

[令和6年度 第1回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西北部〕

令和6年8月5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』

〔区西北部〕

令和6年8月5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（区西北部）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は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いただきありがとうございます。

きょうは、地域医療構想そのもの話があります。

1つは、来年が現行の地域医療構想の目標年になっています。それについて、国がまた考えているお話があります。

2025年で地域医療構想が終わるわけではなくて、新たな地域医療構想として、国は今検討会を開催しているところで、それについてもご案内があります。

これまでの地域医療構想は、病床の話が主だったわけですが、きょうの皆さん

の意見交換は、病床の話よりも、もう一つ大事なテーマの医療連携について、これからは、医療需要が増える割には、供給するための人材が不足するのではないかということが懸念されています。

そういった中で、どのように医療連携をしていけば、効率的に医療を提供できるのかということを議論していただきたいと思っております。

活発なご議論をどうぞよろしくお願いいたします。

○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、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関する国の動向について共有させていただくとともに、こうした動きも踏まえて、地域の医療連携のあり方についての意見交換を、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存じますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○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、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：皆さん、こんばんは。座長を務めます、板橋区医師会の齋藤でございます。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)：東京都医療安全課長の白井と申します。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。

昨年度に引き続きまして、非稼働の稼働をお願いするものでございます。

なお、本日報告させていただく内容については、全ての圏域での調整会議が終了後に、各病院様あてにご案内させていただきますので、本日は簡単にご報告をさせていただきます。

お手元の資料1をご覧ください。

「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、2点ございまして、いずれかのご対応をお願いしたいと思っております。

1つは、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きたいと思います。

もう1つは、非稼働病棟等「具体的対応方針」を都にご提出いただきたいと思っております。

なお、この「具体的対応方針」につきましては、各医療機関において様々なご事情等があるかと思っておりますので、いろいろお考えいただきながら、「具体的対応方針」をご提出いただきたいと考えております。

私から以上です。

○齋藤座長：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。
北医療センターの宮崎先生、どうぞ。

○宮崎(副座長、東京都病院協会、東京北医療センター・管理者)：ご説明ありがとうございました。

これは、あとにも続くことですが、「適切に稼働、運営されている」という判断の「稼働率」みたいなものというのは、都として基準が何かあるのでしょうか。

○東京都(事務局)：ご質問ありがとうございます。

稼働率の基準というものは、特に設けてはおりません。

○宮崎(副座長、東京都病院協会、東京北医療センター・管理者)：分かりました。

廃止するとか、返還する基準は、先ほどありましたが、稼働率というものをある程度考えておかないと、病床配分とかに関しても、判断が難しいんじゃないかと、常々思っておりますので、その辺のところの議論も一度必要かなと思っております。

○齋藤座長：看護師不足等で開いてない病床が、どの病院にも少しはあるかと思っておりますが、それぞれの病院の状況に応じて、取扱いをしていただければと思います。

ほかにはよろしいでしょうか。

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。

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の井床と申します。

資料３－１を共有させていただきます。

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。既に提出があっ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のある方はいら
っしゃいますでしょうか。

地区医師会の増田理事、お願いします。

○増田理事：齋藤先生の前に座長を6年間やらせていただいて、コロナでかなり
おかしくなってしまいましたが、コロナが落ち着いてきたので、今後どうしてい
くかということになります。

ほかの圏域にもいくつか出ていますが、15年後の2040年に向けての医療
をどうするかということが、今後の調整会議は進んでいかざるを得ないと思っ
ています。

機能分化について、今は病院の話が出ていますが、クリニックにおいても、1
5年もたつと、今の70歳とか80歳の人はクリニックまで通ってこれなくなり
ますから、当然、クリニックも機能分化をしていかなければいけないと考えてい
ます。

ですので、この調整会議で座長をしていたときには、何を議論すればいいかと
いって、焦点が絞れなかったんですが、きょうの意見交換では、2040年ごろ
に向けて、医療需要は3倍から5倍に膨らんでいくと思います。

そうなると、人の供給も、財源の供給もそこまで行かないので、安い値段で今
と同じサービスを供給しろという話を、国は言ってくるんですが、「安かろう、悪
かろう」でいいかというわけには、医療だからいけないと思います。

それに関しても、ほかの圏域からも、悲鳴に近い声が聞こえてきていますので、
医療DXとか医療連携によって、効率よくできる部分はあると思いますが、それ
だけで賄えることはないだろうと思います。

ですので、その辺の率直な意見交換をきょうは期待しております。

城北4区はいつも仲良くさせていただいて、ありがとうございます。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。

