

[令和6年度 第1回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩北部〕

令和6年7月11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』

〔北多摩北部〕

令和6年7月11日 開催

1. 開 会

○立澤課長：定刻となりましたので、ただいまより令和6年度第1回目となります東京都地域医療構想調整会議（北多摩北部）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、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、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させていただいておりますので、恐縮ですが、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。東京都医師会の土谷です。

昼間の業務のあとご参集いただきありがとうございます。

調整会議は年に2回あるうちの今年度の第1回になります。内容としましては、特に皆さんでご議論いただくのは、地域の医療連携の話になります。

もう一度振り返りますと、地域医療構想は大きなテーマが2つあります。1つは病床の話です。急性期が多過ぎるから回復期を増やしたほうがいいとか、地方によっては医療需要が減るので、ベッドを全体的に減らさなきゃいけないんじゃないかなどを、関係者で話し合ってくださいということです。

もう1つの大きな柱は医療連携の話になります。

東京においては、病床の話はまだまだ医療需要が増えますので、そんなに差し迫った話ではありません。高度急性期、急性期が多いかもという話はあるかもしれませんが、そちらよりも、医療連携のほうが大きなテーマになっています。

コロナのときに皆さんでずっと話していましたが、医療連携の話だったんですが、今後も医療連携の話が中心になっていくかと思えます。

その地域医療構想は、2025年で終わります。その後はどうするか。国、東京都はどう考えているのかというあたりのお話があります。

そのときに必要になるのは医療情報です。顔が見える連携とありますが、それは当たり前で、顔が見えなくても連携しなければいけないので、そのときには、医療情報をどういうふうにやり取りするのかというのが課題になってきます。

そのあたりをきょうは皆さんと議論していただきたいと思っています。

よろしく願いいたします。

○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。

お集まりの皆さま方には、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。

本日の会議では、先ほど、土谷副会長からもございましたが、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係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た地域の医療連携に関する意見交換を、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、どうぞよろしく願いいたします。

○立澤課長：ありがとうございました。

本会議の構成員につきましては、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、ほかの地区の座長の先生方も、Web等でご参加いただいておりますので、ご承知おきいただければと思います。

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いては、後日公開となっておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を石橋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

○石橋座長：皆さん、こんばんは。座長の、東久留市医師会の石橋です。

地域医療構想は、2025年をめどに立てて、実行してきたわけですが、まだまだ課題が十分解決されないままに、次の時期に移っていくということで、次こそはというわけではないんですが、きちんとした連携を含めた地域医療の体制づくりにおいて、この会がその一助になればということで、今年度もできればと思っております。

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。

○白井課長：皆さん、こんばんは。東京都保健医療局医療政策部医療安全課長の白井と申します。日ごろは都の医療行政の推進にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

本日ご説明させていただく内容は、昨年度に引き続き、非稼働病棟等の稼働の
お願いでございます。

ことしも全ての調整会議終了後に、私ども医療安全課から各病院あてにご案内
させていただきますので、本日は簡単にご説明させていただきたいと思いを
ます。

タイトルですが、「病床が全て稼働してない病棟等を有する医療機関における病
床の稼働について」ということです。

資料1の「1. 目的」のところは、「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」ということを目的としております。

「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
いうこととなります。

「3. 対象の医療機関が行うこと」については、お願いすることが2つござい
ます。

(1)は、稼働していない病棟を稼働して、病棟等を再開する。

(2)は、非稼働病棟等の「具体的対応方針」を東京都に提出する。

このどちらかをお願いしたいというものでございます。

昨年に続いてのお願いでございますが、何とぞご協力をよろしくお願いいたし
ます。

私からは以上です。

○石橋座長：ありがとうございました。

この事項について質問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。

それから、報告事項(2)については、資料配布で代えるということでございます
ので、資料をご覧いただければと思います。

3. 議 事

(1) 2025年に向けた対応方針について

○石橋座長：では、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。

東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：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。よろしくお願いいたします。

資料3-1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。

協議の方向性でございますが、こちらは令和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とか、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することについて、皆さまにご了承いただいているところでございます。

各医療機関の具体的な内容につきましては、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、医療機関名を黄色としております。

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、右側の備考欄で、「新規」「変更」と記載しております。

また、変更のあっ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、ぜひともよろしくお願いいたします。

説明は以上となります。

○石橋座長：ありがとうございました。

北多摩北部地域では新規の病院開設についてはございませんが、武蔵野徳洲会病院さんは変更があるということだと思いますが、何かご質問、ご意見はございますでしょうか。

北多摩北部地域につきましては、全体の病床数もほぼ変わりなく、順調に埋まっていっているのかと思っております。もちろん、ほかの地域と同様に、回復期の数がなかなか予測されないというところがございます。

