

[令和6年度 第1回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区中央部〕

令和6年7月31日 開催

【令和6年度第1回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区中央部〕

令和6年7月31日 開催

1. 開 会

○立澤課長：定刻となりましたので、令和6年度第1回となります東京都地域医療構想調整会議（区中央部）を開催させていただきます。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立澤が進行を務めさせていただきます。

本会議はWeb会議形式で開催いたしますので、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まして、ご参加をお願いいたします。

また、本日の配布資料につきましても事前に送付しておりますので、恐縮ですが、お手元にご準備をお願いいたします。

それでは、まず、東京都医師会及び東京都より開会のご挨拶を申し上げます。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。昼間の業務のあとお集まりをいただきありがとうございます。

東京都医師会館周辺は、少し前から激しい雨が降っています。先ほど、「もう温帯の気候ではなくて、熱帯雨林の気候ではないか」と話していました。日本だけではないんですが、温暖化というか、気候も随分変わってきたと思うところです。

翻って、医療も大変なことになっているのかなと思っています。特に病院経営について、非常に大きな問題が横たわっていると思います。

本日は、年2回あるうちの1回目の調整会議になります。内容としては、調整

会議そのものについてです。現行の地域医療構想の話と、2040年を見据えた新たな地域医療構想の話、そして、地域でどういうふうに医療連携をやっていくのかという話です。

ここ数年は、新型コロナウイルス感染症に関してどういうふうに連携していくのかをずっと話していましたが、コロナよりも大きい、高齢者の波が来ます。それをどういうふうに私たちが乗り越えていくのか、そのあたりをご議論いただけたらと思っています。きょうはどうぞよろしくお願ひいたします。

○立澤課長：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施策に多大なるご理解、ご協力を賜りまして、誠にありがとうございます。

本日の会議でございますが、現行の地域医療構想や、2040年ごろを見据えた新たな地域医療構想に関する国の動向などを共有させていただくとともに、こうした動きも踏まえて、地域の医療連携に関する意見交換を、主な議題と考えております。

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ひいたします。

○立澤課長：本会議の構成員につきましては、事前にお送りしております名簿をご参照いただければと思います。

なお、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。

また、本会議にご参加の希望がありました、ほかの区域の座長・副座長の先生方も、Web等でご参加いただいておりますので、ご承知おきください。

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いては、後日公開となっておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、これ以降の進行を藤田座長にお願い申し上げます。

2. 報告事項

(1) 非稼働病床の取扱いについて

(2) 外来医療計画に関連する手続の提出状況について

○藤田座長：皆さん、こんばんは。座長を務めます、港区医師会の藤田でございます。本日はよろしく願いいたします。

それでは、まず報告事項の1つ目についてです。東京都から報告事項(1)の説明をお願いいたします。

○東京都(事務局)：東京都医療安全課でございます。日ごろより東京都の医療行政の推進にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

お手元の資料1をご覧ください。

昨年度に引き続きまして、病院において非稼働となっている病棟及び非稼働となっている病床がございましたら、その稼働をお願いいたしまして、非稼働の解消に向けたご協力をお願いするものでございます。

なお、資料1にあります通知文の案につきましては、全ての医療圏での調整会議が終了したあとに各病院様あてに発出させていただく予定でございますので、本日は簡単にご説明をさせていただきます。

「1. 目的」でございますが、「配分されている既存病床が各医療機関において適切に稼働運営されること」としております。

「2. 対象の医療機関」でございますが、「令和5年3月31日以前より1度も入院患者を収容しなかった病床のみで構成される非稼働病棟等を有する病院」とさせていただきます。

「3. 対象の医療機関が行うこと」に記載がございますが、もし該当の医療機関がございましたら、令和7年3月31日までに、稼働していない病床を稼働し

て病棟等を再開していただく、あるいは、各病院におかれましては様々なご事情や状況等があるかと存じますが、稼働が困難な場合には「具体的対応方針」を東京都のほうにご提出いただきたいと思いますと考えております。

私からの説明は以上となります。どうぞよろしく願いいたします。

○藤田座長：ありがとうございました。

報告事項（１）につきまして、ご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。

ありがとうございました。

なお、報告事項（２）については資料配布で代えるとのことでした。

3. 議 事

（１） 2025年に向けた対応方針について（協議）

○藤田座長：それでは、引き続き、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「2025年に向けた対応方針について」です。

東京都から説明をお願いいたします。

○井床課長代理：東京都保健医療局医療政策部医療政策課、保健医療計画担当の課長代理の井床と申します。

私からは、資料3-1に沿ってご説明をさせていただきます。

資料3-1の1ページをご覧ください。

本件は、協議事項となります。国の通知に基づきまして、各医療機関から2025年における役割や機能ごとの病床数などを、対応方針としてご提出いただき、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。

今回は、前回の調整会議以降に新たに対応方針の提出があったものや、これまでにご提出いただいた対応方針の内容を変更したものについて、確認と合意を行っていただきたいと思いますと考えております。

なお、「協議の方向性」でございしますが、令和4年度第1回の本調整会議におきまして、病床の機能分化は目指す方向に進捗していることや、高齢人口の増加は

今後加速し、医療需要が増大する2040年以降に向けた検討が重要であることなどを理由に、2025年に向けては、原則として各医療機関の対応方針を尊重し、圏域における対応方針として合意をすることについて、ご了承をいただいております。

各医療機関の具体的な内容は、資料3-2-1で病院について、資料3-2-2で診療所についてまとめております。既に提出があつて合意済みの医療機関は、医療機関名を黄色、新規の医療機関は水色、内容に変更のある医療機関は黄緑色で、色付けをしてお示ししております。あわせて、右側の備考欄にも「新規」や「変更」と記載をしております。

また、変更のあつた医療機関につきましては、備考欄に変更点を補記しております。

前回までと同様に、圏域として合意できればと考えておりますので、よろしくお願ひいたします。

説明は以上となります。

○藤田座長：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」について何かご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、各医療機関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、皆様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の2025年に向けた対応方針として合意する、このような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。

それでは、次の議事に進みたいと思います。

(2) 地域医療連携の更なる推進に向けて（意見交換）

○藤田座長：議事の2つ目は、「地域医療連携の更なる推進に向けて」についてで

す。東京都から説明をお願いいたします。

○井床課長代理：引き続きまして、説明をさせていただきます。

資料4-1をご覧ください。

このたびの地域医療構想調整会議における意見交換についてのご説明でございます。

こちらの資料では、2025年に向けて、現行の地域医療構想の取組みの推進のため、国が新たに推進区域の設定といった考え方を示しております。

それに対する都の対応をご説明するとともに、現在、2040年ごろを見据え、国が新たな地域医療構想を検討しておりまして、国の検討会の動向などをご紹介させていただき、こうした動きを踏まえながら、地域での医療連携について意見交換をしていただきたいと思いますと考えております。

こちらは、先ほどの議事(1)での資料3-1の再掲となっております。

改めての確認となりますが、2025年に向けては、中央の赤枠部分にございますとおり、「原則として各医療機関の対応方針を尊重し、圏域における対応方針として合意」することを、全圏域でご了承いただいております。

