 区中央部の藤田です。報告に関しては、事務局からほぼ説明があったかと思うんですが、ハイライトしますと、出た意見としては、看護師を中心に医療人材が不足していて、看護師が足りないために、病床がフル稼働できない病院もあると聞いております。

また、その斡旋にしても派遣にしても、民間事業者の手数料がすごく高いということで、何らかの援助が得られればという意見もありました。

患者さんに関して、精神科、それから高齢者の方になりますと、複数の診療科が必要になって、総合診療内科的な内容が期待されているということです。

高齢者の場合、加齢だけでなく単身世帯も増加しております。退院が非常に困難ということがありまして、そういったこともあって、退院先を探す、あるいは自宅へと帰る、在宅の体制を整える等で、かなりまたそれが医療連携への引き金というか、推進になっているという意見もありました。

あと、昨年秋には全体的に病床の稼働率が下がっているのではないかという意見もありまして、病院の先生方に伺ったところ、冬になって病床稼働率は救急を中心に少しずつ回復しつつあるということでした。

病院は面会が制限されているとか、あるいは患者さん、あるいはご家族が高度急性期、急性期の方の入院を希望する等というような、やや需要と供給のミスマッチがあるのではないとか、あるいは東京は在宅医療が充実しているから、在宅で看取りが進んでいるのが、病床の稼働率の低下につながっているのではないかという意見もありましたが、そこら辺に関しては、慎重な見極めも必要ではないかと感じております。

私からは以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

田村委員、お願いします。

○田村委員 南多摩の田村です。南多摩の調整会議は、いつものことですが、新しい大きな病院の進出ということで、議論の時間とエネルギーの大半をそれに費やすという調整会議になってしまっております。

今回は、地元の医療機関の若干の病床等については、すんなり承認を、皆さんの合意が得られたんですが、大阪に本拠があります、西日本で非常に積極的に活動しているせいわ会という医療法人が、町田市ですが、180床の療養型病床を新たに作りたいということでお話が出てきました。

これについては、地域が反対一色というんでしょうか、私は、この調査会議に先立つ分科会にも出席したんですが、そもそもこの地域で、回復リハ、ベッドのみならず、ベッドは決して足りない状況ではないのに、そこで新たに来ると非常に大変な患者の奪い合いの競争になるということ。

それと並んで、先ほどからも話が出ています医療人材が非常に不足しているので、病院によっては、医療人材の不足によって、病院の活動自体が思うようにできないという状況にある中で、新たにその180床の病院ができることによって、その人材不足に拍車がかかるといったことで、大反対の状況が続いておりました。

この議論は、「そもそもどうして東京都は南多摩にこんなにたくさん病床を配分するんだ」という、ちょっと恨みの矛先が東京都に向かっていた部分もありますが、これが東京都独自判断ではなくて、国から与えられた計算式であるところになってしまうのだというふうな話のあとに、実際に地域の病院から、回復リハの病床の稼働率がこれぐらいで決して高くないということと、人材不足がどれくらい深刻であるのかというようなこと、そういった具体的な話も出てきて、なかなか話が平行線のまま、そこから先に進まない、そんな状況でありました。

当の医療法人は、「どうして南多摩に出てくるんですか」という質問に対しては、「数字を見ると、まだまだ病院を作る余地があるように見える」といったご説明があつて、結局最後まで話が平行線のままだったというのが現状です。

今までこういった病院の進出に関して、南多摩地域の病院の大反対というのは、今回始まったことではなくて、これが3件目ですが、今回は、病院の院長を務める先生もいらっ

しやらなかったし、突っ込んだ膝詰めの話をする土俵がなかなか整っていなかったというふうな感じがいたしました。

私が恐れていたのは、進出する病院が、「ここで話をしてもらちが明かない」ということで、調整会議を飛び越えて、病床配分を要求したりするような事態になると、非常にまずいと思ひまして、地域の進出する病院に対して粘り強く、この調整会議でいろいろ議論を尽くしてほしいということをお願いしたところですが、それから先どうなっているのか、余談を許さない状況でありました。