今後、地域医療構想というものは、ある程度見直しをされていく予定でございますが、そうしますと、高度急性期、急性期、回復期、慢性期という分け方に関しても、若干変更されていく可能性もございます。

そういう意味で、来年度までの変更点というようなところだと思いますが、何かご意見とかはございませんか。

それでは、各医療機関の対応方針につきまして、調整会議で確認及び合意を踏むということにされておりますので、皆様にお諮りしたいと思います。

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の2025年に向けた対応方針として合意するというところでよろしいでしょうか。

〔全員了承〕

ありがとうございました。では、第1の議題につきましては、皆様のご同意を得たということにさせていただきたいと思えます。

では、次の議事に進めさせていただきます。

(2) 地域医療連携の更なる推進に向けて（意見交換）

○石橋座長：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、意見交換をさせていただきたいと思えます。

ただ、資料4-1を通しでやりますと、議論が進まないということもあるかと思っておりますので、3つぐらいに分けて進めていきたいと思っておりますので、ご協力をお願いいたします。

では、東京都からご説明をお願いします。

○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を共有させていただきます。

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、国の検討会の動向等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)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、「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、全圏域でご了承を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、下の米印の部分ですが、推進区域は都道府県当たり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○にあるとおり、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する区域、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年時点のデータをもとに推計され、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、昨日、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、都に報告したとおり、全13構想区域を推進区域とする案が示されております。

なお、推進区域として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。

参考資料2として、現在国が示しておりま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ます、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。

まずは、推進区域の説明については以上となります。

○石橋座長：ありがとうございます。

地域医療構想調整会議におきまして、この地区をどういうふうに医療的に連携も含めた形の地域医療を充実させて行われるような地域にしていくかということに関して、いろいろなパターンがある。

その中で各県2つずつぐらいを取り上げて、実際のモデルを、皆さんに提示しようという話のようでございますが、東京都は非常に様々な地域がございます。

2つの区域に絞るということもできないだろうし、1か所を何とかすればいいという問題ではなく、お隣とか区域を越えた取組みというのにも必要になってくると思われまますので、これを1か所とか2か所とかに絞ることはかなり難しいので、全区域を推進区域としていただけるというお話だったと思います。

そうしますと、もちろん各推進区域でこういう作業が生まれてくるわけですので、大変だと思いますが、皆さんのご協力でこれを進めていければと思いますが、いかがでしょうか。

この東京都の案は、国から示されたものではございますが、東京としてこういう形でやっていきたいというところに関してご意見、ご質問等がございましたら、お受けしたいと思いますが、いかがでしょうか。

では、東京都医師会の土谷副会長、お願いします。

○土谷副会長：国は、2025年を見据えた現行の地域医療構想について、今さらですが、「推進区域とかモデル地域を選んでくれ」と言ってきたところです。

それも、都道府県の中で1個か2個にしておいてくれということですが、東京都は何と「全部やってやる」という話です。

石橋先生がお話ししたとおりで、都内で1個や2個やったところで、どうなるかという話で、すばらしい対応だと思います。

その代わりに、全圏域で対応方針とかグランドデザインとかをつくらないといけないので、東京都はまた仕事が増えたかもしれませんが、それでも、国の言うとおりはやらなくて、東京都は東京都なりにやっていくという姿勢を示したところですので、皆さんは、その心意気を感じてほしいと思います。

○石橋座長：ありがとうございます。

2040年に向けてということになりますので、現状の課題とか、「こういうところはこうなんだ」という、今までのデータとか。

「今の分類で行くと足りないという回復期が、現状はちゃんと動いているんだ」とかというような実例を挙げながら、今後のものを考えたような報告書ができるといいかなと思っております。

ほかにいかがでしょうか。

では、次に行きたいと思います。

新たな地域医療構想に向けた国の動向について、ご説明をお願いします。

○井床課長代理：引き続き資料4-1を共有してご説明させていただきます。

5ページから説明をさせていただきます。

現行の地域医療構想については、今ご説明したとおりで、推進区域、モデル推進区域を設定した取組みということですが、一方、国のほうでは、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、

かかりつけ機能や在宅医療、介護連携等も含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として、検討が進められております。

現在の検討状況ですが、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は、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、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。