こちらは、本年5月に都道府県向けの説明会にて、国から提示された資料でございます。

中央の赤枠部分をご覧ください。国は、本年3月に、現行の地域医療構想の更なる推進のために、事務連絡を発出しており、各都道府県の地域医療構想区域の中から、新たに推進区域、モデル推進区域を設定し、構想区域での課題解決に向けた取組みの推進を図るとの考えを示しております。

なお、米印の部分ですが、推進区域は都道府県あたり1から2か所設定し、さらに推進区域のうち、全国で10から20か所程度を、モデル推進区域として設定することとされております。

推進区域の設定にあたっての国の考えでございますが、赤枠内をご覧くださいますと、上段の○にありますとおり、病床機能報告上の病床数と、地域医療構想で推計している病床の必要量との差異等を踏まえて設定、とされております。

具体的には、下段の○において4点の基準が示されております。

①は、病床機能報告の病床数。具体的には、令和7年7月1日付けの予定の病

床数と、病床の必要量との差異が特に生じている区域。

②は、病床機能報告の機能別病床数。こちらも具体的には、令和7年7月1日付けの予定の病床数と、病床の必要量との差異が特に生じている区域。

③は、2025年に向けた対応方針の再検証対象医療機関について、検証中または検証未開始の医療機関がある区域。

④は、都道府県がその他支援の必要性があると考えた区域、でございます。

なお、国から都に対して、都道府県説明会のあとに、①と②の基準に関して該当する都内の区域案の提示がございました。

①の区域案としては、病床機能報告上の合計数値が病床の必要量を上回る2区域。②の区域案は、急性期病床について病床機能報告の数値が病床の必要量を上回る5区域。また、回復期病床について病床機能報告上の合計数値が、病床の必要量を下回る12区域。こちらを推進区域の候補として示されております。

ただし、今回の国の考え方は、医療機関の病床の実態を表していないとの指摘がございます病床機能報告の数値と、地域医療構想で2013年時点のデータを基に推計され、その後数値の更新や内容の検証がなされていない病床の必要量について、特に乖離がある区域を候補としたものでございまして、両方の数値とも医療機関の実態が適切に表れている数値とは言えず、その比較だけで区域を選定するのは課題があると考えております。

そこで、推進区域に関する対応でございますが、都では、冒頭にご説明したとおり、2025年に向けて各医療機関の対応方針を尊重することを、全圏域で合意済みであること、そして、これまでも地域医療構想の実現に向け、地域の実情に応じた機能分化や連携の推進を、都全体で取り組んできていることを踏まえ、全13構想区域を推進区域とすることが適切と考えまして、その案を国に報告をしております。

推進区域の設定は国が実施いたしますが、去る7月10日に、国の地域医療構想等に関するワーキンググループでは、都の報告したとおり、全13構想区域を推進区域とする案が、資料上で示されております。

なお、推進区域として今後設定された場合には、都道府県は調整会議での協議を経た上で、推進区域対応方針を策定することとなっております。

こちらは、参考資料2としてもお付けしておりますが、現在国が示してござい

す様式例を添付しております。

この中では、区域としてのグランドデザインや現状及び課題、今後の対応方針等について記述することとなっており、内容については、今後調整会議の場でご相談させていただきたいと考えております。

ここまでの説明について、ご意見やご質問がございましたら頂戴できますと幸いです。一旦、資料の説明を終えます。

○藤田座長：ありがとうございました。

ここまでの説明で何かご意見のある方はいらっしゃいますか。

それでは、土谷先生、お願いいたします。

○土谷副会長：東京都医師会の土谷です。今の説明について、コメントをしたいと思えます。

今の話は、現行の地域医療構想の話でした。現行の地域医療構想は、そもそも大きなテーマが2つあります。1つは病床の話で、もう1つは医療連携の話です。医療連携については、きょうの後半のお話になるところです。

病床の話ですが、国は「病床の削減ではない」と一貫して言っていますが、東京以外の地域においては、もう患者さんも減っているわけです。その状況で病床を維持するというのはあり得ない話だと思いますので、どういうふうに縮んでいく医療需要に合わせて供給量も減らしていくか、つまり「ベッドをどうやって減らしていくか」が大きなテーマになっています。

ですので、現行の地域医療構想は、来年、2025年为目标年となっていますが、さらに病床削減を推し進めたい、地域の実情に合わせて病床をコントロールしていきたいというのが国の狙いがあります。

それを東京都に適用したときにどんなことが起こるかという、東京の場合はまだ医療需要が増えますので、国の話と少し向きが違うわけです。

ですので、きょうのポイントは、国は「各都道府県で1個か2個、モデル推進区域を示してください」ということですが、東京都は、「東京は東京で独自にやらせてください」、つまり「1個か2個ではなく、全部やる」ということです。

国の言いなりではなくて、地域の実情に応じてやっていきたいという意見表明

であることを、皆さんにご理解いただければと思います。

○藤田座長：ありがとうございました。

東京は人口減少の度合いがずれていて、あとから波が来るということなので、時間差があるという理解でよろしいですね。

ほかに、皆様から何かご意見があれば伺いたいと思います。

よろしいでしょうか。

それでは、引き続き、東京都から説明をお願いいたします。

○井床課長代理：引き続き、資料4-1の5ページからご説明をさせていただきます。

国は2025年より先の2040年ごろを見据え、新たな地域医療構想についての検討を、本年3月より開始しております。

こちらは、3月に行われた検討会資料の抜粋でございます。

現行の地域医療構想については、病床に主眼が置かれておりましたが、医療・介護の複合ニーズを抱えた高齢者人口の増大等に対応するため、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として、検討が進められているところでございます。

現在の検討状況でございますが、関係団体に対するヒアリングを実施し、そちらでの意見を踏まえ、6月の検討会で論点案が示されております。

今後のスケジュールは、夏から秋ごろまでに中間まとめ、年末にかけて最終まとめが予定されており、令和7年度にガイドラインの発出、8年度に各都道府県における新たな地域医療構想の検討・策定とされております。

なお、先ほどの関係団体のヒアリングについて、5月22日に、東京都も参考人として参加し、新たな地域医療構想策定に向けた意見を申し上げております。

東京都が申し上げた意見の具体的な内容について、こちらでご紹介させていただきます。

まず、令和4年度以降の調整会議におきまして、先生方にご議論いただいた内容を、患者の動向と医療・介護提供体制の2つの視点からまとめております。

患者動向に関しては、認知症の方や基礎疾患等を抱える高齢者がより一層増加

し、また独居の方も増加する想定のもと、ニーズに対応できる医療・介護全体での体制構築の議論が必要ではないか。

また、医療・介護提供体制に関しては、既存のサービスを提供するための看護師やケアマネ等の人材確保も厳しい状況であり、将来に向けて医療・介護の人材確保の状況を踏まえた議論が必要ではないか。

と意見をいたしております。

次に、策定手続きに関して、新たな地域医療構想では、策定後も様々な状況変化を踏まえ、適宜考え方の見直しやデータの更新を図るとともに、都道府県の実情に応じた柔軟な対応を認めるべきではないか。

また、地域の現状を的確に捉え、自律的に今後の対応を判断できるよう、複数の指標を示すべきではないか。

など、こちらにも意見をさせていただいております。

こちらの資料については、これまでご説明してきた現行の地域医療構想や新たな地域医療構想に関する動向を踏まえ、今後の調整会議の進め方に関する方向性の案をお示しするものでございます。

