

[令和6年度 第1回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩南部〕

令和6年8月1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』

〔北多摩南部〕

令和6年8月1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（北多摩南部）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。東京都医師会の土谷です。8月になりましたが、暑い日が続いてコロナも増えていますが、皆さまはいかがお過ごしでしょうか。

今年度の1回目の調整会議が始まりました。今回のテーマは、地域医療構想そのものになります。

一つは、現行の地域医療構想のお話です。もう一つは、来年2025年が現行の地域医療構想の目標年となっていたわけですが、それが一区切りついて、新たな地域医療構想が始まるということです。それについてのご案内、そしてそれに

対しての東京都の意見などについてお話があります。

なお、毎回行っている意見交換ですが、こちらにつきましては、病床の話ではなくて、地域医療をどういうふうに連携していくのかというあたりの話になります。

活発なご議論を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。

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、先ほど土谷副会長からもお話がございましたように、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、どうぞよろしく願いいたします。

○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、これ以降の進行を齋藤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

○齋藤座長：皆さま、こんばんは。座長を務めます、小金井市医師会の齋藤でございます。よろしくお願いいたします。

かなり内容が豊富ですので、スムーズに進行したいと思います。ご協力をお願いいたします。

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。

○白井課長：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。

私からご報告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をお願いするものでございます。

なお、全ての圏域で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をさせていただく予定ですので、本日は簡単にご説明させていただきたいと思っております。

資料1の「1. 目的」のところをご覧ください。

目的は、「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」でございます。

「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」となっております。

こちらの病院に対してお願いしたいことが、「3. 対象の医療機関が行うこと」でございます。

(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。

なお、(2)の「具体的対応方針」につきまして、各医療機関におかれましては様々な状況やご事情があると思います。

ですので、そういった様々な状況やご事情等を踏まえた「具体的対応方針」をご提示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。どうぞよろしくお願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ただいまの報告事項(1)につきまして、ご質問やご意見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すので。

3. 議 事

(1) 2025年に向けた対応方針について（協議）

○齋藤座長：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考えております。

なお、「協議の方向性」でございますが、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、よろしくお願いいたします。

説明は以上となります。

○齋藤座長：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やご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。

膨大な資料ですが、病院のほうで幾つか、新しい報告や変更点があるようですのでご確認をいただければと思います。診療所のほうは変わりがないようです。

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）

○齋藤座長：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。

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。

○齋藤座長：ありがとうございました。

4ページ目までの説明が今終わったところですが、13構想区域全てを推進区域とするということです。

ここまでの説明で、ご意見やご質問がありましたらお願いいたします。

特にございませんでしょうか。

モデル推進区域というのはこれから、国から提示があるということですか。

○立澤課長：東京都でございます。

補足をさせていただきますと、モデル推進区域においては、都としてはゼロという形で国に報告をしております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

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。

地域医療構想には大きなテーマが2つあります。1つは病床の話で、もう1つは医療連携の話になります。

国は口が裂けても言わないんですが、人口が減っている中で既存の医療インフ

ラが余ってしまいますので、病床を減らしたい。それを、先ほども言いましたように、余り表立って言わないわけです。

東京はどうかといいますと、高齢者が増えますのでまだ医療需要が増える見込みです。そういったことで、病床を削減する話を適用するのは難しいというか、不都合が生じる問題でした。

それで、この医療構想調整会議でずっと話してきましたが、病床については、国の考えに基づいてやっていましたが、私たちはかなり振り回されてきたというのが実感だと思います。

いよいよ来年が地域医療構想の仕上げの年ということですが、仕上げに向けて、国は「推進区域を定めてください」と言ってきました。つまり、「病床削減をもっと進めなければいけないところは進めてください」という話です。

先ほども言いましたが、東京都においては、病床の削減をぐいぐいとやっていかなければいけない状況ではありません。皆さんもそう思っていると思います。

ここがポイントですが、東京都は国が「1個か2個、決めてください」と言っていたのを、突っぱねたと言ったら言い過ぎですが、国の言うままではなくて、東京は東京独自に、島しょ圏域を含めて13圏域ですが、それ全体としてやっていきたいと表明したということです。

その分、東京都さんの事務作業が膨大になるんですが、それもいとわずやるというところを、皆さんは汲んでいただければよろしいかと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

東京都病院協会の小川先生、どうぞ。

○小川（東京都病院協会、調布東山病院 理事長）：13圏域全部でやるということで、ありがとうございます。

その上で質問ですが、今後、推進区域対応指針を策定するというところで、参考資料2の様式例にもあるとおり、構想区域のグランドデザインを記載するとのことですが。

これまでも「医療機関の対応方針の策定」といつも言われてきたんですが、2040年を見据えて、東京都の各地域の本質や、どういうところが今救急搬送も

含めて対応しきれていないのか。

そのあたりの推定値あるいは現状のデータを東京都さんのほうできちんと示していただいた上で、「じゃあこれをそれぞれの地域の医療機関で、皆さんどうしましょうか」と、議論を進めていくという理解でよろしいでしょうか。

私たちは、「それも自分たちで考えろ」といつも言われているように理解していますが、現場で仕事をしていても見えてこないことはたくさんあります。

ですので、できればグランドデザインとして、「こういう体制が整うと、実はそれぞれの地域の医療提供体制としてはいい」ということを、まず東京都さんで数値を含めてデータをそろえて示していただければ、建設的な意見がみんな言えるのではないかと考えております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

事務局、お願いいたします。

○立澤課長：東京都でございます。小川先生、ご意見をいただきまして大変ありがとうございます。

今のお話ですが、このあとに、2040年を見据えた新たな地域医療構想の国の検討状況もご報告させていただきますが、そちらも含めて、どういったデータが我々で出していけるかについても今後検討していきたいと考えております。

また、新しい地域医療構想に関してですが、11月頃に、国の検討委員会にご参加されている松田先生がデータを使って説明会を開催するという情報を、国から受けております。そちらのデータが使えるようであれば、2040年に向けた検討で、皆様にお示しをしながらできるかなと考えております。

いろいろと資料等を集めながら、またご相談させていただければと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

○小川（東京都病院協会、調布東山病院 理事長）：ありがとうございます。

コロナ禍によって、いろいろなものが今までと全く違う動きをしていると認識していますので、松田先生のリアルなデータ等で新しい考え方を私たちも知って、その中で本来どうあるべきかをみんなで話し合えれば、非常に有意義だと思って