などの意見もしております。

また、今回の国の新たな地域医療構想についての検討会議では、かかりつけ医の話もあるんですが、そちらについて、石橋先生から、国の検討状況のまとめをいただいた資料を、今回ご提供いただきましたので、まず画面のほうで共有をさせていただきます。

先ほどご説明した新たな地域医療構想に向けた検討会とともに、国のほうで、「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」ということで、同時並行で国の検討が進んでいるところでございます。

そちらの両方の検討会議、分科会それぞれの資料からまとめていただいたところでございまして、この中から内容をご説明させていただきます。

こちらは、複数の慢性疾患、認知症、あとは医療介護の複合ニーズ等を抱える高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約があり、医療従事者の働き方改革を推進する中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保し、地域の医療需要に対応することが一層重要となる、とまとめていただいております。

こちらの資料については、かかりつけ医に関する分科会の資料と、先ほどの新たな地域医療構想に関する検討会についてまとめていただいたものになっております。

今しがたご提供いただいたところですので、また後ほど皆様方にはこちらの資料については共有させていただこうと思っております。

では、また資料4-1に戻らせていただきますが、国の新たな地域医療構想に関する検討会については以上のとおりですが、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、今回を含めて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。

皆さまのご協力をいただければ、大変幸いです。

ここまでの説明は以上となります。

○石橋座長：ありがとうございます。

今ご説明がありましたように、国は2040年をめどに、次の新しい地域医療構想を決めていこうということで、今、地域医療構想の検討会をやっています。

間に合わなくなって申し訳なかったんですが、そこでの議論のまとめというものを作成させていただきましたので、後ほどご覧いただければと思います。

要は、これからの日本、また東京の医療がどういうふうになっていくのかということ踏まえて、それに対応できる医療体制、それも病院だけではなく、外来とか在宅も含め、そして介護の連携を含めた地域医療構想というものを、きちんとつくっていく必要があるだろう。

そのために様々な施策に取り組んでいかなければいけないし、それは各地域ごとに医療のあり方というのを各地域できちんと検討していただきたいというメッセージが込められているのかと思います。

そういう意味で、先ほど、土谷会長からお話がありましたように、地域の連携というものをいかに進めていくのか。そのための地域医療構想はどのようなものなのかということ、きちんと考えていく必要が、我々それぞれにあるのかと思っております。

そういう意味で、ここでぜひ皆さんの忌憚のない意見をいただきたいと思えます。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：現行の地域医療構想は、来年2025年で終わりということで、2026年から新たな地域医療構想というのが始まります。

目標年は、繰返し言われていますが、2040年になります。15年ほど先の話ですが、働き手が少なくなる日本になっています。

働き手がいないうちでどうやって医療介護を維持しているのかというのが、大きなテーマになります。

それを目指して国はやっているわけですが、東京都は、先ほどもご案内がありましたが、どんなことを考えているか、あるいは報告したかということ、今まで皆さん、振り返ってみると、地域医療構想で病床配分の話でずっと振り回されてきました。

北多摩北部は余り激しい議論はなかったですが、他の圏域においては、様々な議論がありました。

病床の配分で、本当に私たちは振り回されたところですが、東京においては、機能分化と連携のほうが重要になっていましたし、これからもそうだと思います。

ですので、東京都は、「国の言うとおりはやめさせてくれ。柔軟にやらせてくれ」というのが、コメントです。

しかも、人材が不足していくわけですので、人材が少ない中で、そのあたりも強調してもらいましたが、国の言うとおりにじゃなくて、「それぞれの都道府県に任せてやらせてほしい」ということを述べたということです。

ですので、国の言うとおりでなくて、自分たち自身でこの地域のことを考えていければと思います。

○石橋座長：ありがとうございます。

まず、そういう東京都独自といいますか、各地域それぞれの状況に応じた地域医療構想というものが出てくるべきであろうかと思えます。

また、新たなDX、ITとかいろいろなものを活用して、人材不足に対応することも含めて、新たな医療の体制というのをつくっていく。

また、感染症への対応にも強い、都市型の地域医療というのはどういうふうにあるべきか。

その中で、病院だけではなく診療所、そして、介護とか地区医師会がどういう役割を果たしているのかということ、きちんと検討して、できればある程度形にしていくということが必要になってくるかと思うんですが、いかがでございましょうか。

「こういうふうにしたい」とかいうところも含めて、北多摩北部地域でどういふふうに進めていったらいいということにつきまして、皆さま方のご意見をいただければと思います。