それでは、北医療センターの宮崎先生、どうぞ。

○宮崎（副座長、東京都病院協会、東京北医療センター・管理者）：何度もありが
とうございます。

この資料について説明はなかったのですが、その中に、「必要病床数」というの
が出ています。

これは、以前出ていたものと数字がかなり違っているように感じます。どのよ
うに変わっているかという、「必要病床数が東京都全体でも1万4000床ぐら
い足りない」とか、区西北部でも、「2000床ぐらい足りない」ということが出
ています。

以前の基準病床数というのは、そんなでもなかったですが、これは、計算が変
わったんでしょうか。

○立澤課長：ご質問ありがとうございます。

先生が今ご覧になっている資料ですが、(A)の部分と(B)の部分と比較され
ているかと思います。

(A)については、これまでご報告いただいていた医療機関が、今回新
たに報告していただいたとか、これまでと変更された場合などで、数値が変動す
る可能性がございます。

区西北部でいいますと、「提出数」が「114(4)」とありますが、この(4)
が、今回新たにご提出いただいた医療機関でございまして、それによって、「20
25年7月1日予定」の(A)の数値が、前回よりも増えているということがあ
ろうかと思います。

一方、「2025年の必要量」(B)については、こちらは、基準病床数とは
違いまして、平成28年度に策定した地域医療構想において、「2025年の病床
の必要量」を推計した数値でございまして、これについては、前回と変更はござ

いません。

ですので、(A)の部分については変わってくるということと、(B)については、地域医療構想の数値を掲載させていただいております。

そして、この地域医療構想の数値と基準病床数の数字については、実は、前から先生方がご指摘のとおり、考え方によって違いがございまして、後ほど、新しい地域医療構想の議論でもございますが、こちらの数値については、今後どうするかということを、国でも検討している状況でございます。

○宮崎（副座長、東京都病院協会、東京北医療センター・管理者）：ありがとうございます。

ただ、必要病床数というか、「足りない」というような表現をされると、「配分されるんじゃないか」と、どうしても思ってしまうがちなので、その辺の表現は非常に難しいところだと思っております。

病院の稼働がどうなっているかということが、病床とかなり関係してくるのではないかと思いますので、先ほどから「稼働率」「稼働率」と言っていますが、その辺のところを出していくのが、この地域医療構想調整会議の重要なところではないかと思います。

もちろん、医療人材が足りなくて、病床を開けられていないという事情で、稼働率が低いということもございますので、本当にそうなのか、それとも、患者さんが、こちらとしては受け入れられるのに入っていないのかということ、具体的な意見を交えて、本当に足りないのかどうかということ、しっかり検討するのが、この会議の一つの意義だと思いますので、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。

確かに、おっしゃるように、実際と病床数が本当に合っているのかどうかというところは、なかなか難しいところだと思います。

区西北部でいうと、回復期と慢性期が足りないという形になってはいますが、実際に足りないのかということは、もう少し深く見ていかないといけないかもしれません。

ほかにご意見はございますでしょうか。

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）

○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、資料4-1に基づきまして説明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しますが、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の、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。

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：今の説明について、コメントしたいと思います。

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、来年が目標年となっております。

のこり一年となったところで、国は、「さらに進めてください」ということを言ってきたわけです。

そして、「調整会議等で、話が進んでいないところを、1つか2つピックアップ

してください」ということでした。

これまで、私たちは、国の調整会議の話に沿って協議してきたわけですが、主に病床の話をしてきました。

そもそもの地域医療構想は、医療需要が減っていく中で、どういうふうにベッドを減らしていくかということで、すごく難しい考えをされていたわけですが、東京においては、医療需要が減るわけではなくて、将来的には減っていくとは思いますが、まだそういうフェーズにはなっていません。

ですので、私たちはベッドのことでずっと振り回されてきたわけですが、国は、さらに、「ベッドを減らすために1つか1つ選んでください」と言っているわけです。

ところが、東京都は、「1つや2つだけでは意味がないので、13圏域全部を推進区域としていく」という意気込みを示してくださったと、皆さんはご理解いただきたいと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ほかに何かご質問等はございますでしょうか。

東京都医師会顧問の猪口先生、お願いします。

○猪口（東京都医師会 顧問）：今回の調整会議の内容をずっと聞かせていただきてきました。

きょうの会議は、ちょうど半分過ぎてきているというところですが、東京都の話では、地域の実情に合わせながら、都全体で取り組んでいくとおっしゃっているわけです。

この様式の中に「グランドデザイン」と書いてありますが、これは、それぞれの地域の機能病床のばらつきをどのように東京都全体で考えているのか。

例えば、この区西北部であれば、機能病床がその地域の中で完結していないように見えるけれども、区西北部だけではなくて、区中央部であったり区西北部を使ったりして、「ここの部分はうまくいっているんだ」というような書き方がされるのではないかと想像はしています。