新たな地域医療構想は令和8年度に策定予定ですが、それまでに例年どおりのスケジュールであれば、今回を含め4回の調整会議を開催できると考えております。

そこで、先ほどご説明した推進区域の設定については、国の考えに基づき対応するものですが、そちらを地域の医療提供体制の現状把握や課題の確認等を行う機会と位置付けまして、新たな地域医療構想の策定に向けて、2040年を見据え必要となる機能分化や医療連携等についてしっかりと議論をさせていただき、新たな地域医療構想の策定に向け準備を進めていきたいと考えております。

ぜひ、皆様にはご協力をいただけると大変幸いです。

ここまでの説明について、ご意見やご質問がございましたら頂戴できますと幸いです。一旦、資料の説明を終わります。

○藤田座長：ありがとうございました。

ここまでの説明で、何かご意見のある方はいらっしゃいますか。

増田先生、どうぞ。

○増田理事：こんばんは。東京都医師会の理事の増田です。

日本じゅうから見ると、東京というのはかなり特殊な環境だと思うんですが、その東京の中でも、いつも調整会議で話が出ているように、区中央部は非常に特殊だと思います。私も聖路加国際病院が長かったですし、今でもサテライトに行っていますので、その特殊性というのは非常によく理解しております。

それで、今後は、2025年ではなくて15年後の2040年を考えて、この地域医療構想をどうするかについてディスカッションしていただくことになると思います。

区中央部においては、今でも日本じゅうから患者さんが押しかけているのに、インバウンド需要が上がって「メディカルツーリズム（医療観光）」ということで、今度は世界じゅうから押しかけるということになる可能性もあると思うんです。

ただ、今の75歳の方が15年後に90歳になったときに、国は財源の確保もきちんとできそうもない、それから、人材の確保もままならないといった状況で、今歩いて外来に来ている患者さんが、15年後には多分歩いて来られないだろうからどうしたらよいのだろうかと、ほかの圏域から悲鳴が上がっている状態に心を痛めてまいりました。

きょうは、区中央部の非常にパワフルな先生方に、15年後に向けてどうしていくかということも頭に入れて、ディスカッションしていただけるものと思います。

非常に楽しみにしております。よろしく願いいたします。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、土谷先生からコメントをお願いいたします。

○土谷副会長：先ほどの話は現行の話で、今の話は2040年を見据えた新たな地域医療構想の話でした。

先ほどの東京都さんの説明ですが、ポイントの一つは、増田理事もおっしゃっていましたが、人材が不足するのではないかという話です。

全国から見れば東京は人が多い、特に、区中央部は人材が豊富ではないかと思

われているかもしれませんが、介護人材のあたりは皆さんもひしひしと不足を感じていると思います。

そういう中で、今までは医療需要の増減に応じてベッドも増減させればよいという話でしたが、今はベッドの数ではなくて、人材の数が医療の総量を決める可能性があると思っています。

ですので、医療人材というのをよく考えて医療を提供しなければいけないのではないかというのが、東京都さんの説明の一つのポイントです。

もう一つは、先ほども申し上げましたが、東京は東京で独自にやっていきたいということを、東京都さんは「柔軟に」という柔らかな表現を使いましたが、東京都は東京都なりに、皆さんと話し合いながら地域医療を維持していきたい、あるいは発展をさせていきたいということだと思います。

○藤田座長：ありがとうございました。

そのほかに、ここまでの説明で何かご意見のある先生はいらっしゃいますか。

よろしいでしょうか。

それでは、引き続き、東京都から説明をお願いいたします。

○井床課長代理：引き続き、資料4-1の10ページからご説明をさせていただきます。

先ほど、新たな地域医療構想の策定に向けた準備等について申し上げたところでございますが、今回の調整会議では、地域の現状把握、課題確認として、地域医療連携の推進について意見交換をしていただきたいと思いますと思っております。

なお、意見交換にあたり、参考資料を用意しております。

1点目は、下段の①に記載のとおり、前回の令和5年度第2回調整会議でご議論いただいた「圏域で不足している医療等に関するご意見」を、参考資料3としてまとめております。

参考資料3は、各圏域で様々なご意見をいただきましたが、特に高齢患者への対応等に関するご意見と、人材不足に関するご意見を多くいただいております。資料中、該当部分に下線を引いてお示ししております。

資料4-1の10ページに戻らせていただきます。

次に、下段の②の事前アンケートでございますが、今回の調整会議に先立ち、都内の病院に地域医療連携システムに関するアンケートを実施いたしました。

結果を資料4-2でまとめており、こちらの内容を簡単にご説明させていただきます。

1枚目と2枚目には、区中央部圏域の病院からいただいた回答をまとめております。

まず、1枚目の左側は、地域の医療機関同士で診療情報の共有等を図るための地域医療連携システムの導入状況でございますが、24病院からご回答をいただきまして、うち10病院がシステム導入済みでございました。

また、右側には、「システム導入によって得られたメリット」として「医療機関間での患者情報の共有が円滑・効率的に行えるようになった」という回答を最も多くいただきました。

一方で、「導入や運用面での課題」といたしましては、「患者・家族の同意取得に係る業務負担が大きい」及び「地域医療連携ネットワークに参加している医療機関が少なく、利用機会が限られている」の回答が最も多く、また「その他」として、「依頼側が複数医療機関へ一斉に送れるシステムのため、当院で受入れ適応でない状態のほうが多い」や「情報内容の記載が少ないため、内容確認に多大な時間を要する」といったご意見もございました。

2枚目は、システム未導入の病院の回答でございます。

医療連携の際の現状の手段といたしましては、診療情報提供書のファックス送付や、郵送、電話、メールとの回答がございました。

また、システムを導入していない理由をその下にまとめておりますが、「コスト面」という回答が最も多い状況でした。

導入に向けた改善点としましては、連携を取っている医療機関やそもそもの参加医療機関の増加ですとか、コストの低下等といった費用面などのご意見がございました。

なお、資料の右側には、「DXを活用した地域医療連携の理想的な姿」に関するご意見や「地域医療構想に関する意見」をまとめておりますので、後ほどご覧いただければと思います。

3枚目は、都全体の結果について取りまとめたものになります。

地域医療連携システムの導入状況といたしましては、導入済みまたは導入予定が131病院でございまして、特に、高度急性期や急性期といった機能の病院で多く導入されております。

右側をご覧ください。

「システム導入によって得られたメリット」で最も多かった回答は「医療機関間での患者情報の共有が円滑・効率的に行えるようになった」でして、「導入や運用面での課題」で最も多かった回答は「地域医療連携ネットワークに参加している医療機関が少なく、利用機会が限られている」でした。また、システムを導入していない理由で最も多かった回答としては「コスト面」でございました。

なお、こちらの3枚目の資料でございしますが、アンケート集計後に「システム導入予定と回答したが、実際にシステムを導入した」とご連絡いただいた医療機関がございましたので、システム導入済みの件数が増えており、7月29日までの会議資料と一部異なっておりますので、参考までにお伝えをさせていただきます。

資料4-1の11ページに戻らせていただきますが、11ページ以降で、都の将来推計人口に関してお示しをしております。

11ページでは、都全体の人口推計をお示ししており、資料中の赤色の折れ線グラフで、医療・介護のニーズが高いと思われる80歳以上の人口割合が増加し続けていくこと、また青色の破線の折れ線グラフで、65歳以上の高齢者の単独世帯の割合も増加していること、これらが予想されているところでございます。