そういうことじゃなくても、「よく分からないんだけど、この辺はどうなっているか」というご質問で構いませんので、ご意見をいただければいいでしょうか。

今の部分のところは、新たな形で進んでいきたいんだということで、皆さん、そのような形でよろしいでしょうか。

それでは、それをもとに、今後どのように進めていくかということにつきまして、東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理： また、引き続きまして、資料4-1に沿ってご説明させていただきます。

10ページのところですが、こちらは今回の意見交換の説明となっております。

先ほど申し上げましたとおり、新たな地域医療構想の策定に向けた準備というところでお伝えしたところがございますが、今回の調整会議では、地域の現状把握、課題確認といたしまして、地域医療連携の推進について、意見交換をいただきたいと思っております。

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。

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、資料の中に該当部分に下線を引いてをお示ししております。

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でまとめておりますので、簡単にご説明をさせていただきます。

まず、1枚目と2枚目に、北多摩北部圏域の病院の回答をまとめております。

1枚目の左側、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、19病院から回答いただき、うち7病院が「システム導入済み」でございました。

右側、システム導入済みの病院のメリットといたしましては、「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」の回答が最も多く、逆に、運用面での課題といたしましては、「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」ですとか、「患者家族の同意取得に係る業務負担が大きい」という回答が多くございました。

2枚目は、システム未導入の病院の回答でございますが、医療連携の際の原状の手段といたしましては、ファックスやメール、電話がほとんどでございました。

また、導入していない理由といたしましては、コスト面のほか、「電子カルテ未導入、または電カルが地域医療連携システムに対応していない」という回答が多くございました。

導入に向けた改善点といたしましては、「ランニングコストや導入コストに対する財政的支援」や「セキュリティ対策に関する担保」といった意見がございました。

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等は、右側に記載のとおりでございます。

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、導入予定が131病院ございまして、特に高度急性期や急性期といった機能の病院で、多く導入されているところでございます。

システム導入のメリットや課題、システム導入していない理由につきましては、当該、北多摩北部圏域の傾向と大きく変わりはございませんでした。

また、資料の4-1に戻りますが、都の将来推計人口に関して、11ページ以降でお示ししております。

11ページでは、都全体の人口推計をお示ししており、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65歳以上の高齢者の単独世帯の割合も増加していくことが予想されております。

次の12ページでは、当該圏域の人口推計、13ページ以降は、参考までに全圏域分の人口推計をお示ししております。

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件まとめております。

上段に記載のとおり、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あたり、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。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。

2点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。

○石橋座長：ありがとうございます。

それでは、今のご説明に従って、皆さんのご意見をいただきたいと思うんですが、まず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を受入れ等に当たって、人材不足というものが非常に危惧されるわけでございますが、こういうことへの対策として、各医療機関の中でどう対応したらいいのかというようなことにつきまして、ご意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

病院の先生方になるかと思うんですが、まず、高度急性期の病院の先生にご意見をいただきたいと思います。

最初に、公立昭和病院の坂本先生にお伺いしたかったのですが、通信状況がよくないということですので、あとからお願いいたします。

では、多摩北部医療センターの高西先生、いかがでしょうか。

○高西（多摩北部医療センター 院長）：受入れに関しては、救急をスムーズに受けられるように、病院の体制を整えていくということで頑張っているつもりですが、出口の問題がどうしても今思っているところです。

地域包括医療病棟という仕組みが始まったんですが、これがこの圏域でどれぐらいの病床ができて、機能するのかなというのが、まだ見えないなというのがあって、悩んでいるというか、関心のある点です。

○石橋座長：ありがとうございます。

多摩北さんでは、総合診療科を立ち上げていらっしゃると思いますが、この辺のところではいかがでしょうか。高齢者の複数疾患をお持ちの方々の受入れに対していかがでしょうか。

○高西（多摩北部医療センター 院長）：総合診療で入院病棟も始めたんですが、85歳以上の、それこそ今社会の課題になっているという患者さんが、ほとんどになっています。

担当している医師たちは、本当に総合力を発揮して、よく勉強して、対応するように頑張ってくれています。

これで何人か人を育成できれば、今はまだ病院の中だけですが、地域に出て行って、地域のサポートとか、この辺の患者さんの流れのコーディネーターをできるようにになってくれないかなということを期待しています。