この「グランドデザイン」から始まって、「推進区域」として答えを出さなければ

ばいけないわけですから、「ここでは、このように書こうと思っているんだ」というような話が出てきてもいいのかなと思っているんですが、こういう説明だけで終わってしまっているの、皆さんは、「ああ、そうですか」で、この会議は終わってしまうんですね。

そうではなくて、都は、「推進区域」としたわけですから、その「推進区域」としてどういう解決策を図るのかということを書いていただけると、もっと議論になるのかなと思って聞いておりました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

都からお願いします。

○立澤課長：ありがとうございました。

ご指摘のとおりでございまして、この第1回目のときに、我々はまだ、「策定方針」のことを準備できておりませんでした。

ただ、流れとしては、国はまだ正式な事務連絡を出しておりませんので、この様式で示される部分も、まだ未確定な状況ですので、示され次第、我々のほうで改めてたたき台をつくらせていただいて、先生がおっしゃっていただいたようなことを、第2回目の調整会議になるかと思いますが、そちらでご確認いただいて、いろいろご意見を頂戴できればと考えております。

○猪口（東京都医師会 顧問）：分かりました。

東京は、1つでまとまった有機体だと思っておりますので、それぞれの構想区域は別々の医療提供の仕方をしておりますから、ぜひそれぞれの区域の特徴を表すように、様式を書いていただくと、みんなが納得できるのではないかと思いますので、よろしくお願いします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

ほかに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：資料4-1の5ページからご説明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、資料の説明を終わらせていただきます。

○齋藤座長：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。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：2025年で地域医療構想は終わるわけではなくて、さらに15年延長して、2040年が目標になっています。

その内容について、国が検討会で話し合っているところですが、一つのポイントは、医療だけではなくて、介護のほうも一緒に考えていかなければいけないし、「地域医療構想」といっていますが、“地域医療・介護構想”のように、介護も含めて具体的にやっていく必要があるという話が出てきているということです。

もう一つのポイントは、東京都はどのように考えているかということです。

その検討会で東京都は意見を述べる機会があったということですが、全国の都道府県の中で意見を述べたのは、東京都のほかは福島県だけだったんです。

ただ、福島県は、この検討会のメンバーになっていたんですが、東京都はメンバーではないけれども、敢えて「意見を言ってください」ということでした。

それはなぜかという、今までの地域医療構想というのは、東京にとっては適応するのがなかなか難しい話だったと思うからで、東京は東京なりの意見があるだろうということで、意見を述べることになったとい考えられます。

その中でのポイントは2つあります。

1つは、医療人材がかつてのように集まらないということです。特に、介護する人たちの人材不足を、非常に感じているところだと思います。

もう1つは、国のやるとおりに東京都は適応できなかつたので、東京都としては、「柔軟にやらせてください」という言葉遣いをしておられますが、「東京は東京なりにやらせてください」ということです。これは皆さんも感じておられるところだと思います。

もちろん、東京だけではなくて、これを策定するのは都道府県単位になりますので、「それぞれの都道府県で独自にやらせてください」というのが、その根底にあると思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

今のご説明に対して何かご質問などがございますでしょうか。

王子生協病院の今泉先生、どうぞ。

○今泉（王子生協病院 院長）：慢性期を担う病院は、200床以下の中小病院が多いと思いますが、2040年ということをめどにすると、人材確保の点から、病床を閉じていくとか、廃院というところも出てくるおそれがあるのではないかと、ということを危惧します。

あと、慢性期の病院を担う医師は、恐らく循環器とか呼吸器とかの専門医ではなく、総合診療医とかが担うかと思うんですが、急性期を担う病院が慢性期や回復期に移行するというので、医師の流動については余り議論がされてきませんでした。

ただ、慢性期の需要があるということであれば、15年に向けた医師の養成を考えていかないと、現状では、総合診療医に対しての希望が少ないと思いますの

で、その辺の議論も併せて行っていただきたいと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

医師の養成は非常に難しいところですが、総合診療マインドを持ったような医師をどうやって育てていくかということが、非常に大事になってくると思います。

ほかにいかがでしょうか。

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：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して、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、区西北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、36病院からご回答をいただきまして、うち14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。

また、「初期情報の取得が早くなった」「紹介元と逆紹介先のデータ作成に役立っている」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、「連携先医療機関のネットワークの参加状況に応じて、紙とシステムを使い分けることになり、業務が煩雑化してしまう」や、「利用できる職員や端末が限られている」という回答が多かったです。