次の12ページでは区中央部圏域の人口推計を、13ページ以降は、参考までに、全圏域の人口推計をお示ししております。

また、資料4-1の10ページに戻りますが、こうした参考資料をもとに、意見交換の論点を2点まとめております。

10ページの上段に記載のとおり、1点目が「複数疾患を有する高齢患者、社会的課題を有する患者などの受入れ等に当たり、医療・介護の人材不足が懸念される中で、どう効率的に関係者間で連携するか」、また、2点目が「現状の医療連携の際の連絡方法・手段について課題があるか」でございます。

こちらの2点について、まとめてご意見をいただければと考えております。ぜひ活発なご意見を賜りますよう、どうぞよろしく願いいたします。

説明は以上となります。

○藤田座長：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。ご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

東京都病院協会の杉本先生、お願いいたします。

○杉本（東京都病院協会、東都文京病院 統括院長）：今の医療連携に関してのご報告を基に、課題について述べさせていただきたいと思います。

コロナ禍のときに医療連携が行き詰まった状態になったのは、救急医療の二次医療圏での搬送で、介護に手がかかるというような老人の患者さん、あるいは重症の方の受け皿が十分ではなかったということであります。

その中で、“東京ルール” というものが今稼働しているわけでありますが、“東京ルール” がうまくいかなかったところを補って、その搬送の問題点を解消してくださったのが、区のコロナ患者への対応の調整だったと思うんです。

東京都全体として調整することだけでは、二次医療圏での搬送の調整というのが十分にできなかつたんです。そこで、“東京ルール” そのものが行き詰まったときに、区の調整機能が働いたというのが、私のコロナ禍の経験からの教訓であります。

そのことから、今後高齢者が増えてくる中で、医療従事者の人員が十分でないときに、「限られた人材でどういうふうに受け入れていくか」を調整するのは、東京都全体では難しく、また二次医療圏ということでの調整機能は、今は十分ではないです。

ですので、区市町村の行政の中で、連携の調整を担っていただけるような役割を、今後充実させていくということが、一つの答えになっていくのではないかと思います。

○藤田座長：ありがとうございました。

「行政の制度、仕組みを変えたほうがいい」というご意見だったと思います。

どのタイミングで平時から緊急時へ移っていくのかという、その見極めが大

変かなと思うんですが。

土谷先生、お願いいたします。

○土谷副会長：杉本先生、ご意見をありがとうございます。

実は、東京都医師会も同じようなことを考えています。

上りのほうは疾患を診れば「この疾患だと、ここの病院かあその病院だ」となるわけですが、特に下りのほうは、高齢者はいろいろな病気を持っていますし、疾患だけではなくて社会的な課題も抱えていることが多いですので、より一層、「どこに帰るか」に関してのパラメーターが非常に多いわけです。

今までは、個々の医療機関で「あちらか、それともこちらか」とやっていましたが、コロナ禍のときのように、特に下りについてどういうふうに連携していくか。

そのときの単位は、杉本先生のおっしゃったとおりに、東京都全体でそういう調整ができるわけではなくて、また、二次医療圏でできるかと言われても、二次医療圏自体は実体がないものですので、私たちが区市町村単位ではないかと思っています。

区市町村単位ですと、在宅療養については相談窓口というのが介護のほうであります。医療版のそういった下りの連携をつなぐような機構が構築できれば、非常にいいのではないかと、東京都医師会でも話しているところです。

そのあたりは、東京都にも予算要望として意見をする予定になっています。

○藤田座長：ありがとうございます。

何はともあれ、患者さんが退院して帰る先について、単身世帯が多くなっていることや高齢化が進んでいることを踏まえることが、大事ではないかというふうな話が出ました。

これにつきまして、東大病院の田中先生、コロナ禍と違って今は平時の状態だと思うんですが、退院で苦慮されることなどはありますでしょうか。

○田中（東京大学医学部附属病院 病院長）：実際に、高齢の患者さんでたくさんの併存疾患を有している方が多いというか、ほとんどそういう方が入院していま

す。どうしても下りは滞っているというのは、我々にとっても非常に頭の痛いところでもあります。

「区の中で」というふうなお話もあったんですが、かなり広域で見てもないと適切な医療機関が見つからないというのが現状であります。しかも、多くは顔見知りというか、相手をよく知っているような医療機関にお願いしている、あるいは外勤先の病院など、向こうでこちらの医師が働いているような病院にお願いするというのが実態であります。

ですので、どのような形が適切かについては我々も試行錯誤をしているところでもありますので、逆に皆さんのご意見を伺えればと思います。

○藤田座長：ありがとうございました。

土谷先生、どうぞ。

○土谷副会長：田中先生、ご意見をありがとうございました。

確かに、先ほど私は「区市町村単位」と申し上げましたが、この区中央部においては、区市町村単位で完結できる話ではないと思っています。なぜなら、東京じゅうあるいは関東一円、場合によっては全国から患者さんが来ているわけです。

ですので、少なくとも都内の患者さんについては、例えば、区中央部以外の江東区から来ている場合は、江東区の窓口を介して連携をして退院先が決まる、そういった窓口ができるといいなという意味で「区市町村単位」と申し上げました。

ですので、先ほども増田理事がおっしゃったように、区中央部はかなり特殊かなと思っていますので、ぜひ皆さんのご意見をどしどしいただきたいと思っています。よろしく願いいたします。

○藤田座長：ありがとうございました。

続きまして、国立がんセンターの瀬戸先生、がん治療のあとの退院先で苦慮されることなどはありますでしょうか。

○瀬戸（国立がん研究センター中央病院 病院長）：基本的には逆紹介というか、紹介していただいたところに戻っていただくようにというのが原則です。

あとは、当院では地域連携が患者さんのお住まいのところを勘案して、いろいろと当たっていただいているというところではあります。

○藤田座長：今のところ、退院で困ったというケースが続出していることはないということでしょうか。

○瀬戸（国立がん研究センター中央病院 病院長）：現状は、それほどではないと思いますね。

○藤田座長：ありがとうございました。

虎の門病院さんには今つながらないようですので、それでは、高度急性期病院の先生方にお話を伺います。

まず、三井記念病院の川崎先生、お願いいたします。

○川崎（三井記念病院 院長）：今瀬戸先生がおっしゃったことは原則として、そうでないと、病院の場合は別ですが、クリニックなんかですとお返ししないと怒る先生がいらっしゃいます。

ただ、温度差がありまして、例えば、消化器系のクリニックからご紹介いただいたけれども循環系にも問題がある場合は、循環器系でフォローしていただくクリニックを探すというような場面があります。あるいは、三、四つ疾患を持っていらっしゃる方などについて、こちらの調整あるいはクリニックの元々の先生からの調整が、話し合わないとなかなかうまくいかないです。

ですので、その辺のエネルギーが、病院としてもクリニックとしても結構要るという現状があると思います。

○藤田座長：治療中にフレイルが進行しなければ、そのままスムーズに逆紹介でまた紹介元に戻れるんですが。

これから80代、90代の方が増えてくると、そもそも家に帰れるのかどうかということから始まると大変で、家に帰る前の病院あるいは施設というのもやはり必要になってくるかと思われまます。