おります。よろしく申し上げます。

○齋藤座長：貴重なご意見をありがとうございました。

ほかに、ご意見はございますか。

府中医王病院の新井先生の代理の、安嶋さんからチャットでメッセージをいただいているようです。

事務局、お願いいたします。

○事務局：今、画面上にも表示させていただきましたが、代読させていただきます。

「一般医療機関の一部を介護医療院にしたいと思っています。一部を変更することでの夜勤者配置について、最新の転換についての情報を見ておりますが、当院は非該当と言われ困っております。アドバイスをお願いいたします。」

代読は以上になります。

○齋藤座長：ありがとうございました。

これにつきまして、事務局、お願いいたします。

○立澤課長：こちらは個別のお話かと存じますので、東京都で確認いたしまして別途ご連絡を差し上げたいと思いますが、よろしいでしょうか。

○安嶋（府中医王病院 事務長）：分かりました。よろしく申し上げます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ほかに、ご意見はございますでしょうか。

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。

先ほどまでが、現行の地域医療構想についてでございましたが、一方で、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、資料の説明を終えます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

9ページ目までご説明いただきましたが、ここまででご意見やご質問がありましたらお願いいたします。

「2040年を見据えて」ということは、今度は「15年後を見据えて」ということになりますね。

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います。

今の話は、新たな地域医療構想の話です。齋藤座長もおっしゃいましたが、今から16年後の2040年を見据えた地域医療構想になります。

東京都さんからもご提示があり、また先ほど小川先生からのご質問にもありましたが、医療だけではなく介護も含めて、「地域医療構想」と言っていますが「地域医療・介護構想」になるのかもしれませんが、地域の全体を見据えて幅広く医

療を考えていきたいと思いますということになりそうです。

さて、東京都は国の検討会に呼ばれて、国に意見してきたということですが、47都道府県の中で意見をしたのは2つだけでした。

1つは福島県ですが、福島県は実はその検討会のメンバーでした。東京都はメンバーでもないのに、あえて呼ばれたんです。

なぜかという、東京の地域医療構想は、国のやり方ではうまくいっていないということが、国も分かっていたんだと思います。

そこで東京都さんが言ったことについて、ポイントが2つあります。

1つは、東京都においても人材が足りなくなるだろうと。看護助手や介護に対する人材不足をはじめ、医療の人材が不足するだろうということです。

このことを訴えていただいたわけですが、他の道府県から見れば、「東京都は人がいっぱいいていいな」といつも言われるんですが、そんなことはないという話です。

もう1つは、これは国が求めていたとおりでと思うんですが、今までの地域医療構想の中で、先ほど「私たちは振りまわされた」という表現をしましたが、国の地域医療構想を東京都に適用するのはかなり無理があったと、私は思っています。その中で、「柔軟にやらせてくれ」ということを述べたということです。

先ほど、「1個か2個、モデル推進区域を示してください」と言われたのに、東京都は「全部やる」と言ったという話にもありましたように、東京都は国の言われるままではなくて、東京都独自に皆さんと話し合いながら進めていきたいということです。

つまり、2つのポイントというのは、東京においても人材が足りなくなるということ、それから、東京は東京で柔軟にやらせてくれ、と訴えてきたということです。

○齋藤座長：ありがとうございました。

「東京都は国と闘ってくれている」という理解でよろしいでしょうかね。

そのほかに、何かご意見はございますでしょうか。

野村病院の野村先生、お願いいたします。

○野村（野村病院 理事長）：フォローしきれていないところもありますが、概ね分かりました。

今後、2040年に向けて福祉も含めて、しかも東京は全二次医療圏で主体的に地域医療構想を進めていくということで、その方法論に関してですが。

今までもそうですが、基本的に東京都さんが、私たちの中で出てきた意見などをある程度まとめて「これでどうですか」とやっていて、齋藤先生も本当にご苦労されていると思います。

調整会議において皆さんから合意を取り付けるという形ですが、このやり方に限界があるのではないかと思うんです。この中でワーキンググループみたいなものをつくって、「この地域ではこれでやっていったらどうだろう」と示していくやり方のほうが、私たちの手間がかかるかもしれませんが、より地域の状況を踏まえた提案ができるのではないかと思いますので、意見として述べさせていただきます。よろしくお願いします。

○齋藤座長：貴重なご意見をありがとうございます。

ワーキンググループについては、私からはすぐに答えられないんですが、事務局、お願いいたします。

○立澤課長：東京都でございます。野村先生、貴重なご意見をありがとうございます。

資料4-1の6ページで、これからのスケジュールを国が示してございます。2040年を見据えた新しい地域医療構想については、今、国で論点の検討をしてございまして、そちらが年内に最終まとめとなります。

その後、令和7年度に、新たな地域医療構想に関する都道府県向けのガイドラインを出ることになってございます。

具体的な策定手続きは、令和7年度中に国から示されることとなりますが、野村先生のお話のとおり、圏域ごとの状況はどうか、あるいは圏域を越えた連携はどうかも含めて、どういうふうな形でやっていくのがいいのかを考えながら進めていくことになろうかと思っておりますので、いただいたご意見も考えながら、東京都のほうでいろいろと考えていきたいと思っております。

○野村（野村病院 理事長）：よろしく願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。
東京都病院協会の小川先生、どうぞ。

○小川（東京都病院協会、調布東山病院 理事長）：この資料を拝見して、東京都の場合は特に、「人材不足イコール他業種との競争」という理解をしております。
その場合、人材、物、それからDXに関しての様々な費用がかさんでいて、今の全国一律の診療報酬では、東京の医療機関はとても利益が出ないので、厳しい闘いをしていることと思います。

それから、地方の皆様も苦しいのは理解した上で、東京は相対的な人材不足だということです。

この2点を踏まえると、新たな地域医療構想の話を進めていくということは、医療機関が今独自に負っている費用に対して、“東京都加算”のような別のものを何か考えるということも含めて、検討していけるというふうな理解でよろしいでしょうか。

○齋藤座長：事務局、お願いいたします。

○立澤課長：小川先生、ご意見をありがとうございます。

新しい地域医療構想については、まだ国が論点を検討している段階なので、どういった将来像になるかはまだお答えすることができません。

ただ、都として必要な医療提供体制に向けて、どういったことができるかを考えながらつくっていくことになろうかと思っておりますので、いただいたご意見を踏まえながら都として考えていきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