それ以外の部分でいろいろ議論がありましたが、一つ気になりましたのが、病床が休止されるとなっても、休止のまましばらく持っていることができなくて、一定時期経つと東京都に返さないといけないうですね。

南多摩の場合、多摩市にあります200床の病院が、結局病床ごと返したら、それがこの配分された病床に上積みされてどんと出てきたということです。

ただ、災害時などの感染者病床などのこともあって、そういう休止状態であっても、病院が病床を少しキープする手立てはないのだろうかといった提案がなされたという点が注目する部分かと思ひます。

以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

今のお2人の座長の先生のご意見を踏まえながら、全体にわたってご意見がございましたら、どうぞ。

では、土谷委員、どうぞ。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。私からは、全体を通してのコメントをしたいと思うんです。

今回は、今までと一番大きく違ったのは、人材がないという点です。

今までの調整会議でこんなに人材がないという意見は、自分の病院の人材がないというのは、自分のところが人気がないということもあって、言うのをはばかられたところもあったと思うんですが、今回はそういうこともなしに、人材がないというのを率直に意見する医療機関が非常に多かったです。繰り返しますが、今までこんなことなかったです。

これは病床の話と裏表になるわけですが、病床が多いんじゃないか。今までは、病床を整備すれば東京の入院医療を整備できるという構造になっていたと思うんですが、これからは、もしかしたら病床を配分したとしても、人材がないので、医療を提供する総量がそっちで決まってしまう可能性があります。

そうすると、まだまだ東京の高齢者人口、医療需要が増えることが見込まれていますので、そこでミスマッチが、ミスマッチというのは「入院しにくい事態」あるいは「できない」事態が起きやすい、起きてくるんじゃないかということが見込まれます。

では、どうするかという話になるわけです。

それと医療人材をどう確保するかという話になるわけですが、単に「医療人材確保する」と言っているだけではだめで、その根っこにあるのは病院の経営難にあります。人材確保するだけの原資がないという話になります。

だから、東京の入院医療を今後維持し、整備していくにあたっては、ベッドを配分すればいいという話ではなくて、「人材確保する」、つまり「病院の経営を支援する」ことが不可欠じゃないかと、後半は意見ですが、考えています。

私からは以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

では、続いて渡邊委員、どうぞ。

○渡邊委員 私も区西部の調整会議の座長をさせていただいているので、ここで発表させていただきたいと思います。

参考資料1のところにも区西部のところが出ていますが、そちらにサマリーが書いてあるんですが、藤田先生、田村先生、また土谷先生がおっしゃったように、区西部はほかの圏域と違って、病床に関しては非常に特殊なところにはなっているんです。

我々の中のサマリーのところで見ますと、補足させていただくと、人材不足で看護師が確保できなくて、病床をオープンできないような現象が起こっているというようなご意見もありまして、人材不足に関してはかなり深刻であるというようなお話でした。

そして、その病院の中では緊急入院が多過ぎて、退院がうまくいかない。病院調整がうまくいかないというのが、患者さんの移送がうまくいかないという意見で出ていました。

特に慢性期の病院は、結構スルーされていて、意外に慢性期は余っているけれども、入院しないということで、在宅と救急病院との間でやり取りして、病床の使い方がうまくいっていないんじゃないかというようなご意見が出ておりました。

特に、この中で一番話題になったのは、消化管出血に関して、国立医療センターの杉山先生からご意見をいただきまして、「一生懸命頑張っているけれども、もうこれ以上は消化管出血は受け入れられない」ということでした。

消化管出血だけではないんですが、一つの例として、消化管出血に関してはいろいろと問題があって、受けるのは非常に難しいということです。

河北病院の杉村先生、東京女子医大の板橋先生、東京警察病院の長谷川先生、中野総合病院の入江先生も、みんな口を揃えて、「受けられることはできるが、これからは難しい」というお話でした。

特に、救急に関して厳しい状況があり得るということで、この4月からの働き方改革が始まってしまうと、さらに状況が悪くなるんじゃないかというふうなご意見をいただきました。