そういうところの連携も、少しずつ進んでいるというような状況でしょうか。

○川崎（三井記念病院 院長）：進んでいるというか、これは苦勞していることです。

○藤田座長：ありがとうございました。

続きまして、永寿総合病院の愛甲先生、お願いいたします。

○愛甲（永寿総合病院 院長）：やはり退院支援ナースとMSWの方々の仕事が多くて、行き先を見つけるのに苦勞している感じはあります。

それで、少し懸念しておりますのが、「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」が重要だと言われてきているんですが、それを急性期病院でゆっくり定めて、家族と相談してそれから退院する、という方向にはなかなかならず、退院先が見つかったらなるべく早くというような、余り病床を埋めておきたくないみたいなところがどうしてもありますので、どの施設でACPをやるかというのは、今後もっと考えたほうがいいかと思っています。

慢性期の病院ですとなかなかそういうマンパワーもないでしょうし、やはり急性期病院のほうがそういう力はあると思います。ただ、入院期間とACPとの関係が難しいなと思っていますところ。

○藤田座長：ありがとうございました。

診療報酬の問題も関係しているということになるかと思っています。

先立つものもやはり大事になるんですが、土谷先生、下りを推進していく上での財政的な裏付け、提案というのは、既に持ち上がっているのでしょうか。

○土谷副会長：課題感としては、皆さん非常に持っていると思うんですが、先立つものがあるかという、ないです。そう言ったら怒られますが。

これからもっと財政的に厳しくなるのではないかと、みんなが思っていますよね。

医療DXと言われていますが、それに投資する余裕があるのかと言われると、

それすらないという状況もあるかもしれません。暗い話になってしまいますが、それでも連携をしていかなければいけませんので、どういうふうにやっていくのかといった状況です。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、済生会中央病院の海老原先生、システムへの投資というような話も今出たんですが、病院側としてはこの投資が見合ったものになっているかどうかといったところを、お聞かせいただくとありがたいのですが。

○海老原（東京都済生会中央病院 院長）：やはり大腿骨頸部骨折や誤嚥性肺炎の方々はどうしても長くなってしまうことが多くて、受け取っていただく病院も少し限られてきてしまっているんで、そのあたりの連携については進めなければいけない点だと思っています。

それから、今回の診療報酬改定で、救急患者さんの転院・転送について出てまいりましたが、私どもは救命救急センターですが、そういった患者さんを早めに受け取っていただくにしても、病院の事情がよく分かっていないとなかなか難しいところがあります。

その際に、患者さんの情報などがうまく伝わればよろしいんですが、例えば今、東京総合医療ネットワークなどがありますが、双方が入っているというわけではないので、そのあたりがもう少し進めばいいかなと思っています。

ただ、その辺のコストに関しては、やはり問題があると思っております。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、聖路加国際病院の石松先生、お願いいたします。

○石松（聖路加国際病院 院長）：先ほど、議論もありましたが、当院はアンケートで、「地域医療連携システムに今のところ導入を検討していない」と回答をさせていただいたんですが。

今うまくいっているのかというと、やはり現場のソーシャルワーカーや退院調整ナースはかなり忙しい状況です。

ただ、システムの中にぽんと入れておけば、転院先がひとりでに決まって、日付も決まるというものでもありませんし、仮にやったとして、本当にそれが省力化あるいは効率化につながるという確証はなかなかないです。

ですので、DX化もそうですが、やみくもに投資をして「その中から幾らか効果が出たらいいよね」というわけにはいかない状況がありますので、「確実にこれは効果がある」という部分からぜひ投資はしていきたいという状況です。

一方で、上りに関しては、高度急性期でできるだけ引き受けるようにしておりますが、なかなか下りが厳しいです。

その一方で、在院日数はどんどん短くなるばかりで、ジレンマを感じております。そういった意味では、集中治療室が常にいっぱい状況で、病院の事情もございいますが、救命センター自体の重症患者さんの引受けが障害を来しているという状況が、時々見られます。

○藤田座長：ありがとうございました。

「投資に見合う」という確証が、経営に責任を負っている皆さんにはやはり大事なところだと思います。

あとは、退院先の調整でご苦勞をなさっているということで、システムを入れて、ぽんとマッチングができるというものではないというのも、なかなか耳に痛い意見ではありますが、確かにシステムは万能ではないと思います。

虎の門病院の門脇先生とつながったようですので、それでは、高齢者医療の展開等について、ご意見をお願いいたします。

○門脇（虎の門病院 院長）：虎の門病院はシステムを導入してまして、導入している範囲内では、医療機関間での患者情報の共有が円滑・効率的に行えるようになったというメリットがすごくあります。

ただ、やはり地域医療連携ネットワークに参加している医療機関の数が少なく、実際の利用機会が限られているので、全体として連携が促進されているという状況には、まだなっていないという問題点があります。

それから、虎の門病院も平均在院日数がどんどん短くなってきています。今回の診療報酬改定でもありましたが、救急患者を虎の門病院での診療が終わったら

すぐに転院させるような下り搬送、あるいは一旦虎の門病院で引き受けても、虎の門病院での治療が必ずしも必要でないような方の下り搬送を直ちにします。

そのようなシステムがうまく働きませんと、急患の病床がすぐに埋まってしまって新規を受けられないということが一番悩みでありますので、「急患を受けてもいかに回転よく下り搬送するか」が一番の課題になっています。

下り搬送をしていただけるような病院に集まっていただきネットワークをつくって、そういうようなシステムを働かせるということが急務であると、現在考えています。

○藤田座長：ありがとうございました。

このシステムを推進しているのは、東京都医師会になりますか。

○土谷副会長：いろいろなシステムがあると思っておりますが、東京都医師会としては「東京総合医療ネットワーク」を今推進しているところです。

このネットワークシステムもやはり参加病院は少ないですが、最近は大規模な病院からの参加希望があつて広がってきていますので、さらに利便性が増す可能性が高いと思っております。

ですので、それを東京都医師会は推進しております。

○藤田座長：東京都さんは、それを助成してくださっているということですね。

○立澤課長：そうです。

○藤田座長：これにつきまして、佐々木先生からご意見があればお願いいたします。

○佐々木理事：今出ている話は、主に下りに関する医療連携の話だと思うんですが、先ほど土谷副会長がおっしゃったように、地域の側でそれを受け入れる体制を構築したほうがいいと思っております。

在宅医療においては、区市町村がやっている「在宅医療相談窓口」というのが

あるんですが、それと同等に「地域医療連携相談窓口」というのをつくってはどうか、そしてそれを医師会が担当してはどうかということ、今提案させていただいております。

上りと下りでは、やはり必要とするシステムが違ってきますので、おっしゃるように、連携システムでできればそれで済むという話ではないですが、かといって広域で連携するのが区中央部圏域の特徴でございますので、「顔が見える連携」だけではなくて顔が見えない同士をつなげなければいけない。そうであれば、やはり何らかの連携システムをつくっていかなければいけない。

そこに人手をかけなければいけないけれども、これから人材不足が起きてくるので、どうやって確保していくかということを考えながら、この地域ならではの連携システムの構築というのを考えていただければと思っております。