また、「その他」として、「連携先のシステム管理の組織体制等により、サポート場面が多くなり、負担が増加する」とか、「紹介状などもデジタル化したいが、医師資格を電子的に証明するHPKI（電子署名）や、認識の違いもあり進まない」という回答もいただいております。

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、メール送付や、電話のほか、入退院システム「わんコネ」や「CAREBOOK（ケアブック）」、また、Zoomでのカンファレンスをしている」という回答をいただいております。

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」や、「電子カルテ未導入」や、「導入している電子カルテが、地域医療連携していない」という回答を、多くいただいております。

導入に向けた改善点としましては、電子カルテとシステムのいずれも、導入やランニングコストに関する補助や、システムの標準化や、導入医療機関の増加などの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、区西北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、土谷先生にまた一言、お願いできますでしょうか。

○土谷副会長：事実として、高齢者が増えるというのは皆さん認識されていると思います。高齢者が増える、そのうちに死者が増えるというので、絶対数が増えます。

高齢者が増えると何かというと、今まで、病気を診て、その疾患モデルで対応していたわけですが、そうではなくて、自然科学だけではなくて社会科学的な問題を抱えた人たちが増えてくる。ですから、今までのようには、病気だけ治して終わりというわけではないというのは、もう皆さん、身に沁みて感じているところだと思います。

そうすると、今まで以上にいろいろなやることが増えるけれども、それに対応できる人たちがいるかと言われると、やっぱり「いないね」という話になると思います。

それを、2040年までを見据えてどういうふうに対応していくのか、どういったところが効率的にできるのかというと、単純な話、安直に「医療DX」とみんな言うわけですが、では、その医療DXの中身はどうか。

具体的に、本当にやると言っても資金が必要ですし、それを実用させるにはまたトレーニングとか訓練も必要だし、それぞれの医療機関でバラバラにやっているけれども、みんなで一緒にできるのかとか、いろいろな問題が出てくると思うので、そういったところを議論していただきたいと思っています。

そこで、議論の仕方としては、とにかく今の課題を言いたくなりがちですが、アンケートにもあったように、「こうしたらいいのではないか」「こういうのがいいのではないか」とか、きょうはフリーに話していただく場だと思っていますので、むしろ、課題というよりも、「こういうふうになったらいいのではないか」と、明るい未来とは言いませんが、目指すべき将来像を発見してもらえると、みんなでそれに向かって頑張ろうというふうになるのではないかと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

皆さんからご意見をいただくことについては、4-1の10ページにあるように、社会的課題を有する患者さん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、あるいは、現状の医療連携の際の連絡方法のシェアについて課題があるかどうか、ということです。

高齢者がどんどん増えている。特に独居で、なおかつ認知症があったりとか、家族のサポートも得られないような方が多い。病院完結型の医療ではなくて、地域完結型、治し支える医療ということを考えていかなければいけない。多くの方々の協力がないと患者さんを診ていけないという状況になっている。

というところで、それぞれの病院の先生方、あるいは関係者、医師会の先生方も含めて、ご意見を伺っていきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

それでは、まずは、副座長でもある、北医療センターの宮崎先生、口火を切ってご意見をいただけますでしょうか。

○宮崎（副座長、東京都病院協会、東京北医療センター 管理者）：「地域医療連携」という言葉は大事ですが、医療連携から今は医療介護連携というところまでやってあげないといけないというのは、皆さん認識していらっしゃると思いますが、では、具体的にそれをどこがどうやるのかということです。

今は、一部の自治体の話では、行政とタイアップしてやっていらっしゃる話ですが、実際には今、各病院の連携室が手作業でやっていて、だんだん慣れたところと患者さんをやり取りするというようなことで、医療資源が十分に活用されているとは思えない状況です。

以前から地域医療構想調整会議でも、急性期病院から、回復期にほとんどうまく転院ができないとかいうような話があったあとに、「実はうちは空いてるんだ」みたいな話がしょっちゅうあったりして、それが実際の稼働につながっているのではないかと思います。

という事態が医療人材が不足する中で、そういう余力があるところにどんどん調整していくことが、これから必須になっていると思います。

では、それを具体的にどうするかということになると、そういった仕組みをつくらないと無理ではないかと思います。その仕組みの単位ですが、東京都全体では広過ぎる。じゃ、区西北部ではどうか。これもちょっと広過ぎるような気がします。