これについては、脳卒中や心筋梗塞だけではなく、こういった問題を明らかにし「輪番制にしたらいいのではないか」とか、いろいろとご意見があったんですが、はっきりとこういったものにも対応してもらわなければいけないんじゃないかなというご意見が出ていました。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

人材が足りないということと、あと要望だったかと思います。

石川委員、お願いします。

○石川委員 今までご議論がありました人材が不足している、特に看護師の部分について、参考の資料をご覧いただきたいと思うんですが、画面を共有させていただいてもよろしいでしょうか。

○猪口部会長 どうぞ。お願いします。

○石川委員 これをご覧いただけているかと思うんですが、看護師の人材不足に関しましては、皆様にぜひご理解いただいくべき点があると考えております。

これは厚生労働省の全国の数値ですが、1996年から2020年まで医療機関で働いていらっしゃる看護師と、それから准看護師、保健師、助産師の年齢構成と数のところを見た集計になります。

私は今、日本看護協会様の中で、こうした研究させていただいているんですが、一番左で看護師、准看護師、保健師、助産師全部含めた、いわゆる看護職関連のところでは、1996年は100万人いなかったところが、実は2020年にまでの間に160万人までに、1.5倍以上増加しているのですが、この増加というのは、実は緑色の20代前半・後半、30代前半・後半のところは、育成数が変わっていないので、実はほとんど増えてない状態です。

この上のところにあります40歳前半、40歳後半、50歳前半、50歳後半、さらには60歳代以上を含めた上で、実は看護師の数が増えてきているというのが実態でございます。

これをご覧いただくと分かるんですが、こちらの2020年では、特にこの50歳から60歳の部分に関しましては、一部の病院等では定年退職を始めるであるとか、特にこのオレンジのこの部分に関しても、昔はこういう方々は、どちらかという和多管理職の方多いと思われたんですが、実は全国で20万人近くこうした60代の方も働いているのが実態です。

今後、団塊のジュニアの世代が高齢化をしていくに従って、この部分が働かなくなってくる、なかなか現役で働き続けられないということがあるとというのが、構造的な問題です。

これに関しては、残念ながら、全国的には定年延長するしか解決策がないという状態になっておりますので、まず看護師に関しては、こうした状況があるということ、ぜひご理解いただいた上で、今後の経営を考えていただく必要だと思っております。

同時にもう一つ。実はここに准看護師というものがあるんですが、准看護師は実質上、育成が停止しております。

2020年の段階を見ていただくと分かるんですが、もう20代の方はいらっしゃいません。高齢化をしていって、この上の方々が辞めていければ、2度と准看護師というのは、基本的には補充されない職種になります。

ですので、こうした部分に依存していることが大きいような療養型の施設等では、准看護師に働いていただいたんですが、それが確保できないと、いわゆる医療機能の病床としての維持が困難になると思います。

これにさらに拍車をかけてくるのが、元々団塊ジュニアの女性でほとんど構成されている看護補助者の部分も、高齢化とそれからと少しずつリタイア、ないしは、ほかの楽な仕事に移りたいとかが起きてきますと、構造的に看護関係職に関しては、今後確保することが困難だということがあります。

ですので、実はこれをうまく本来は見た上で、どのような医療機関でどれだけの労働力を確保していくのか、それ以外の部分は、今までは家庭内介護だとかいろなものに依存したんですが、それができないという状態を見受けた上で、高度急性期、急性期、あるいは回復期、慢性期といった病院の姿にあった看護職の配置確保のところを考えていかなければいけないということを、まず1つ目にお話をしておきたいと思います。

これと同時に、画面を一度共有を解除させていただきます。

もう一つありますのが、今まで出てきている病床整備検討に関する検討の枠組みですが、これに私が直接関わっているわけではないので、東京都の状態は分かりませんが、私は医科歯科の伏見先生が携わっています1都3県、近県の自治体さんの例ですと、病床整備検討のための明確な判断基準を出した上で、それは何かというと、元々その地域の必要性和地域医療構想調整会議で議論ができていくかどうか、財政状況がどうか、それから人材確保等の状況も含めて、実は指標をつくって検討しているところがあります。