○藤田座長：ありがとうございました。

今のお話を受けまして、浅草医師会の堀先生、いかがでしょうか。

○堀（浅草医師会 会長）：台東区はありがたいことに、区立台東病院がございまして、コロナ禍のときもコンソーシアムに参加していただき、下りの患者さんを自宅に一時帰せるような体制まで見ていただき、それで在宅で我々が受けることができたということで、非常にありがたいシステムでした。

また、在宅医療の患者さんが急性期のご病気になったあと、やはりご自宅に帰るまでの間、ワンクッション置かせていただいているということで、非常にありがたい地域だと私は思っております。ほかの地域もきっと同じようなシステムがあるとは思いますが。

それから、先ほどから聞いていますと、今から十数年先にどのような高齢者に対して医療提供をしていくかという話ですが、今と同じようにやっていくのか、それとも、医療はどんどん進化しますのでさらに高度な医療を提供していくのか。

東京と地方ではきっと差が出てくると思いますが、「東京にいたら助かるんだけど、地方にいたら助からない」とか、いろいろな問題が出てくるのではないかと考えていますので、どこかで線引きをしなければいけない。

これは残酷な話かもしれないですが、ある程度ご本人のご意向をあらかじめ聞

いておいて、緊急時にはどうするかという話も決めておかなければ、パンクしてしまうのではないかとずっと思っています。

○藤田座長：堀先生は、地域として医療人材や介護人材の逼迫感というのは感じていらっしゃるでしょうか。

○堀（浅草医師会 会長）：介護については、新聞などによると、やはり介護報酬が全然足りていないですね。介護をやってくださる方は、本当に大変なお仕事を24時間ずっとやってくださっているのにもかかわらず、こういう介護報酬の分配がうまくいっていないので、多分誇りを持って仕事することができなくなってしまっているのではないかと思っています。

このままの診療報酬で本当にいいんでしょうか。国はどういうふうに考えているのかちょっと分かりませんが、やはりプライドだけではやっていけない、お金もなければやっていけないと思うんですよ。

患者さんたちはそういう方々にお世話になっているのに、そういう方々がどんどん疲弊して来なくなってしまったらどうするんでしょうかね。そのように感じています。

○藤田座長：ありがとうございました。

やはり、財政と表裏一体の問題ということになってくるのでしょうかね。

それでは、東京通信病院の山嵜（ヤマヅカ）先生、ご意見を伺えればと思いますので、よろしく願いいたします。

○山嵜（東京通信病院 病院長）：当院も地域医療連携システムは導入していません。それで、先ほどの聖路加さんと状況が似ているかなと思って聞いていました。

当院でも、治療に関して特に1棟、連携医の先生方がたくさんいらっしゃいますので、そちらからの紹介だとか、またはそちらに戻すということは比較的円滑にできていると思っていますが、やはり平均在院日数は、ほかの病院と同じように短くなってきている傾向にあります。

一方で、介護しなければいけないような高齢の患者さんというのも一定数入っ

ておられます。そういう人がいると看護のほうが疲弊するような状況で、かつ入院期間が長引いてしまうと、その人たちを下りでどこに送るかというのも一つの問題になっています。

先ほどお話がありましたように、大腿骨頸部骨折などがあって、そのあとどういふふうに戻すのかについては、介護施設などから来ている場合にはある程度の形で受け取ってもらえるんですが、そうではない場合は引受けに困っているということがあります。

今後はそういう人がますます増えるのではないかと思いますので、急性期だけを受けている形は、大学病院などの大きな病院ではあるでしょうが、そういう方も積極的に受け入れているような形になっているところは、その2つの違いでジレンマになっているかなと思います。

先ほど、高齢化の話が出ましたが、十年たったとき、さらにそういう方が増えてきたときに、どこでそれを受け取って、逆に言うと下り搬送ができる場所はもうないのではないかという状況になったときに、どういふふうに関東圏は体制を組むのかというのも、今後の問題だと思って聞いていました。

○藤田座長：ありがとうございました。

どうしても大きな手術があると、いきなり家ではなくて、リハビリ病院や施設に行くようなことがあると思います。単純に、紹介医に戻るといふわけにはいかないケースも多いかと思っています。

それでは、九段坂病院の山田先生、よろしく願いいたします。

○山田（九段坂病院 院長）：議論を聞いていて、東京都も地方と比べればかなり高齢化が遅れて進んでいくというわけで、おっしゃるような問題がやってくることは間違いないと思って聞いていました。

私たちの病院もそうですが、非常に特殊なのは、実際の地域の医療を担うだけではなくて、高度な医療を求めてかなり遠いところからも患者さんが来るので、両面をやっていかなければいけないということはあると思います。

九段坂病院の場合は、回復期リハや地域包括といった病棟を持っていて、医療連携をしっかりとやっていこうとしているわけですが、事前アンケートで「地域医

療連携システムの導入」とありまして、非常に限定的なシステムを導入しているということで、「導入あり」になっていたようですが、実質的には本当に限定的にしか効果をまだ発揮していない状況です。

実際には、受入れにあたっての必要な情報が必ずしもそろっていないものですから、連携室の方たちが努力して、連絡を取り合っているような状況です。

ですから、今後はどうスムーズに地域医療連携システムをつくっていくか、そしてうまく使っていくかというのは、方法論的に少し課題があると思います。行政のサポートなど、何かよい方法があればと思っています。

○藤田座長：ありがとうございました。

今のシステムのままでうまくいかないというようにお話だったと思います。

それでは、JCHO（ジェイコー）東京高輪病院の山本先生、地域包括ケア病床などを運営されているかと思いますが、下りに関しての医療連携について、ご意見をお願いいたします。

○山本（JCHO東京高輪病院 院長）：まず、当院は地域密着型の病院で、急性期病棟とは別に地域包括ケア病棟も備えています。

ただ、先ほどの高度急性期病院と違うのは、遠方から来られる患者さんはいらっしゃいませんので、遠いところを探すという苦勞はありません。急性期病床からの在宅復帰率も9割以上ですので、そこで余り苦勞することはなくて、積極的に逆紹介をするようにしています。

問題なのは、地域包括ケアの患者さんには、急性期病床から移動した方も含めてなかなか難しい患者さんも多くて、在宅復帰率を達成するのが結構大変です。

その理由は、ADL（日常生活動作）が下がっているということもありますが、社会的問題を抱えている方も結構いまして、地域医療連携室が地道に、地域のクリニックや診療所、それからいろいろな介護施設と毎日のように、顔の見える関係をつくることで解決するように努力を続けているんですが、それでもなかなか難しいというのが実情です。

システムに関しては、うちは導入はしておりませんのでお聞きしたいのですが、JCHOというのは非常にセキュリティーにうるさい施設でして、全国に、東京

都内にもJCHOはあるんですが、JCHOのシステムで、JCHOの病院あるいは「NHO（国立病院機構）」の病院で、東京の地域医療連携システムを導入している病院はございますでしょうか。