東京都は「こうなったら独立するしかない」というところまで行きそうな気が

しますが。まあそれは無理でしょうが。

ほかに、何かご意見はございますか。

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、北多摩南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、17病院からご回答をいただきまして、うち7病院がシステム導入済みでございました。

また、右側の「システム導入によって得られたメリット」としては「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」という回答を最も多くいただきましたが、「その他」として、「他の医療機関との情報のやり取りの

実績がない」という回答もいただいております。

一方で、「導入や運用面での課題」といたしましては、「システムの利用方法やメリットへの理解が院内で進んでいない」の回答を最も多くいただきました。

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やメールでの送付、電話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、導入だけでなく維持も含めて適切なコストであることや、システム・規格の統一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日までの調整会議の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ページでは北多摩南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、どうぞよろしくお願いいたします。

説明は以上となります。

○齋藤座長：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。論点が2点ありますが、これらについてご意見のある方はいらっしゃいますか。

では、こちらから指名をさせていただきます。主に病院の先生方にお聞きすることになると思います。

システムを導入されている医療機関は、高度急性期と急性期の病院に多いということなので、まず、そちらの病院の先生方にお聞きしたいと思います。

どんなシステムを入れていらっしゃるのか、またシステムの問題点、そして人材不足に対してどのように対処されていくか、どのように連携して乗り切っていくかということです。

まずは、院長になられたばかりの武蔵野赤十字病院の黒崎先生、お願いいたします。

○黒崎（武蔵野赤十字病院 院長）：まず人材に関してもそうですが、ご存じのと

おり、武蔵野市におきまして、急性期の二千台の救急車を診ていらっしゃる病院が、9月末でクローズされるということが突然決まりました。

このような外的な要因もございまして、構想そのものを根底から考え直さなければいけないという、非常に危機的な状況に直面しているところでございます。

ですので、地域医療連携につきましても、先ほど“東京都加算”というお話もありましたが、例えば、経営が非常に厳しいことが契機になって、急遽クローズする病院が発生しますと、役割分担だけでは賄い切れない大きな問題が突然発生するということもございます。

ですので、経営が健全にできるような環境を整えるということも、東京都において非常に重要な視点かと思えます。

また、人材確保につきましても、最適解と申しますか、方法はないわけではございますが、特に最近懸念されるのは他業種に流れていく医師、看護師、医療従事者をどのように引き止めるかが、恐らくどこの医療機関でも直面している課題かと思えます。

介護補助者に外国人の方を登用するという試みも多く行われていると思えますが、我々の病院はまだそこまでの踏み込みはしていないのが現状でございます。

あとは、地域の先生方との連携に関しましては、我々はまだマニュアルでやっておりますが、連携を機械的にはなかなかできないところがあるのはよくご存じのとおりで、なるべく「フェース・ツー・フェース」の密のやり取りをするということをご心にかけているのが、我々の現状でございます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

二千台をさばっている病院がなくなってしまうのは大問題ですが、経営の安定について、東京都として何か手立てはあるのでしょうか。

○立澤課長：東京都でございます。黒崎先生、ご意見をありがとうございます。

今すぐお答えできることはありませんが、我々も新しい地域医療構想の策定の中でもそうですし、今の医療提供体制がどうあるべきかという中でも、都としてやるべきことを考えながら施策を立ててございます。

今いただいたご意見も踏まえながら、今後どういうことができるかを考えてい

ければと、考えております。

○黒崎（武蔵野赤十字病院 院長）：ありがとうございます。

もちろん、我々医療機関は地域を支えるためにしっかりとやっていくわけですが、今の体制では経営上の限界があるという意見も強いということは、一言お伝えしておきたいと思います。よろしくをお願いします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

先ほどの小川先生のご意見ともつながる部分だと思います。貴重なご意見をありがとうございました。

小川先生、何かございますか。

○小川（東京都病院協会、調布東山病院 理事長）：この地域は、思っている以上に顔と顔の見える連携というか、特にコロナ禍があって、みんなつながっているという理解です。

先ほど、経営というお話が出ましたが、実は今までの地域医療構想会議でも二次救急の話は出ていました。大きい病院ではなくて、二次救急を支えている医療機関は恐らく15病院ぐらいあるんですが、そのうちの、私たちのような中小規模の病院が11ぐらいあって、そこが今どんどん減っています。

なぜかという、診療報酬の建付けが一番影響しております。二次救急に対する評価が非常に低くて、今年度の新しい診療報酬で「地域包括医療病棟」という、かなり単価の高い病棟が付きましたが、ここに行くには相当、施設基準が難しいです。そこに行ければ経営的に一呼吸置ける可能性はあるんですが、それでも一呼吸置けません。

ただ、施設経営が厳しくてなかなか行けないということで、みんなアップアップでして、そろそろ二次救急でも、「東京は救急逼迫で、役割としては必要だけでももう難しいです」という医療機関は、これからもう少し増える可能性があります。

そうすると、今まで「赤十字さんのような大きな病院さんが、医療密度が高いところをすぐ受け入れてくれる病院と連携して、そして赤十字さんたちのような

病院がベッドを空けて、救急をまた受け入れる」というネットワークができていたにもかかわらず、そこが今崩れています。

このことは数年前から、地域医療構想会議でも、中小規模の二次救急の病院さんが幾つか発言をしていました。それが今、現実になってきているということです。

なので、意外とこの状況は“待ったなし”ですので、あえて“東京都加算”という言葉を使わせていただいております。

○齋藤座長：切実な問題を解説していただいて、ありがとうございました。

続きまして、三鷹市の高度急性期の杏林大学病院の近藤先生、お願いいたします。

○近藤（杏林大学医学部附属病院 病院長）：高度急性期を担っている当院におきましては、特に大学病院という立場上、ことし4月からの医師の働き方改革の影響はかなり大きいと思います。

特に、忙しい診療科においてはかなり制限がかかってくるという状況がありまして、人材育成をしていくにあたり、そういった診療科偏在というのはこの先を考えると危惧される状況であります。