○石橋座長：ありがとうございます。

介護の連携とか病院間の連携というものに、総合診療医が役割を果たせるといひかなと思います。

続きまして、東京病院の松井先生、いかがでしょうか。

○松井（東京病院 院長）：どこの病院も同じだと思うんですが、今こういう複数疾患を有する高齢患者さんが、病棟の多くを占めているような状況で、実際、うちも看護師さんの不足と、医者も不足はしてないかもしれないけれども、必要な科に医師の補充ができないとかというところがあって、診療科が偏って、増やすことができないみたいなどころがあります。

どうやって解決するかと言われても、なかなかこれが難しいところで、日本じゅうの医療機関が似たような問題で悩んでいるところだと思います。

将来の話で言えば、人で解決するんじゃない方法というんですか、コンピュータが解決してくれたりとか、情報共有で解決したりとか、人が何とかしない方法で何とか解決できないのかなというのが、正直な感想ですね。

病院というのは、人の労働力で動いているようなところが、もう9割ぐらいあると思うんですが、そこがもっと改善されないと、なかなかこの問題を、今普通に考えているようなアイデアでは、なかなか解決できないんじゃないかなというのが、正直な感想です。

○石橋座長：ありがとうございます。

AI機能とか、ロボット等の技術をもって、医療介護のサポートというものも考えないと、人材不足には対応していけないだろうというご意見かと思えます

そういう意味では、今度、医科歯科大学と東工大が合併して東京科学大学になりますが、ああいうところが東京にあるわけですので、何かやってくれるとうれしいですね。

それでは、急性期の病院として、佐々総合病院の鈴木先生、いかがでしょうか。

○鈴木(佐々総合病院 院長)：我々の病院は、以前からお話ししていますように、内科の医師がどうしても足りないような状況です。

外科、整形、脳外の辺に関しては積極的に取っておりまして、救急からの入院率が7割ぐらいのような病院です。

ですから、それに関する合併症という意味の複数疾患に関しては、何とか我々で対応していくような形ですが、本当に内科系の複数の疾患を抱えている患者さんに関しては、どうしても高次機能の病院とか、ほかの病院にお願いするような形になっているのが、我々の現状であります。

○石橋座長：ありがとうございます。

そういう場合に、本来は外科的な手術で入院された方々の内科疾患の管理というところに関して、院内で頑張っていらっしゃるということですが、こういうものに外からの協力なり、支援なり、それは病院なのか、開業医の先生なのかよく分かりませんが、その辺、外からの協力というような形はご検討されたりしていらっしゃるでしょうか。

○鈴木(佐々総合病院 院長)：もちろん、それこそグループ内の協力で、きょうも出席されている西東京中央総合病院の野田先生方にお世話になったりであるとか、地域の連携はもちろん使わせていただいています。

あとは、患者さんごとに、どうしても対応できないのは、高次機能の病院にお願いしているような形になっております。

○石橋座長：ありがとうございます。

それでは、回復期で、田無病院の丸山先生、いかがでしょうか。

○丸山(田無病院 院長):いろいろな疾患を持っている患者さんというのは、我々回復期だと非常に多いわけです。

内科的な疾患を多数抱えていて、リハビリに來たりだとか、また、急性期病院から我々のところに、回復期ですので、地域包括ケアに期待するということで來たりしています。

そういう意味で、我々の施設では、いろいろな疾患を持っている患者さんは、一つ一つ治すというよりは、運動と栄養ということで、今回の診療報酬の改定もあったように、リハビリと栄養と口腔というものを中心に、回復期としてはやっていきたいと思っております。

一つ一つの疾患を、我々のところは、急性期として得意ではございませんが、総合的に診ていくということは、そういう意味では、回復期のほうがやりがいもあるかなと感じております。

○石橋座長:ありがとうございます。

多職種が協働、連携をしながら、患者さんをサポートしていくには、回復期は非常に適した立ち位置なのかなということかと思えます。

その人材的にはいかがなものでしょうか。多職種の方々は病院に雇われているのでしょうか。それとも、地域の多職種の方々が協力されるという形になるのでしょうか。

○丸山(田無病院 院長):確かに、病院の中の多職種の連携もございますし、西東京市だったら、地域での職種の連携ということも、比較的行われております。

MCSなどを使って、在宅などでは、いろいろな病院や在宅の人たちが連携しているとなっています。

完全というわけじゃないですが、徐々にそういうのが進んでおりますので、そういう意味では、少しずつ、病院内及び地域での多職種の連携というのは、一時コロナのときは、非常にいいところまで行っていたのに、駄目になったんですが、