その中でも、足切り点を設定した上で、地域での協議であるとか、いくつかの条件がもしも満たしていないのであれば、そもそもこれ自体は評価をしないというようなことをするような枠組みを、少しずつ運用している自治体が出てきております。

詳細をここで審議の結果等、あるいは事例をご紹介することはできないんですが、もしよろしければ、東京都の方ともう一方の自治体の方とお話しただいて、少しノウハウの共有を図っていただくというのも手かと思います。

そうすることによって、地域医療構想調整会議だけが主戦場になってしまうのじゃなくて、そこの調整を踏まえた上で、保健医療協議会の下に病床整備検討部会をつくるというのが、実はその自治体の例ですが、そのやり方もあるかなということでご提案しておきたいと思います。

以上2点、お話しさせていただきました。

○猪口部会長 石川先生、どうもありがとうございました。

この看護師のトータル数が出ていますが、例えば、東京の場合の対人口当たりの看護師数というのは、昔から低い低いと言われているようなところがあるし、それから雇用の逼迫度を見るのに、有効求人倍率などを見ているのも、厚生労働省が出したりしていますよね。

そういう逼迫状態を表しているような統計というのはないんでしょうかね。

○石川委員 もし一つご覧いただくとしたら、今また共有させていただいているんですが、実は看護系職員で、看護師、准看護師等のところと、あと看護系の看護補助者のところのバランスを見ていたときに、そもそも正看護師が十分に確保できない地域があるということとはよく言われています。

実は都道府県単位で、これは横軸が、今言った看護師、准看護師、看護補助者を足した上で、これを分母とした上で、正看が占める割合というのは、どの都道府県を見たとしても65%から80%程度なんです。

一方で、看護補助者の占める割合というのも、都道府県単位で見れば、大体高くても25%ぐらい、4分の1程度ということですが、これを二次医療圏ごとに見ていきますと、結構ショッキングなことが見えてきます。

西多摩は、実は、今言った看護師、准看護師、看護補助者を足したうち、看護補助者が占める割合が30%、正看が占める割合が6割を切っている状態です。

どちらかという、療養型病床を中心に病棟を運営していただいているんですが、今後、准看護師や看護補助者が確保できないということになりますと、西多摩の療養型の医療機関では、進藤先生なども苦勞していらっしゃると思うんですが、その状態が結構悪くなってくる可能性があります。

南多摩も同様です。正看のところは3分の2で、看護補助者の占める割合が3割近くになっておりますので、看護補助者が確保できないと、病棟の機能を十分に果たせない、病床をうまく活かすことができないということが出てくる可能性が、非常に高いんじゃないかと考えられます。

これを全国で見ていると分かりづらいので、東京だけ見ていきますと、東京の場合はどんな状態かという、西多摩、南多摩、それから区東北部等に関しては、正看の比率が高く、あともう一つが北多摩の北部といったところは、今後、団塊ジュニアの女性の高齢化に伴って、看護力の確保というのが困難になってくるフロントラインになってくると思います。

一方で、区の中央部のように、要するに高度急性期の病院、大学病院等があつて、若い看護師さんがまず新卒で入ってきますよということに関しては、非常にいいということですが、この幅広い範囲の中でうまくバランスを取っていかないと、いかに大都市東京とい

えども、今後の高齢者の入院療養の補助をやっていく人材の確保が難しいということがあ
るだろうと思われま

これで少しお答えになりましたでしょうかね。

○猪口部会長 すごいですね。ここに参加している人たちはみんなびっくりして、頷いて
いる部分も多いだろうし、これをどうやって解決するのかと、すごいショッキングなデー
タじゃないかと思

石川先生、本当にどうもありがとうございました。

これを考えないで、南多摩問題とか東京の医療の今後の問題というのは難しいですね。
よく分かったと思

これはとりあえず置いておいて、山口委員、どうぞ。

○山口委員 今話を伺って、本当に人材不足の深刻さを痛感いたしました。

非常に重要な役割を担っている看護補助者ですが、私はそもそも「看護補助」という名
前にして、なりたいと思う人はいないんじゃないか。そのあたりの根本的なところか
ら考え直す必要があるのではないかと