外科系などの入局者がほとんどいないという状況になっておりますので、今後かなり影響が出てくるのではないかと危惧されます。

その中で、例えば、大学病院では看護師などは中で育成していくという形が取れておりますが、病院薬剤師の方は、募集をかけてもなかなか来ないという状況がございます。

そういった意味でも、十分なケアをしていくにあたっての人材不足というのは、この先かなり重要な課題になっていると思っております。

それから、地域の連携につきましては、当院は、例えば紹介受診などはもともとファックスのみでやっていたんですが、患者さんが電話で直接予約が取れるようなシステムを始めております。

スモールスタートで、オンラインでの紹介受付を始めていますが、ただ、これは受ける側だけではなくて、送る側の体制というのも大事になってくるので、状

況を見ながら広げていくしかないのかなと思っております。

一方、連携の形では、東京総合医療ネットワークが画像の連携もできるようになってきておりますので、それへの参加を今、前向きに考えているところでございます。

この先どういう形で対応していけるのかが非常に難しい中で、毎日模索している状況であります。

○齋藤座長：ありがとうございました。

大学病院ならではの診療科偏在という問題、外科系を志望する方が非常に減っているということで、私もこれは聞いたことがあります。

将来的には、外科を担う先生がいなくなってしまうということですから、ほかの病院にもどんどん波及していくような切実な問題で、人材不足がこういう形でも出てくるということでしょうか。

それから、病院薬剤師さんが集まらないということで、やはりこれは、地域の薬局のほうへ薬剤師さんが皆行ってしまっているということですね。これも恐らく、報酬や働き方の問題でしょうか。

続きまして、府中市の高度急性期の榊原記念病院の磯部先生、お願いいたします。

○磯部（榊原記念病院 院長）：私どもは、高度急性期病院を307床で運用しております。論点がたくさんあると思うんですが、手短に幾つかをお話しします。

まずは、近藤先生が今おっしゃった「働き方改革」と、それから診療報酬も4月、6月に大きな変化があったんですが。

特例措置を認めていただいて、宿日直はある程度クリアできたんですが、診療報酬のほうで、ICUの医師の確保が非常に厳しくなって、結局、周産期のICUの加算を一時的に取り下げざるを得ない状況に追い込まれました。

働き方改革は非常に深刻で、かつ医師の人数の問題もありまして、病院の収益の大幅な減少につながっています。

ただ、幸いにして私どもは、看護師さんは人材派遣に頼らずに何とか確保できています。

うちの五、六年前の離職率は30%だったのですが、今は15%ぐらいまで減りました。大きな要因は、処遇をずっと改善して給料を上げたりとか、様々な福利厚生関係でして、離職が減って、歩留りがよくなったんですが、それでも全病床を稼働するところまではなかなか至りません。

看護師も厳しいですし、先ほど外科医の問題の話もありましたが、特に小児の心臓外科やICUの医師といった、急性期の根幹を担うところの専門的な医師がなかなか充足せず、非常に厳しい状況です。

また、連携につきましては、私どもの高度急性期では救急疾患をたくさん受けておりますが、逆紹介が210%ぐらいございまして、とにかく急性期の患者を取るために、緊急手術も多いです。

ですので、転院調整も重要な部分ですが、なかなか地域に戻っていく病院を探すのが大変で、ひと月を超す長期入院患者様がなかなか減らないです。これは、地域で連携をうまくやっていると詰まってしまう状況で、非常に困難を極めています。

最後に、医療DXですが、私どもは積極的に電子カルテの共有等を図って工夫していきまして、限定的に地域の登録医の先生方とカルテの共有化をしておりますので、当院の電子カルテが、そのまま診療所のデスクの上で見られるという状況を始めております。

ただ、なかなか広く進めていくようなシステムになってございませんので、東京都医師会で進めていらっしゃる「電子カルテの共有化」も随分と検討したんですが、まず費用の面で厳しいことと、それからベンダー間の壁が非常に大きいということで、現実には画像の共有化、特に緊急のCT等の画像の共有ができる状況にありませんでした。

ですので、「Join」のシステムの導入を今検討中でして、恐らく近々入ると思います。

ただ、これについても、私どもだけが入れても、紹介先あるいは紹介元の施設が同じシステムを入れていただかないと使えないので、今後どういう活用をするのか分かりませんが。

電子カルテの共有化は費用が高くて、東京都が半額を補助してくださるといっても、今後のメンテナンス費用はかなりかかりますので、二の足を踏まざるを得

ない状況です。医療DXとは言いますが、全体がもう少し共有できるようにしていただかないと、なかなか難しい状況であることを申し上げたいと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

様々な問題点があるということでしたが、中でも、医療DXについて非常に費用がかかってしまうので、なかなか広げていくのが難しい状況だということでした。

たしか、東京総合医療ネットワークは、画像の共有ができるんですか。

○磯部（榊原記念病院 院長）：画像の共有はできません。

私どもは非常に情報量の多い動画などを伝えますので、随分と調べたんですが、現実には、近隣の救命センター等から、緊急のCT画像を送る、「心エコー」の動画を送ることができないんです。

それから、今のネットワークはベンダー間で、富士通とNECでしたか、メジャーな4つのうち2つぐらいしか共有できていないということで、現実には使えないです。もちろん、地域でそれを導入しているところが少ないということもございますが。

○齋藤座長：そうでしたか。

土谷先生、お願いいたします。

○土谷副会長：かつては画像の共有が難しく、なかなかこの医療連携が、特に一刻を争うような循環器や脳卒中といった疾患について、まだまだインフラが整っていないです。

「インフラが整うにしても膨大な資金が必要だ」とのご意見をいただいていたところですが、東京総合医療ネットワークも画像の連携がまだできていません。今進めているというのが現状です。

細かい話になりますが、東京総合医療ネットワークの仕組みが、今は使っていないSS-MIX2という連携の仕方であって、国が示しているのは、HL7 FHIR という別のバージョンです。

そういう規格の話なども整っていないくて、それで「進めろ」と言われても、実際に先行投資をしてどこまで使えるのかが不安の中でやるわけです。

「医療についてDXが進んでいない」と私たちは周りから言われるんですが、私たちの医療機関が悪いわけではなくて制度や整備が整っていないので、どうやればいいんだというのが実情だと思います。

東京都医師会としては、東京総合医療ネットワークを推し進めているところですが、皆さんの利便性が高くなるようにだけではなく、平たく言えばお金の話とといったことも東京都に申し上げているところです。

引き続き、そのようにやっていきたいと思っています。ご意見をありがとうございます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