また少しこのポストコロナからになって、また以前まではまだ行かないですが、多職種連携が地域で回復してきていると思っております。

○石橋座長：ありがとうございます。

続きまして、回復期の小平中央リハビリテーション病院の鳥巢先生、いかがでしょうか。

○鳥巢（小平中央リハビリテーション病院 院長）：先ほど、丸山先生がおっしゃったように、うちは回復期と維持期と両方やっているんですが、急性期と慢性期というのは、もう同じラインで結ばれたほうがいいと思うんです。

というのは、急性期でまず命を助ける。そのあと、今度は、基礎疾患というのは、先ほどから何回も出ているように、高齢者というのはほとんどもう“病気の宝庫”ですから、高血圧、糖尿病、高脂血症なんてほとんどの方が持っているんですよ。

それで、誤嚥性肺炎でおかしくなってしまうと、肺炎を起こしたからといって、すぐまた急性期にお返すわけにはいかないんで、こちらもある程度のことはせざるを得ない。

それだけやりがいもあるんですが、いかんせん、最近の働き方改革で、若い先生が急性期には魅力を感じるようで、慢性期は余り魅力を感じないんですが、一番やりがいがあると思っています。

もともと私は外科の人間だから、はじめは、慢性期というのはちょっと二の足を踏んだんですが、慢性期をし出たらこれほどおもしろいところはないんですよ。

やったあとで、その結果が出てきます。もちろん、結果的に不幸にして亡くなる方もいらっしゃいますが、慢性期だからできないというわけじゃなくて、慢性期だからこそやらなければいけない。

急性期の先生たちは、助けたあと、だらだらと入院させるわけにはいかないうから、慢性期のほうが入院期間はある程度長くなります。そうすると、その間にいろいろなことができると思います。

ただ、厚労省は、もう回復期に関して言えば、「リハビリを減らせ」とか言うんですが、高度急性期からもうリハビリをやったほうがいいし、回復期になっても

もっとやったほうがいいし、それをやらないようにすると、治るようなものが治らなくなってしまいますよ。

だから、仲よくして、言いたいことが言える医療圏であるから、この北多摩北部というのはうまくいっているんだらうと思うんです。だから、これからも言いたいことを言って、その代わりにやることはちゃんとやる。

我々の時代は、いろいろ疾病を診させられたし、やらされました。それが今の若い先生は、専門医制度があるものだから、自分が分かっている以外はアンタッチャブルというか、手を出さなくなりました。

これからの医療はどうかと常々思うんですよ。不安になってしまうわけですよね。

道で倒れた人を見ても、「自分は専門じゃないから」といって、知らん顔して通りすぎる医者が増えてくるんじゃないかなと思います。

「専門医にならなくても、美容整形で稼げばいいや」なんていうドクターも増えてくるということになると、医療の原点が全くずれてきてしまうんですよ。

この際だから言いたいのは、人材不足はスタッフで埋めるしかないわけですから、医者じゃなければいけないというわけじゃなくて、うちの場合、セラピストが70人以上いますが、その中のセラピストが認知症のサポートの専門の資格を取ったり、看護師さんが糖尿病の専門の講習を受けて取るとか。

そういう医者でなければできないことでも、今はできるような時代になってきているわけで、そういうサポートを我々はしたいと思っています。

○石橋座長：ありがとうございます。

ドクターだけの連携ではなくて、多職種間の連携というものも、地域の中でつくっていくことによって、より高度の医療、そして介護が提供できるということかと思っています。

慢性期を担っている緑成会病院の中澤先生、いかがでしょうか。

○中澤（緑成病院 院長）：私も、今の鳥巢先生のご意見と全く同一で、高齢者の方はいろいろな病気を持っていて、なかなか慢性期の医者だけでは対応できない状況が多くて、多職種で対応していかないといけないと思っています。

ただ、医者を含めてスタッフが、なかなかそこまでその対応ができない方も多くて、そういう際には、ほかの病院とも連携しながらやっていかないといけないと思っています。

今後は、そういった意味で、慢性期のほうももう少し体制を整えていかないと、急性期からの患者さんを受け入れられないというか、受け入れていけないような状況になってきているので、慢性期でも治療をしていかなければいけないのではないかと思います。

急性期までとはいかないまでも、慢性期である程度体制を整えて、スタッフの教育を含めてやっていかなければいけないと最近は考えています。

○石橋座長：ありがとうございます。

完全に区分分けをするのではなく、重なる部分をつくっていくということは、非常に大切なことなのかなと思っています。

そういう中で、多職種が協力しながらということですので、多職種の立場として、歯科医師会の小玉先生、いかがでございましょうか。

そういう連携を組んでいくことの重要性は、もう重々承知しているんですが、どうやってそういう情報交換とか共有とかしていったらいいのかも含めて、連携についてお話いただけるとありがたいんですが、いかがでしょうか。