私がお聞きしたかったのは、先ほど宮崎委員が途中で発言された内容と同様ですが、資
料4-2の基準病床を、東京都内でトータルすると9043床オーバーしている。これにつ
いて、特に区中央部が、大学病院、大病院が集中しているからだと思

このことについて、これまでの推移や今後の方向性を、都としてどのように考えていら
っしゃるのかお尋ねしたいと思

もう一つ、紹介受診重点医療機関ですが、ほぼ地域医療支援病院と被っているところが多
いのではないかと

○猪口部会長 では、よろしくお

○奈計画推進担当課長 計画推進担当課長の奈倉でございます。山口先生、ご質問ありが
とうござ

まず1点目のご質問、病床のご質問からまずお答えさせていただきたいと思

まず、区中央部とか区西部に病床が過剰になっている地域のところでござ

そちらの病院がかなり至便なところに集中してしまうということの地域偏在を是正する
ために、いわゆる病床規制、二次保健医療圏というものが設けられて、そちらの圏域ご

に病床を整備していくというようなことが、国の方針として立てられたという経緯になります。

その際に、病床規制ができる前に整備された病床については、削減する仕組みというのは、制度上つくられませんでした。その結果として、最初から歪んだ状態からスタートしているということになります。

それを今引きずっている状態が、都全体で見ますと、基準病床を既存病床が上回っているという状況になっているところでございます。

おっしゃるとおり、都全域で見ますと、9000床オーバーしているところはあるんですが、その一方で、各地域を見てみますと、身近な地域で、ある程度近くの近距離で、入院医療が受けられたほうが良いような医療内容というものもあるのも事実かと思えます。

これまでの東京都の配分の仕方の是非はもちろんあるかと思うんですが、その一方で、身近な地域、ある程度近くの地域で必要な医療というのを整備できることも必要性があるということから、病床の整備というのをしてきたところでございます。

ただ、今回の調整会議でさまざまな先生方からご発言がございましたとおり、これまでは、どちらかと言いますと、団塊の世代がとにかく高齢化したときに医療需要が増える。その需要を賄わなければいけないという観点に、割と軸足を置いて、東京都の病床の整備をしてきたところではあります。

ただ、お話にありましたとおり、今度は、供給側、人員体制ですとか、実際、病床が今どう稼働しているかというような観点も考えながら、今後考えていかなければいけないというのは受けとめておまして、今後の課題として考えさせていただいているところでございます。

1点目については以上でございます。

○猪口部会長 山口委員、よろしく申し上げます。

○山口委員 ありがとうございます。まさしく、もうそろそろ方向転換する時期に来ているのではないかと改めて感じます。

○工藤・地域医療構想担当課長代理 2点目の紹介受診重点医療機関につきまして、地域医療支援病院の状況でございますが、都内に50の地域医療支援病院が今ございまして、そのうち今回で46の病院が紹介受診重点医療機関になります。

したがって、全部で94の医療機関がございまして、地域医療支援病院が占める割合は約半数程度、50%程度になります。

説明は以上です。

○山口委員 ありがとうございます。

○猪口部会長 重なりは50%ですが、山口委員、これに対してどうですか。ご意見はありますか。

○山口委員 地域医療支援病院になっていないところで、これは東京都以外では余りないことだと思うんですが、地域医療支援病院には成り得ていないけれども、紹介受診重点医療機関として手を挙げられたところが結構多いんだなという印象を受けました。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

ほかに意見は、石川委員、どうぞ。

○石川委員 今ご議論がありました地域医療支援病院と、紹介受診重点医療機関の部分ですが、紹介受診重点医療機関というのは、専門のがん診療であるとか、専門の高度診療の部分というのがキーで選ばれているのが、現在の紹介受診重点医療機関の役割と考えられます。

一方で、それに類するような地域医療支援病院を見ていった場合に、三次救急機能と二次救急機能、あるいは一次の本当にかかりつけ医を支援するような機能の部分が、かなり一緒くたになって、地域医療支援病院の指定の部分に入ってきておまして、今後これをもしかしたら、二層化していくというような発想も、政策の中で出てくるのかなという議論があるところだと思います。