確かに画像の共有はなかなか難しい、特に動画は困難だと思います。いろいろと手立てを講じて、整備していただければと思います。

続きまして、狛江市の高度急性期の、東京慈恵会医科大学第三病院の古田先生、お願いいたします。

○古田（東京慈恵会医科大学附属第三病院 院長）：第三病院は大学病院ということで、二次救急を受ける21の診療科があります。

診療科によっては、入局者が少なくて手薄になりそうな部門が幾つかあって、新橋の本院を含めてほかに3病院あるんですが、病院によってはどうしても手薄なところが出てきている現状があります。

それから、どうしても大学病院ですと、縦割りの診療というところが特に連携面で問題になってくるかと思うんですが、第三病院の場合には総合診療部の医師が15名程度いて、縦割りの診療にならないように「横の連携を」という形をとって、地域からの依頼等の連携について対応しているところでございます。

それから、連携面では、数年前まではファックスによる予約がメインだったんですが、二、三年前からはDXを用いたもの、あるいはWebを用いた予約にも取り組み始めています。まだそちらのほうに移行しきれていないですが、取り組んでいます。

画像の共有等に関しては、脳神経外科や脳神経内科等では「Join」で、手術の必要性や緊急の治療の必要性があるかどうかを共有しています。

かかりつけ医の先生との、画像あるいは電子カルテの共有には、HumanBridgeを使ったシステムを導入しているんですが、これもコスト面のこともあるんですが、十分にまだ行き渡っていないというのが現状かと思います。連携していく上で、今後そこは密にしていきたいと考えております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

高度急性期の病院については、以上になります。

次に、急性期の病院の先生に伺っていきたくと思いますが、三鷹中央病院さんは入られていないようですので、府中市の多摩総合医療センターの榎山先生、お願いいたします。

○榎山（都立多摩総合医療センター 院長）：ほかの先生方が発言されたとおり、うちも働き方改革の影響を大きく受けています。いろいろ努力をしていたんですが、「時間外勤務960時間以内」という制限がなかなか達成できませんで、一部診療科は「B水準」で届け出たのが現状です。

ICUや救命救急センターなどの加算においては、交代制勤務が義務づけられたというか、一部加算において義務づけられたわけですが、これも相当な負担で、ぎりぎりでは何とかやっているという状況です。

また、私どもは救命センターもありますので、各専門診療科の当直室を持っているわけですが、例えば、脳外科あるいは、榊原記念病院さんにだいぶ助けていただいている心臓血管外科でも、当直を常に維持することが非常に困難になりました。場合によっては地域で輪番制や当番制といったことも検討しなければいけない時期なのかなと考えております。

外科の医師や薬剤師の確保に苦労しているのも同様です。

あとは、この地域で、私どもの病院は土日の“東京ルール”の固定当番となっていたのですが、今春からは多くの病院の先生方に助けていただいて、土曜の“東京ルール”を輪番で引き受けていただいております。

ただ、先ほどのお話に出た、閉めることになった病院にも引き受けていただい

ておりましたので、そこに穴が空く形になったことも深刻な問題だと思っております。

二次救急につきましては、働き方改革の制限の中で、宿日直許可を取りながら夜の救急をずっと受け入れること自体が、中小の病院には難しい状況になっていると私どもは感じております。

夜間・休日は自分たちで何とか頑張って「一旦は受け取る」ということをやっていきたいと思っているのですが、そうすると、翌日の転送についていろいろな問題がありまして、そのまま病院の中にたまってしまうことになると、とてももちません。

それで、私どもは独自に民間のネットワークを導入して、空き病床についての情報などを地域の病院さんと共有しているところですが、さらにプラットフォームになるようなシステムが整備されれば、非常にありがたいと思っているところです。

○齋藤座長：ありがとうございました。

やはり共通した悩みが出てまいりましたが、中小病院の厳しさを分かっていただいて、少しでも受け入れていただけるように頑張っていたいただいているところに大変感銘を受けました。

続きまして、調布病院の山田先生、お願いいたします。

○山田（調布病院 院長）：上手に話ができないので、ざっくばらんに、本音になってしまうと思うんですが。

この地区で閉院された病院は2件あると思うんですが、表向きの理由は「建物の老朽化で建替えが必要だけれども、建築費の高騰でできません」ということだったと思うんです。

ほかの所での建替えを検討していたが、昨今の急激な物価上昇などで、コストが見合わなくて建替えを諦めたという病院も、ちらほら聞いています。

こうなると、施設が老朽化して建替えが必要になったときに、建て替えられる体力のある病院が今の診療報酬体系では多分ないので、施設にがたが来た時点で次々に病院が閉院して、櫛の歯が欠けたようになって、「最後に立っているのは誰

か」みたいなことになるのではないかと思っています。

今高齢化が進んで大量死の時代がやってきていますが、病院の数をある程度維持してそこを乗り越えられれば、そのあとは人口が減るので、残った医療機関でおのずと回るのではないかと、国だけでなく東京都も、もしかしたら考えていらっしゃるのかなと思っています。

あとは、先ほど“東京ルール”に関してのお話がありましたが、働き方改革もそうですが、そもそも当直をやりたいという医師が全ての科で減っていると思うんです。

当直をやりくりするのも本当に大変で、外部から募集するとなると、業者を介するとまたお金がかかったりして、そのことも病院を圧迫している状態です。

うちもできる範囲でしか“東京ルール”にはご協力できなくて申しわけないんですが、全病院が何らかの形で参加して穴が空かないようにできないのかなと前から思っています。

“東京ルール”に参加していない病院の先生方には、この苦しい時期を乗り越えるためにも、月一回でも参加していただければと、個人的には思っています。

また、人材については、恐らく他業種のほうが給与がいいからだと思うんですが、ケアワーカーさんはほとんど募集しても来ないです。ただ、病院が減って櫛の歯が欠けたようになったとき、残った病院に就職せざるを得ない医療従事者の人も増えてくるのかと思っています。

ですので、今、中小病院は、大学病院よりも給与設定を高めにして何とか人をやりくりしていますが、中小病院が減っていけばみんなの働く場所がなくなるので、「安い給料でも仕方がない」と残った病院で働くことになる。そうなると、診療費を抑制したいという国の思惑どおりになっていくのかなとも思っております。