○小玉（東久留市歯科医師会 会長）：いつも皆様には大変お世話になっております。

歯科の立場で申し上げますと、歯科と生活習慣病の関わりということが言われています。

それから、先ほどお話もありましたが、リハビリテーション、口腔管理、栄養管理の対応が、介護のほうから、回復期の病棟のほうからも必要になります。そして、介護から医療へのシステムという形で、国のほうでも整備されてきています。

その中で、なかなか医療情報の中に、先生方は、電子カルテの情報のいろいろな共有とかができるんですが、歯科はなかなか、疾患の部分が入らない。また、一番大事な歯の数とかいったところが、病院に行ったとき、介護施設に入ったと

き、情報として取れる仕組みができればいいんですが、なかなかそういったところがまだ整備されていません。

ある程度介護の中では、スクリーニングを栄養と一緒にやっているという体制になっていますので、十分じゃないところがあるんですが、今後は、オーラルフレイル対応も含めて、歯の数が一番大事だと思います。

それから、生活習慣病については、令和6年度の診療報酬の改定で、内科の先生方が、眼科の先生とか歯科のほうに患者さんの診療を求めるということも記載されています。

ですので、地域の生活の中で、それからまた、普段、医療を受けられている中で、それからまた、要介護になったときに、また回復病棟に行き来する中で、歯科のことも情報として入れていただければありがたいと思います。

あと、誤嚥性肺炎の話も出ましたが、肺炎予防の新しい診療の指針も出ているんですが、口腔健康管理とか口腔ケアが誤嚥性肺炎の重症化の防止とか予防に役立つということの意味合いを、皆さんご存じだと思います。

ですので、人手不足でなかなかそれが推奨されないということがあるので、そこでも人材育成とか、人材の手当てについて、これは医療職だけではなくて、看護職、介護職、それから家族の皆様にも、そういった健康のリテラシーの向上みたいなところを、しっかり地域医療構想の中でもやっていただければありがたいと思います。

よろしく願いいたします。

○石橋座長：ありがとうございます。

それでは、慢性期の親愛病院の越永先生、お願いします。

○越永（親愛病院 理事長）：病院だけじゃなくて、特別養護老人ホームと介護施設も、私のところで経営しているので、複数の疾患だったりとか、もう既に介護している方が、回復期にしろ慢性期にしろ入院してきます。

そうすると、慢性期とか医療療養病棟とかでも、実際問題は介護士さんというのを雇って、そこで介護介護しながら治療しているんです。回復期でも同じようなことになっていると思うんですね。

ただ、問題が、老人ホームで勤めている介護士さんたちには、「処遇改善加算」という加算がありまして、非常に手厚く、給料がどんどん上がっていくという状態になっているんですが、実際に病院で働いている介護士さんにはその加算がないんです。

では、医療保険でそれを上げることができるのかということ、できないということになるので、実際、これからの病院で介護しながら治療するときに、介護士さん不足は必ず出てきてしまうんですよ。

さらに、東京都では、「介護士さんに3万円、1人ずつ配ります」というような政策をやってしまったているものですから、病院で介護士さんを雇うということが、すごく難しくなってきたという事になっているんですよ。

東京都にも考えてもらいたいんですが、介護士さんが働いているのは介護施設だけじゃないんですよ。病院でもみんな働いているので、そこで差が出てきてしまうと、介護士さんがみんな病院から介護施設に流れていってしまうという現象が起きるんですね。

余りそこまで考えないで、そういうふうな政策をとらえているので、実際にその歪みが、回復期や慢性期の病院にもこういうことが起きているんじゃないかなと思います。

これを何とかしないことには、これからどんどん介護の必要な患者さんが入ってくる病院で、必要な治療を受けなければいけないところを、医療スタッフだったり、看護スタッフが介護しなければいけないという状況が続いていくということが起こるので、そのところについてはよく考えていただければと思います。

○石橋座長：ありがとうございます。

どういう立場でどういうふうに働いているかということまで、きちんと見て対応していただけるとありがたいということだと思います。

これは介護施設、病院だけの問題ではなくて、在宅等々も含めて、様々な方々が関わられてくるので、その方々の処遇というものもきちんとしていかないと、人材不足がより進行してしまうということになるかと思いますが、そういうところもぜひ意見として上げていけるような、地域医療構想調整会議でありたいと思いますので、ぜひそういうご意見をどんどんいただければと思います。