現状では、なかなか地域医療支援病院自体が、切れ味のいい指定の要件になっていないので、どうしても重複するところがあるということと同時に、必ずしも両方にならないといけないんじゃないなくて、今後はどちらかという、高度外来専門診療機能を中心とするような紹介受診重点医療機関の部分と、かかりつけ医ですとか地域医療を直接支援するような機能の部分と、少し切り分けをしていくということが必要ですが、これは国全体の議論も聞きながら都のほうも運用していただく必要があると考えております。

○猪口部会長 ありがとうございます。

厚生労働省的な思惑は、石川先生のおっしゃったようなところじゃないかと思えます。

とりあえず、一とおりの意見が出ているところかと思えますが、ほかに意見はございますか。

事務局に質問ですが、この病床のことについて、地域医療計画推進協議会のほうに、病床のことについて検討している部会みたいな、委員会みたいなものはあるんですか。

○奈倉計画推進担当課長 事務局から回答させていただきます。

病床について検討している会議体、その特別な会議というのは、東京都では現在は設けてございません。

○猪口部会長 そうすると、我々がこの調整部会で病床のことを話していますが、この部会の意見というのは相当大的な話なんだと、今思いました。

石川委員から、病床を考えるにあたって、調整会議で出ている意見はもちろんだけれども、病院の財政の問題、経営の問題、これは土谷委員からも出ていましたし、それから人材の問題というところを抜きにして、この病床を全部決めていってしまうのは、今こうなってくると相当乱暴だなと思えますね。

このまま9000床を残すのは相当乱暴だなというのは、石川委員のこの数字も統計を見せられて、それから南多摩で話し合われている議論を聞いても、そろそろこの配分の仕方というのは十分検討しないといけないんだなというのは感じたところです。

これは事務局に意見として言わせておいてもらって、こういう意見でよろしいですかね。大半の委員の意見はそのように集約されているということでもよろしいですか。

では、内藤委員、どうぞ。

○内藤委員 区西南部の内藤です。部会長が今おっしゃったように、ベッドの数とか病院がどうのということではなくて、本当に社会一般がもう人手が足りなくて、いろいろな工夫をして人を集めている。それからバイトとかパート代にしてもすごく上がっているわけですよ。

先週もテレビを見ていたら、どうしても欲しい時間には、飲食だと、時給2000円で人を集めているという話にもなってきております。

そういうことになってくると、我々のように、どうしても診療報酬の中で利益を上げていくとなると、上限がありますので、上限というか、なかなか上げられませんので、本当に医療の現場、また介護の現場も含めて、人がどんどん流出してしまうという中では、東京の医療自体がもう守れなくなってしまっていくのではないかということを、すごく感じています。

私、渋谷区の医師会の会長もやっていますので、渋谷区のことを少しお話しさせていただきますと、渋谷区内では、家賃が高過ぎて、とてもじゃないけれども開業ができないというような状況に、だんだん数値的にはなってきていて、今度の診療報酬改定では、まず、ほとんど無理だろうということになっています。

そういう意味では、病院に関しても、本当に人が集まって医療を提供する場面でありますので、人材については本当にしっかり、逆に言えば、人材から考えていくというような時代になっていると思います。

さらには、魅力の医療現場をつくるということは、つまり収入を増やすということにもなるんですが、それをしていかないと、医療から人がどんどん抜けてしまうということが言えると思います。

ですから、先ほどの石川先生の話にもありますが、例えば、現在、若い先生方にとってみれば、地域医療をやるよりも、美容皮膚科とか美容外科に行ったほうが、収入が上がるということで、選択肢としては十分大きな選択肢になっています。

それと同じように、私が聞いているところでは、看護師さんたちも、最初は地域の急性期病院で、一生懸命スキルを磨いても、ある程度経つと、皆さん、美容のほうに行こうというような動きも結構あるとも聞いております。

ですので、人数だけの問題じゃなくて、中でどういうふうに分かれていくかということも考えると、東京の医療を守るという意味では、ぜひ東京都に対して新しい方策を考えていただきたいと思います。