まとまりがなくて申しわけありませんが、以上が私が感じていることです。

○齋藤座長：貴重なご意見をありがとうございました。

病院の数が減ると医療費も総合的には減っていく、あるいは医療人材も余っていくというような見方もあるということで、非常に勉強になりました。

黒崎先生、どうぞ。

○黒崎（武蔵野赤十字病院 院長）：先ほど、二千件の二次救急を受けられている病院が閉院する話をしましたが、経営の問題というふうに捉えられかねないような議論が進んでしまったので、それに関しては、個別の医療機関について経営上の問題があったかどうかということではなく、「急性期を担われている病院は建替えも含めて厳しい状況にある」という趣旨で申し上げたので、一応誤解がないように、修正の発言でございます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

議論がどんどん進んでしまって、修正できなくてすみませんでした。

それでは、小金井太陽病院の河本（カワモト）先生、お願いいたします。

○河本（小金井太陽病院 院長）：私どもは、先ほどからお話に出ている中小病院でして、救急を一応担っております。

人材を確保してやっていくことに非常に苦労しておりますが、ただ、本当の急性期を担われている病院から、下り搬送といいますか、そこで少し落ち着いた方を引き取るということを、武蔵野赤十字病院さんと今実際にお願ひしてやろうとしているところでございまして、そういうやり方で、地域の救急にある程度貢献できたらと思っております。

ただ、二次救急をやっていくというのは、小金井市ではうちの病院だけということもありまして、なかなか消防署の要請に十分応えられていなくて、申しわけなく思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

時間もなくなってきましたので、東京都看護協会の池亀さん、お願いいたします。

○池亀（東京都看護協会 多摩南地区理事）：論点の1点目については、人材確保、特に看護補助者の確保について厳しいということは、現状でどこの病院の看護部長も管理者も話していることになります。

2点目の医療連携につきましては、地域、特に老健や訪問の場合ですと、ファ

ックスがまだ中心になっているということと、あとは「顔の見える関係も大切だよね」ということで、地域ごとに老健や訪問看護ステーションと実際に顔を合わせて情報交換をしているというのが現状でございます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

きょうは薬剤師さんの問題も出ていたので、東京都薬剤師会の篠原さん、お願いいたします。

○篠原（東京都薬剤師会 理事）：病院薬剤師の不足は非常に深刻でありまして、23区内、特に山手線の内側のほうは、募集するとすぐに見つかるんですが、多摩地区、それから特に中小病院に来る方が非常に少ないということです。

日本病院薬剤師会、それから東京都病院薬剤師会とも今協力をして、人材の育成といったことなどについて、いろいろと東京都の薬務課とも協力して、今やり始めているところでございます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

続きまして、医師会の先生にもお話を伺えたらと思います。

武蔵野市医師会の中嶋先生、特に地域連携などについてご意見がございましたらお願いいたします。

○中嶋（武蔵野市医師会 会長）：武蔵野市ですが、二次救急を担っていました病院が突然閉院するというので、その病院は年間2000台以上の救急応需をやっていて、また、休日の初期救急にも協力していただいていた。これを市内の病院だけで補完するのは、機関も限られていまして大変難しい問題です。

診療報酬の建付けの問題や医師の働き方改革の問題等で、こういった事例が、「明日は我が身」で、どこの市でも起こり得るということを考えますと、北多摩南部医療圏全体でそういったことが起きたときに、そのような体制を補完するような体制づくりを、構築していくことが必要なのではないかと思えます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、共済会櫻井病院さんは入られていないようですので、多摩川病院の後藤先生、お願いいたします。

○後藤（多摩川病院 院長）：我々のところは、主に回復期から慢性期の医療を担っております。看護師、看護助手の欠員が多くなっている状況ですが、頑張っているところです。

医療連携に関しては、調布市内の病院の先生方から紹介患者をいただける機会が多いので、病床が空いている限りは、社会的、経済的問題があっても余り断らないようにして、受け入れている状況でございます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、桜町病院の瀬口先生、日赤と連携を密に取っていらっしゃると思いますが、その辺をお話しいただけますでしょうか。

○瀬口（桜町病院 院長）：私どもの病院は慢性期のところに入っておりますので、実際に救急標榜はしておりません。全199床で、地域包括ケア病棟も抱えて運営をしております。

実際には、武蔵野赤十字病院、榊原記念病院、そして多摩総合医療センター等の、高度急性期の病院にかかられた方のサブアキュートの受入れ、それから、普段は、地域の先生方、施設からの受入れというのを中心にやっております。

地域包括ケア病棟を抱えておりますが、199床の病院ですと経営状況は非常に厳しいものがございまして、ある程度の数を入れてぎりぎり、というところではないかと思えます。

また、看護師さん、看護助手さんが少ないので、その点も非常に困っております。

病棟の中は、高齢者で「ADL（日常生活動作）」の低い方や認知症の方が増えてまいりました。どうしても入院患者さんの介護のレベルが上がってきてまいまして、その点について苦慮しているところでございます。

あとは、地域医療連携については、地域の先生方だけでなく、ケアマネジャーですとか、訪問看護ステーションや施設の方々とできるだけ連携を取るようにし

ているところでございます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、武蔵境病院の天野先生、お願いいたします。

○天野（武蔵境病院 院長）：当院は44床で慢性期医療を担っているんですが、地域包括ケアもやっています。主に日赤のポストアキュートと地域の先生方からのご紹介のサブアキュート、あとは特養からの受入れのサブアキュートをやっております。

連携について、外来機能の面から申し上げたいのですが。

先ほどお話がありましたように、外科系の対応できる病院というのが今非常に少なくなっていて、本当に手術が必要な人を受け入れていただく病院を探すのにも一苦労です。

そのときに、画像の共有だけでもできれば、「この人の手術の必要度はどのぐらいなのか」を判断していただけるので、うちのベンダーの問題もあると思いますし、うちの地域だと日赤さんなどが導入したシステムにぶら下がる形になると思うんですが、そういったものがあつたりすると導入できるのではないかと考えています。

人材についてですが、ご多分に漏れず特に看護助手、ケアワーカーが非常に足りなくて、既にうちは主にフィリピンの方、それも日本人に嫁いで日本が話せるような方が入っています。