○土谷副会長：東京都医師会の土谷です。

直接的にどこの病院かというのは今把握はしていませんが、大学病院あるいは都立病院、何百床とある病院もネットワークに参加されています。

○山本（JCHO東京高輪病院 院長）：ということは、セキュリティについては東京都や国が保証するぐらい安全である、確実であるというふうに理解してよろしいですね。

○土谷副会長：はい。

○山本（JCHO東京高輪病院 院長）：分かりました。本部のほうに話をして検討したいと思います。ありがとうございます。

○土谷副会長：ぜひ、よろしくお願いいたします。

○藤田座長：ありがとうございました。

今、都立病院の話が出ましたが、都立駒込病院の戸井先生、システムのことや連携のこと、それから退院調整のことなど、ご意見をお願いいたします。

○戸井（都立駒込病院 院長）：当院の状況も、先生方がおっしゃっていたことと多かれ少なかれ同じ状況でありまして、下りが滞っていて見つからないということはしばしばあります。特に急性期は、終わってもまだかなりのケアを必要とする方の行き先がなかなか見つからないという症例は、少なくないと感じております。

あとは、今まで出てこなかったこととしましては、この地域独特の、国際的な競争力の維持というのがあると思います。

アメリカはもとより、中国のレベルも非常に高くなっている中で、東京の区中央部の医療レベルをどう維持して、世界的にも高いところにとどめることができるかに、若干危機感を持っておりますので、それを全体が実現できるようなシステムを考える時期が今来ている、今がターニングポイントだと思っています。

また、それとは矛盾するんですが、人手不足の深刻さというのも日々感じております。

後半は、感想を述べさせていただきました。

○藤田座長：ありがとうございました。

国際競争力も維持しなくてはいけないし、人材不足も頭が痛いというお話だったと思います。

それでは、東京健生病院の山崎先生、お願いいたします。

○山崎（東京健生病院 院長）：当院は受け入れる側だと思いますが、コロナ禍のときは、上りを頑張っていただきましたので、下りのほうはこちらで頑張らせていただいたんですが。

今、コロナの感染者はまた増えていますが、まあ当時よりは落ち着いていますが、相変わらず下りの依頼が多い状況で、ベッドがなかなか空かないことも多いです。なるべく回転させて、ベッドを空ける対応をしてはいるんですが。

ただ、先ほどからお話が出ていますように、特に高齢者で、独居だとか介護や経済的な問題も含めてたくさん抱えた方を、自宅に帰すことがなかなか難しかったりもしますので、そういう意味では患者が滞ることも結構ありまして、そのときは下りで受けられないということもあります。

また、在宅で返すときや施設に行くときには、復帰率などいろいろな病床の縛りもあったり、算定の関係だったりというのもあって、なかなかうまくそこに返そうとしても、「これだと数字がうまく対応できない」という問題もあるかと思えます。

あとは、この間の診療報酬の改定などで、どこもそうだと思うんですが、経営がかなり厳しい状況になっているので、この自転車操業の状態でどこまで頑張れるのかというのが、正直なところでは。

連携システムに関しては、コスト面、人材面や当院の電子カルテとの整合性などに問題があって、今のところ検討はしているんですが、具体的ところで踏み出せない感じになっています。

連携に関しては、今連携室がフル回転で対応しているんですが、やはりマンパワーの限界はあるのかなというのと、地域連携室を担えるようないろいろな意味での経験豊富なコーディネーター等の育成も今後は重要かと思います。

システムと同時に人材の育成がやはり大事になってくるのかなと思います。

○藤田座長：ありがとうございました。

人材を育成しなくてはいけないが、不足しているからなおさら大変だという状況ですね。

それでは、浅草病院の日野先生、お願いいたします。

○日野（浅草病院 院長）：このことを語るにおいては、やはり平常時と非常時といますか、それを語らないといけないと思っております。

平常時に関しては、幾つか先ほど先生がおっしゃったように、医療連携は、やはり新しく構築していくということを考えております。

非常時に関しては、やはり災害医療といったものに関してやっていきたいと思っております。

○藤田座長：ありがとうございました。

続きまして、台東区立台東病院の山田先生、お願いいたします。

○山田（台東区立台東病院 病院長）：当院は、どちらかという在宅へ返す病院ということで開設したものですから、今お話のあったようなかかりつけ医の先生方との連携を深めているのが現状です。

ただ、そういう意味では上りの患者さんを余り受けられなかったもので、この地域医療構想の初期の時代には、「がんや脳卒中の治療ができないような病院は必要ないのではないか」と当院がやり玉に上げられて、非常に苦い経験をした印象があります。

ただ、ここに来て「下りの機能が重要だ」というような議論になったのは非常にありがたいことで、我々としてはそこを伸ばしていきたいと思っているところです。

というわけで、我々の急性期の病床は、かかりつけ医の先生たちからのサブアキュート、誤嚥性肺炎や心不全の患者さんの受入れから、超急性期に収容された患者さんをかかりつけ医の皆さんへ戻すためのポストアキュートを充実させているつもりです。

医療連携については、私どもはどちらかというと、かかりつけ医の先生たちとの連携を重視したいと思っているところです。

上りも下りも、患者さんがかかりつけ医のところにはまずは身を寄せられて、そこからの紹介あるいはそこへ戻すことをぜひ充実させたいということで、在宅専門の先生方もいらっしゃるんですが、私どもとしては、長年かかりつけ医の先生方にかかった患者さんが安心して超急性期へ行く、そして、帰ってきても安心して在宅へ戻れると。

我々の病院が幾ら機能を拡充しても病床は限られていますので、やはりこれから充実させるのは、かかりつけ医の先生たちが訪問診療を、往診をされる患者さんの数を負担なく広げていくというのが非常に重要ではないかと思っています。

ですから、医療連携についても、患者さん中心の医療情報というか、かかりつけ医の先生たちが中心になった医療連携というのが、私は非常に重要だと認識しています。

○藤田座長：ありがとうございました。

2025年に向けての地域医療構想の、見通しが誤っていたことの一例ということになるのではないのでしょうか。貴重なご意見をありがとうございました。

それでは、浅草寺病院の黒田先生、お願いいたします。

○黒田（浅草寺病院 院長）：連携に関して言えば、当院はポストアキュートといった形で回復期の地域包括ケア病棟、そして療養病棟の病床をメインで持って、機能しているつもりです。その中で、できる限りポストアキュートも含めて様々な医療機関から受けなければいけないと思っております。

先ほどのお話に出てきたように、多くの疾患を慢性的に抱えている高齢者が多く、そういった方を療養で受け入れたり、地域に戻せる場合には戻していくというような役目をできる限り果たしていきたいと思っております。

ただ、専門性の高い病気を持っている方などがいらっしゃる場合には、なかなか受け入れにくい部分もあります。そういったところができる限り受け入れられればいいと思っておりますが、やはり厳しい部分もあるかと思っております。

当院のような小規模の病院ですと、先ほどからお話が出てきていますような、医療人材の確保が非常に厳しい中での病院運営となっているのが実情であります。

また、療養病棟ということに関して言えば、今回の診療報酬の改定でも、療養病棟には医療区分などがありますが、9区分から27区分へとかなり複雑な状況になってきております。医療の実態とはかけ離れた部分でも、調整などを含めた様々な問題が増えているようなことも実態だと思えます。

ですので、様々な形で連携を含めた協力ができればと思いますが、診療報酬の改定を含めて財政面が非常に厳しい状況の中で、いろいろな連携の構築といったものもやっていかなければいけません。非常に厳しい状況ではありますが、様々な連携をこれからも築いていければと思っております。