あと、もう一つは、さっき土谷先生もおっしゃっていましたが、紹介業者が多いといえますか、それに依存せざるを得なくなっているということは、診療報酬の中に紹介業者のフィーも入れてほしいなというのが、切実な問題だと思っていて、人材という意味では関係してくると思って、その点についても言わせていただきました。

もう皆さんの意見に私も全く大賛成で、ぜひ東京都にはしっかり考えていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○猪口部会長 ありがとうございます。

委員それぞれの意見は、大体同じ方向に向いているように感じますので、事務局に全部吸い上げてもらって、いろいろ考えていただければいいかと思います。

時間もかなり押し気味になってきている状況ですので、報告事項にとりあえず行きたいと思いますが、よろしいでしょうか。

報告事項の（１）が「東京都外来医療計画改定案について」です。

事務局お願いいたします。

○工藤地域医療構想担当課長代理 それでは、資料5-1をご覧ください。

外来医療計画を含む東京都保健医療計画の全体の関係スケジュールについて示してございます。

第1回目の調整部会におきまして、外来医療計画の骨子について、10月に開催した第2回目の調整部会において、素案のご検討をいただきまして、その後、全体改定部会や推進協議会、また医療審議会において検討を進め、12月から1月にかけてパブリックコメントと関係団体への意見照会を行ったところでございます。

現在は2月16日に開催した医療審議会において、全体諮問をかけてございまして、3月に答申を受けて公表というようなスケジュールになってございます。

医療審議会に諮問をかけてございます外来医療計画の改定案について、資料5-2にお付けしてございますが、10月にお示しさせていただいた素案から、基本的には変更はございません。

1点、主な変更でございまして、2ページ目のところで、検討の中で出た意見で、診療所の医師につきまして、近年、開設者よりも診療所の勤務者の割合のほうが高くなってきているのではないかとというような意見がございましたので、こちらに1つグラフを追加してございます。

オレンジ色のグラフが診療所の勤務者で、青色のほうは診療所の開設者または法人の代表者というところを示してございまして、割合としましては、確かに診療所の勤務者の割合が近年高くなっているところが読み取れるかと思われます。

今回、計画本文の最後のほうに、地域医療構想調整会議や在宅療養ワーキンググループの中で、それぞれの圏域で外来医療機能に関して出た意見を、圏域ごとにまとめてごさいます。

続きまして、資料5-3は、パブリックコメントや関係団体への意見照会で出たものについて、外来医療計画に関連するものが1件ございましたので、そちらを記載してごさいます。

保健医療協議会様より、かかりつけ医機能が発揮される制度に関する箇所につきまして1点、下線部を追加していただきたいというようなご意見がございました。

内容としましては、かかりつけ医の実績情報の開示等、都民にとって必要で分かりやすい情報の提供の在り方の検討について記載をしておいたかというご意見でございました。

これに関しましては、右側に記載のとおり、かかりつけ医機能に関しましては、国が現在「かかりつけ医機能報告制度」を令和7年4月に施行予定で検討を進めており、都としましては、国のこの詳細な制度設計を注視して、次の保健医療計画の中間の見直しのタイミングで、しっかり反映していきたいという予定にしております。

説明は以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

今のお話で質問はございますか。

新田委員、どうぞ。

○新田委員 最後の報告で、都の回答はとても重要な話で、かかりつけ医に関して、令和7年4月に報告するという。

これはとても重要で、先ほどの病床計画と私は関係すると思っていて、「病院を守るために何をやるのかというかかりつけ医機能」と、もっとテーマを変えたほうがいいかなというぐらい重要かと思っているんですね。

だから、いかに病院に入院させないか。だから不必要な入院を減らすことで、病院をさらに守るとしないと、いくら人材のことを言ったところで、もう人材はないものですから、都民を含めて意識をしっかりと変えていくと、それにはかかりつけ医機能ですよ。