ただ、今円高だったりと日本に魅力がないような状況になっていますので、そういった方の採用も難しくなってくるのではないかと危惧しています。

先ほどもお話がありました、市内で急性期病院が1つなくなるということで、その病院も含めて市内で完結できるような体制ができていたんですが、その病院が急に抜けることになって、今、武蔵野市は混乱に陥っています。

当然日赤さんに頼らざるを得ないんですが、武蔵野市に限らずもう少し広い地域で連携が取れるような体制を取っていくことが、必要ではないかと考えています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

少し円高になってきましたから、海外の人材というのはいいと思いますが。

それでは、武蔵野陽和会病院の長倉先生が入られているようですので、お願いいたします。

○長倉（武蔵野陽和会病院 理事長）：私どもの病院は回復期ですが、実際は「半分は回復リハ、半分は急性期」でして、それぞれ約50床で、合計では103床しかない小さな病院です。

市内では、日赤さんがもちろん三次救急をやっていただいているんですが、二次救急をやれる病院が2つで、先ほど来お話が出ている病院はそのうちのひとつだったんです。

うちよりも少し大きな規模で、救急車もたくさん受け入れていただいたその病院が閉院になることが決まって、私たちとしては、直近の10月以降の体制をどうするか、特に休日の診療についてどれだけ我々が率先してできるかどうかを検討中であります。

武蔵野市というのは、日赤さんを中心として比較的顔の見える関係をつくることができていた地域だと思っておりますので、今までは比較的スムーズだったと思うんですが。

重要な役割を果たしてくれていた病院がなくなることで、これからどんな影響が強くなるのか、また、今後、武蔵野市にどのような形で新たな病院ができるのだろうかという期待もありますが、新たにできるとしても数年先になってしまうと思うので、それまでの間はしっかり対応しなければいけないと思っています。

今はそちらのほうに集中しているところですので、よろしく申し上げます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、野村病院の野村先生、いかがでしょうか。

○野村（野村病院 理事長）：病院の経営で厳しいことは山ほどあって、それを並べ立てて言うのは控えますが。

「連携や協力の中で、お互いにどうやって工夫していけるか」という話で少し

象徴的だとは思いましたのは、いわゆる診療連携システム、東京総合医療ネットワークの導入の話で、杏林大学病院さんは導入に前向きなのに対し、榊原記念病院さんは「なかなか画像が」ということで違うものを導入されたことです。

連携をしてお互いに経営を助けていくには、同じものを使うとかできるだけ同じ仕組みを共有していく形になっていないと、みんながばらばらだと、なかなか進まないと思います。

三鷹市では、近藤先生の音頭取りで、「できるだけ三鷹の病院は東京総合医療ネットワークに入っていこう」と。まだHL7 FHIRになっていないなど、いろいろなことがあるかもしれませんが、東京都医師会の構想で東京都の支援を受けてやっていますから、これを育ててできるだけ多く使えるように、使い勝手のいいものにしていくのが現実的かなと思います。

ですので、「どちらがいい」というよりも「高度急性期病院の中で何を使うか」ということの合意形成をしていただけると、次に進むと思います。

このように、ほかのところも、できるだけ同じようなものを使っていくということが、経営をお互いに支えていくためにまずはできることかと思しますので、先ほども申しあげましたように、北多摩南部の中でワーキンググループみたいなものをつくって、「いろいろな課題についての提案ができる」というような形で進めていくのが望ましいのではないかと思います。

○齋藤座長：建設的なご意見をありがとうございました。

それでは、北多摩病院の万代（バンダイ）先生、お願いいたします。

○万代（北多摩病院 院長）：資料4-1の10ページで東京都さんがお示しになった2つの課題は、いずれも「連携」がキーワードでございますが、人材不足は懸念されるだけでなく現実には起こっていますし、将来的にも国の試算で何百万人か足りなくなると出ているので、もうそれは前提条件だと思います。

ですので、それをどう解決するかという中で、一つは、調布病院の山田先生がおっしゃったように、自然淘汰がいいのか、それとも地域医療構想調整会議等で話し合っていくのがいいのか、もしくは集約化しかないのだろうと思います。急性期にしても、そうやって人を集約した中で患者さんをさばっていくしかない

思います。

もう一つは、10ページに「社会的課題」と書いてございまして、いろいろな課題があると思うんですが、東京都さんが国の検討会で主張されたように、介護のニーズの多い人が、高齢者なので急性期でも慢性期でも変わらない状況でございまして、介護のところをどうするかというのが解決しなければならない問題です。

その解決については、一般的にはDXになるだろうと思いますが、個々の病院でどうこうできる問題ではなく、国あるいは都がそこを率先してやっていただくことが必要かなと思います。

具体的に、連携に関してご提案を一つ申し上げると、例えば、多摩給さんから、当日になって「救急でいっぱいだから引き取ってくれ」、あるいは「翌日引き取ってくれ」というような形で結構お引き受けをします。

先ほど、「サブアキュートの患者さんが詰まってしまう」という東京都さんの文言が、資料4-1にございましたが、地域で分担してどうやって引き受けていくかという中で、引受け手の慢性期あるいは回復期の病院が、どういった機能があるのか、あるいは「このぐらいの患者さんだったら引き受ける」というようなデータを持ち寄る。そしてその中から、急性期から見て「こういう患者さんだったらこの病院にお願いできる」というような情報が、ある程度共有できるようにするのも、効率的に関係者間で連携するという点においては重要かと思えます。

○齋藤座長：具体的な連携に関するお話をありがとうございました。

それでは、三鷹病院の里見先生、お願いいたします。

○里見（三鷹病院 院長）：当院は慢性期で、療養と障害者病棟を持っていたんですが、療養病棟は、いろいろあったように、国の方針で、やっていけないということで約50床を転院して、閉めたんです。その患者さんをあちこちでお引取りいただきまして、ありがとうございました。

「在宅で見てもらえ」という国の方針はよく分かるんですが、やはりどのご家庭も小家族ばかりでなかなか難しいというのが、一つの問題点であると思っております。

先ほどお話が出た連携の件ですが、やはり一例一例、詳しい内容が必要なので、うちはDXというよりもアナログで対応させていただいております。

あとは、療養はなくなりましたが、紹介状を見るとみんな「療養を患者が希望しているのでお願いします」と書かれているんです。それを承知の上で患者さんに「ずっといられないよ」という話をよく説明しますが、それでも患者は当院を選んでおります。