では、ここで、公立昭和病院の坂本先生から、通信環境がよくなったとのことですので、よろしくお願いします。

○坂本（公立昭和病院 院長）：冒頭で、マイクの調子が悪くて、発言がうまくできなくて申し訳ございませんでした。

今まで先生方がおっしゃったとおりですが、高度急性期医療機関の立場としても、当初の急性期医療を提供しただけでは、全く完治せずに、複数疾患を持つ高齢患者さんというのが多くなっているというのが、地域全体の問題であると思います。

もともと北多摩北部は、病病連携でうまくやっていたと思いますが、絶対数が増える中で、この連携がより深度を深めなければいけないと思いました。

連携の方法として、一つは、患者さんの情報の医療情報について、DXを用いてどのように共有していくかということが、一つの解決策かと思います。

もう一つは、それぞれの医療機関の中で、どのような患者さんが現在受け入れられるかというようなことが、見える化されていくようなことが、より効率を上げていくために必要なと思います。

転院を決めても、次の患者さんを入れるまでの時間というところに、タイムラグがどうしてもできてしまうので、そこはDXで解決すべき点かと考えます。

○石橋座長：ありがとうございます。

様々な部分部分でDXが今後さらに進んでいくと思いますが、ぜひそういうものを今後広げていく必要がございます。

こういうものを通して、地域連携というのもきちんとシステム化していく必要があるかと思います。

では、ここで、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：「そうなるといいな」と思ったのは、アンケートでも、「DXで将来こうなったらいいんじゃないか」という意見もありましたが、多摩北部医療センターの高西先生からの、「総合診療医のあり方について、院内だけじゃなくて、

外に出て、地域のコーディネート機能を発揮できればいいんじゃないか」というご意見をお聞きして、「なるほどな」と思いました。

今後は、1つの病院で医療が完結できる時代は終わってしまって、地域全体で連携していく必要がありますが、そのときに、コーディネートするのは誰なんだ。

患者さんや家族ができるわけではありませんので、誰かがやるわけですが、そういうのを総合診療の先生が外に出て、そういった役割を果たしてもらえると、すばらしい働きをされるんじゃないかと思いました。

○石橋座長：ありがとうございます。

では、東京都医師会の佐々木先生、お願いします。

○佐々木（東京都医師会 理事）：医療DXを活用した情報連携は大事だと思うんですが、上りの情報連携がどうなのか、下りの情報連携がどうなのか、どちらが大事なのか。どんな情報が必要なのか。

地域医療連携システムを19の医療機関のうちの7つが使っているということですが、果たしてそれが本当に血の通った情報連携になるのかどうか。どんな情報がそこに乗るのが必要なのか。そう思いながら聞いていました。

ただ、大事なのが、これからは医療人材もどんどん減っていきますので、「人が動かすことなくできるシステム」という話がありましたが、そういった考え方もすごく大事なんだと思って聞いておりました。

あと、国は、かかりつけ機能が発揮される制度整備の中で、地域完結型の医療提供体制の構築ということを行っているんですが、ご存じのように、東京は非常に人口の流出入が多いですので、地域完結型というのはなかなかしにくい。

その中でどんな地域医療体制を構築していけばいいのかということを考えながら、今後進めていかなければいけないと思って、話を聞いておりました。

ありがとうございました。

○石橋座長：ありがとうございます。

それでは、そろそろ時間ですが、いかがでございましょうか。

これだけは言っておきたいとかいう方はいらっしゃいますでしょうか。

特にございませんでしょうか、

それでは、最後に、調整会議は地域での情報を共有する場でございますので、その他の事項で何かぜひ共有しておきたいという情報がございましたら、皆さんにお伝えしていただければと思いますが、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、本日本日予定されていた議事は以上になりますので、事務局にお返ししたいと思います。

4. 閉 会

○立澤課長：皆様、本日は活発な議論をいただきまして、また様々な貴重な意見をいただきまして、本当にありがとうございます。

最後に、事務局から事務連絡でございます。

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、事前にお送りしておりますアンケート様式を使って、東京都あてにお送りいただければと思います。

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週間をめぐりご提出いただければと思います。

また、本日、石橋先生からご提供いただきました資料につきましては、後ほどまたお送りさせていただければと思いますので、いましばらくお時間を頂戴できればと思います。

それでは、本日の会議はこちらで終了とさせていただきます。長時間にわたりましてご出席賜りまして、またご意見をいただきまして本当にありがとうございました。

(了)