ここに報告制度をしたときに、外来を単にやるとかいうものではなくて、患者さんの中身を含めて内容はどうなのか。さらに必要であれば在宅を行う。そこでできる限りそこで必要な入院だけをするというような意識調整を地域でつくっていかないと、いくら病院で頑張っても病院は潰れるだけと私は思っまして、この最後の報告は大変重要だと思っ聞いておりました。

○猪口部会長 どうも、ありがとうございます。

よろしいですか。

質問、意見等がなければ、報告事項2つ目、来年度の「地域医療構想調整会議の進め方について」、お願いいたします。

○工藤・地域医療構想担当課長代理 それでは、資料6をご覧ください。

来年度の「地域医療構想調整会議の進め方」ですが、まずスケジュールにつきましては、本年度と同様の時期を予定してございます。6月から7月頃に第1回目の調整会議、年明けの1月から2月にかけて第2回目の調整会議を予定してございます。

また、11月から年明けにかけて、在宅療養ワーキンググループの開催も予定してございます。

「取り扱う主な議事」は、現在の予定でございますが、全圏域に共通するものとしたしまして、まず1つ目が、「2025年に向けた対応方針」につきまして、これまでと同様に確認を行っていききたいと思います。

2つ目としましては、「紹介受診重点医療機関」につきまして、次は令和6年度の外来機能報告に基づきまして、令和7年度の該当医療機関について協議したいと思っております。

最後、「地域連携等の推進についての意見交換」でございますが、現行の地域医療構想についての振り返りですとか、将来を見据えて、不足している医療、また機能分化連携等の更なる促進が必要な医療等につきまして、議論を深めるような意見交換をしたいと思っております。

なお、意見交換のテーマにつきましては、国において検討を進めているかかりつけ医機能ですとか、新たな地域医療構想に関する検討状況によりまして、適宜対応をしていきたいと思っております。

ご説明は以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

ただいまの説明につきまして、ご質問はございますでしょうか。

来年度の計画ですが。これはこれで進めるということよろしいですか。

では、もう時間が過ぎていているところであるんですが、全体を通じて意見を言いたいという方はどうぞ。

最初に戻ってしまうのですが、発言させてもらいますが。

東京の二次医療圏というのは12医療圏域あるんですが、全国平均の二次医療圏の面積の2倍ある程度なんですよ。

最初の地域医療構想をやったときから、患者さんの受療需要動向はダイナミックに動いていて、東京は1つの医療圏のように動いているというのは、元々あったわけです。

そのときに、12医療圏を強引に分けて、それで病床の多いところと少ないところ、それは、高齢時代を迎えるようになってきて、地元で医療を受けられるというのは望ましいところなんだろうとは思いますが。

でも、その狭いところでダイナミックに動いているということを見無視して、ずっと進めてきたこともまた事実なので、これをどうなんですかね。

基準病床数が多いまま、配分、配分とやっていると、人手がないまま、先ほどの財政のないまま、裏付けのないまま、ベッドばかり配分されてしまうと、地域、地域のコンフリクトがどうしても起きてしまうというところだと思います。

ですので、その面積の部分もいろいろ考えて、医療圏の在り方も立ち戻って、しっかり考えていく必要があるんじゃないかなと思っています。

ずっと見過ごしてきた、よくなるためにそれを無視してきたというところが、今、最後の最後で結構大きな課題になってきているという印象を持っています。

皆さんの意見が出ないかと思って、時間稼ぎしていたんですが、いかがでしょうか。

特になければ、きょうの予定は終わっておりますので、これで調整部会を終わりにしてよろしいでしょうか。納得感があるような、首を振っていただいていますから、では、これできょうの議事は終わりにしたいと思います。

事務局にお戻しします。よろしくお願いします。

○奈倉計画推進担当課長 委員の皆様方、本日は活発なご議論をいただきまして、誠にありがとうございました。

本日の議事録についてでございますが、後日、委員の皆様方にご確認いただきます。修正等が必要な場合は、お手数をおかけしますが、東京都保健医療局にご連絡ください。委員の皆さま方がご確認いただいたあとの議事録につきましては、会議資料と合わせて東京都保健医療局のホームページに掲載いたします。

以上をもちまして、本日の会議は終了とさせていただきます。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した。

(18時13分 終了)