経営については、療養のことも含めまして、既にお話に出ているように非常に厳しい状態を我々も強く感じております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

近藤先生、どうぞ。

○近藤（杏林大学医学部附属病院 病院長）：当院は高度急性期を担っているわけですが、これから先、超高齢社会がますます進む状況を考えますと、先ほど調布病院の山田先生がおっしゃったように、大量死というか、人生の終末期をどう迎えるかということがきちんと共有する必要があると思っています。

救急で搬送されたときにご本人が望まない高度医療をやってしまうというのは、言葉は悪いんですが「医療リソースの無駄遣い」となりますので、そういったことも考えないといけないと思っています。

ですので、こういう状況ですと「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）」といったものを、一つの大学あるいは病院だけでは進めるのは難しいかと思いますが、地域のいろいろな福祉・介護施設と一緒にやっていくのが大事だと、私は思っております。

昨年、当院の中でACPの推進チームをつくってございまして、先日は三鷹市、調布市の推進の方とも会合をしたりして、これからそういったことも進めていかなければいけないと思っています。

ですので、そういったことについても、この地域全体で考えていくのが必要だなと思っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

病院の先生方には、ほぼ全てお話しいただきまして、医師会では中嶋先生にしかご意見を伺えなかったのですが、時間が来てしまいましたので、皆様のご意見をいただくのはこれで終わりにしたいと思います。どうもありがとうございました。

それでは、土谷先生からお話をいただきたいと思います。お願いいたします。

○土谷副会長：皆さん、様々なご意見をありがとうございました。

ほかの圏域にも私は出席していますが、ほかの圏域もこちらの圏域と同じように、閉塞感に覆われたような空気で進行していきました。

私たちの業界から離れて考えてみると、高齢化が進んで高齢者が増えますので、需要は増えるんです。資料4-1の12ページにもありますように、80歳以上の比率はずっと増えますし、実数自体も増えていきます。

すると、ほかの業界からはどういうふうに思われるかということ、「お客さんがいいね」と。医療の場合には“お客さん”は「患者さん」になりますが、「マーケットが広がるからいいね」と。「マーケットが広がるとお金が入ってくるから羨ましい」と思われているんです。

ところが、実際に中にいる私たちからすると、「患者は増えるけれども、経営はやっていけるのだろうか」と、普通では考えられないような世界に私たちはいるわけです。

なぜなのかは考えるとすぐ分かりますが、プライシング、値づけができないからです。需要に応じて供給量を変えたり、あるいは値づけを変えることができない中でやっています。かつての社会主義の国は、こんな閉塞感に覆われて生きていたのかなと思うような世界に、私たち医療関係者は生きています。

先ほどからありました意見は、大きく分けると、人材が不足しているという話と、それから医療DXの話でした。

「人材がいなければ医療DXを進めていきましょう」という話になるんですが、根っこはどちらも「お金がない」ということで、「お金がないから人は来ないし、医療DXのほうに回す資金もないし」という話になっていってしまいます。

どうしても暗い話になってしまうんですが、それでも、患者さんが増えて、これからも私たちの目の前に患者さんは来るわけです。

あとは、この圏域で特徴的だったのは、1つの医療機関が閉院することにな

って皆さん非常に不安に思われているということで、私もそう思います。私たちは、1つの医療機関がなくなるだけで崩れるような非常にもろい状況の中でやっていたということかもしれません。

だからこそ、一層連携が必要なのですが、私もずっと「連携」と言っていました。その前に言葉があって、実は「機能分化と連携」でセットになっています。

「結局、地域医療構想をやって意味があったのか」と皆さんはよく言われるんですが、この圏域においては、「自分たちが地域でどういう役割を担っているか」を非常に強く意識されていると感じました。

地域医療構想は、実際的には、病床がどうかといった話はどうでもよくて、皆さんは「地域において自分たちは何をやるべきなのか」ということを随分自覚されたのではないかと思います。それが地域医療構想の大事なことだったのでないかと思います。

この圏域は皆さんそれぞれが、どんな役割を担うのかを非常によく考えていらっしゃるかと受けとめていまして、さらには、顔が見える連携を進めているともおっしゃっていますので、今後も、自分たちの立ち位置を考えながら、連携が進むことを祈念して終わりにしたいと思います。

○齋藤座長：土谷先生、非常に前向きなまとめをありがとうございました。

座長の不手際で長くなってしまいましたが、皆さん活発なご議論、それから多様なお話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。

小川先生、手短にお願いいたします。

○小川（東京都病院協会、調布東山病院 理事長）：情報共有ではないんですが、我々がさらに手を組むには、上りと下りの連携だけではなく、いかに余計な負担を減らすかということも大事だと思っています。

費用の問題で、私たちは東京総合医療ネットワークを入れていませんが、できれば、皆さんがおっしゃっていた、画像をどの医療機関でも見られるような仕組みができればと願っています。

それから相談についても、「どこに患者さんが行くか分からない」あるいは「誰に相談したらいいか分からない」ということを、例えば、基幹病院の専門の先生たちが日替わりでネットワークを組んで相談に乗る。「専門病院に行かなくてもいいレベルかどうか」といったあたりを相談することができれば、不要な救急搬送が減らせたり、「自分の病院でもう少し診よう」と思える根拠にもなったりします。

そういうことをもし進めていただければ、みんなで協力し合えるところがありますし、また、そのための費用を東京都で出していただければと思います。

基幹病院の先生たちも、働き方改革の中でプラスアルファのコンサルを、画像を吟味しなければならないということがありますが、結果的に、余計な救急での受入れが減らせるなど、何かメリットにつながればいいなと思っています。

ですので、そういった意味で、画像心電図あたりをぱっと、「これはどうですか」、「そちらで診て大丈夫です」とやり取りができるようなものを、早急につくっていただけるとありがたいと思いました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

画像の共有について思ったんですが、我々が在宅でよく使っている「MCS（メディカルケアステーション）」は、動画も送れますし、画像ももちろんぱっと送れるんですが、病院で導入していただいているところが非常に少ないので、病院のほうでMCSを導入していただければ、割と手軽にできるかなという気がします。

日本医大の病院では、今MCSを使った心不全連携を始めていますので、その進捗もいずれまたお話しできればと思います。

ほかに何か情報提供はありますか。

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、また長時間にわたり今後に向けた様々なご意見をいただきまして、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利用いただきまして、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)