○藤田座長：ありがとうございました。

人手不足や経営面の環境悪化など、非常に厳しい局面にありながら、2025年、そして2040年へと向かっていかなければいけないんですが。

最初に増田先生から、こういう議論を期待したいというご意見がありましたが、いかがでしょうか。

○増田理事：一番の問題点と言っていいかどうかは分かりませんが、我々は医療行為に関して価格決定権はないわけです。診療報酬で金額が決められて、光熱費の上乗せすらできない。しかも財源の確保に関しても、いろいろと国に言っても結局意見も通らない。

そうなってくると、例えば、2040年に高齢者の医療需要が3倍や5倍に増えたときに、現在と同じ金額でやれと言われてもまず不可能です。

先ほど、浅草医師会の堀先生が「残酷な話がどこかでも出るかもしれない」とお

っしやったように、こういうふうな会議で医療連携をいろいろ進めたいと言っても、プラスにはなるけれども根本的な解決にならない。その辺の議論も、今後のこういう会議で意見を伺いたいと感じました。

それから、医療DXですが、私は東京総合医療ネットワークの副担当になっているんですが。

画像に関しては非常にいいんですが、カルテに関しては他院のカルテを見てその人の全体像がつかめるかということ、多分難しいと思うんです。

私のクリニックも半分“野戦病院”みたいなところで、多病の高齢者も多いので、毎日、入院の診療情報を一、二枚を書くんです。

「パーソナル・ヘルス・レコード」として紹介先の先生にご迷惑がかからないよう、今までの経緯も含めて書くんですが、自分のところ以外の病院で実は薬をもらっている、リウマチや虚血性心疾患などでもらっている方もいる。そうなってくると、そういう方をきちんとよその病院のカルテの中から拾えるかということ、かなり難しいかと思います。

ですので、それは、個々の「パーソナル・ヘルス・レコード」として、マイナンバーカードでもICチップでもいいんですが、個人、かかりつけ医、もしくはその人が受診する医者が、それぞれそこにサマリーを入れるみたいな形式にしないと、多分その患者さんの全体像は、紹介された先生はつかめないと感じていますので、今後はその辺の充実も必要かなと、きょうの議論を聞いて感じました。

○藤田座長：ありがとうございました。

佐々木先生からはいかがでしょうか。

○佐々木理事：全体的なことになりますが、平成28年にこの地域医療構想調整会議が始まったときに、私は区中央部の座長をさせていただいて、途中から今の藤田座長に交代していただいたんですが。

初めのうちは、病床機能をどうするかや回復期をどうやって増やすとか、その話に終始して、途中でコロナ禍が始まって、今度は医療連携とかをどうしたらいいかということ、これまでやってきました。

それで、今後は2040年に向けての医療提供体制をどうしたらいいかという

話になってきます。

最初は、病床機能報告で病床機能のことをやって、それから、この間は外来機能報告が出てきて紹介受診重点医療機関の話になった。これからは、先ほど話があった、かかりつけ医機能報告ができて、かかりつけ医についての話になっていくということで、この地域医療構想調整会議は様々な課題を話し合う場になっています。

何かを解決するというか、何かを決定するような会議ではないということは、皆さんもよく分かっていると思いますが、きょうのようにいろいろな意見を出して、それで、これからの課題解決にどんな材料が必要なのか、どんなデータがあると議論が進むかというような話を出していただければ、これから先も充実した地域医療構想調整会議になるのではないかと思いますので、いろいろな意見をいただければいいなと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○藤田座長：ありがとうございました。

こういった意見を踏まえて、ぜひこの場で話しておきたいという方はいらっしゃいますでしょうか。

東京都薬剤師会の犬伏（イヌブセ）先生、どうぞ。

○犬伏（東京都薬剤師会 常務理事）：先ほど、患者さんの全貌がというようなお話があったと思うんですが、その点については、患者さんが病気になったあとのことや、場合によっては病気になる前のことも、薬局として把握している場合がございます。

それで、先ほどのお話に出ました併用薬についても、薬局のほうで手に入れた情報等は今、病院様のほうに「トレーシングレポート（服薬情報提供書）」等で共有をさせていただいています。

ただ、全部の薬局が能動的にそれをしているかということ、その辺は難しいところがありますが、患者情報を取り寄せるときに、薬局というのもぜひ選択肢に入れていただけると、ひょっとしたらお役に立てることもあるのではないかということ、発言させていただきました。

○藤田座長：ありがとうございました。

増田先生、どうぞ。

○増田理事：お薬手帳がやはり非常に役に立ちます。

ただ、自分のところ以外でどこにかかっているのかを見ると、お薬手帳で把握できるんですが、患者さんによっては何冊もお薬手帳を持っていて、病院ごとに使い分けている人がいて大変困ったんですが。

犬伏先生が言われたとおり、確かに薬剤情報も含めて、医者というのはうっかり自分の専門だけ見ていると、薬局から電話がかかってくることも結構ありますので、その辺はマイナンバーカードも含めて、きちんと把握できるようになっていけばと思います。よろしく願いいたします。

○犬伏（東京都薬剤師会 常務理事）：ありがとうございました。

おっしゃっていただければ、出せる情報はたくさんありますので、ぜひ使ってください。お願いいたします。

○藤田座長：反対される方も多いんですが、マイナンバーカードで情報を引き出すと、処方されている薬がぱっと画面に出てくるので、びっくりするというか、便利なものだなということを感じるんですが。

特定健診の結果と合わせて、これも普及してくれればいいなと期待しております。

最後に、土谷先生からきょうのまとめをお願いいたします。

○土谷副会長：まとめになるか分かりませんが。

愚痴になってしまうかもしれませんが、医療DXと言いながら単なるデジタル化で、私たちの仕事が楽になるようなことがDXなはずですが、今はDXもどきといいますか、「これもあれもやってくれ」、「あれもできる、これもできる」となっていますが、より手間がかかってしまっていて、全然現場が楽になっている感じがしません。

真のDXが進んで、皆さんの負担が減って、団塊の世代が一つのターゲットに

なりますが、人材が十分ではない中でもその人たちが十分な医療や介護が受けられるよう、医療界は頑張って乗り越えられたらと思っています。

○藤田座長：デジタル化のためのデジタル化ではなくて、人手不足を解消するためのデジタル化でないといけないということですね。

○土谷副会長：それが真のDXです。

○藤田座長：貴重なご意見でした。どうもありがとうございました。

それでは、活発なご議論をありがとうございました。

最後に、調整会議は地域での情報を共有する場ですので、その他の事項でぜひ情報提供を行いたいということがありましたら、挙手をお願いいたします。

よろしいでしょうか。

それでは、本日予定されてい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。

4. 閉 会

○立澤課長：皆様、本日は活発なご議論いただきまして、また様々な貴重なご意見を頂戴しまして、大変ありがとうございました。

最後に、事務連絡がございます。

本日会議で扱いました議事の内容あるいはそれ以外でも結構ですので、追加のご意見やご質問がある場合には、事前に送付しておりますアンケート様式をご活用いただきまして、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いては、「東京都地域医療構想調整会議ご意見」と書かれた様式をお使いいただきまして、東京都医師会あてに会議終了後、1週間ぐらいをめぐり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。長時間にわたりましてどうもありがとうございました。

(了)