なので、どれぐらいの単位が必要なのかというのは、個人的には顔が見えるよ

うなところのほうがいいと思うんですが、その窓口を行政のほうに何とかつくっていただいて、そこが主導になって、医師会、病院協会、介護の施設などが協力し合ってやっていくというシステムが必要なのではないか。

大まかで申し訳ないんですが、そのように思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、続きまして、都立大塚病院の三部（ミベ）先生、いらっしゃいますでしょうか。

○三部（都立大塚病院 院長）：効率的に病棟とか医療機械とかを十分活用していないのが問題なのかなと思います。そういうのをうまく活用することが一つの解決策なのかなと感じた次第です。

そんなに病床とかをいじったり、増やしたり減らしたりするというのは難しいので、その中で何か工夫していく必要があると思います。その解決策を探していきたいと感じました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、大学病院を代表して、帝京大学病院の澤村先生、よろしくお願いたします。

○澤村（帝京大学医学部附属病院 病院長）：効率よく資源を使っていくという意味では、私は、行政がもっと前面に出ていただいて、統一的なシステムをつくる。それを各医療機関なり施設なりに導入するための資金を導入していただくということで、やはりここは、行政が中心になってやっていただく必要があるのではないかと感じています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

では、続きまして、練馬光が丘病院の光定（ミツダ）先生にお願いしたいところですが、通信環境がよくないようです。

では、続きまして、今度は急性期の病院の先生方にご意見をお伺いしたいと思

います。

それでは、北区の明理会中央総合病院の廣瀬先生にお願いしたいところですが、席を外しておられるということです。

それでは、豊島区の大同病院の島本先生、お願いいたします。

○島本（豊島区大同病院 院長）：病床の有効利用という話が出てきましたが、当院でも患者さんを急性期で受け入れて、次のところに、療養型なり回復期なりに転出いただく、いろいろ手作業といいますが、一つ一つ情報のやり取りをして、患者さんの転院を決めたりしているわけです。

転院に当たって、患者さん個々の事情で、遠いところに行きたくないとかいうことで、順調に進まないということもあろうかと思えます。そういったところについて、今の医療事情を区民の皆様に啓蒙していくことが、非常に重要じゃないかなと思います。

あとは、移動に当たって、足腰が不自由な方などもいらっしゃいますし、患者さんの経済事情によって、例えば療養型に移るとお金がかかるから転院したくないという方もいらっしゃるし、そのあたりは個別に対応する必要があるの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。

続きまして、都立豊島病院の畑先生、いらっしゃいますでしょうか。

○畑（都立豊島病院 院長）：きょう初めての参加で、まだ完全に把握していませんが、地域連携ということに関して言えば、それぞれの病院でシステムが様々で、うちと連携している病院はそれなりに整ったシステムでできるんですが、広範囲でやっていくとシステムが違って使えなくて、結局、手作業とかで、非常に非効率的な状況です。

行政が入っていただければありがたいですが、これをまとめるのは至難の業だという条件を現状では思っていて、かなり課題は大きいかなと思っています。

あとは、先ほどお話があったように、患者さんのほうも家族の方が転院を納得していただけないという症例が多いのと、あと、転院先もいろいろな条件があっ

て、条件が合わないと受入れができないという病院もいろいろあって、なかなか高齢者が増えてきた現状では、今は厳しいかなと思っています。

そこを地域でどういうふうにまとめていくのか、それを中心になってやっていくのはどういうところなのかというのが課題かなと。

私の理解では今のところこういう感じです。

○齋藤座長：ありがとうございました。

先生のところは東京総合医療ネットワークにも入っていらっしゃるかと思いますが、そちらについては、現状、何か連携としては進んでいらっしゃいますでしょうか。

○畑(都立豊島病院 院長)：入っているんですが、うちとよく連携を取っている病院が入ってなかったりとか、あとは開業医の先生が全然入っていらっしゃらないので。

今回の転院の話とはまた違いますが、地域との連携という意味では今ちょっと、使い勝手が悪いかなということと。

あと、その仕掛け人を東京都がやってくださるなら、もっと参加施設が増えないと機能しないのかなと思っています。電子カルテのベンダーによって、同じベンダーならいいんですが、違うところだと、文書のやり取りはいいとしても画像のやり取りがうまくいかないとか、まだ課題が多いと思っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、続きまして、練馬区のスズキ病院の鈴木先生にと思ったんですが、いらっしゃらないということですか。

それでは、今度は回復期の先生方にお伺いしたいと思いますが、要町病院の吉澤先生、いらっしゃいますでしょうか。

○吉澤(要町病院 副院長)：地域連携のところ、DXがどうのというシステムのことを言うより、もっと、連携するときは、病院と例えば在宅と、という形で連携するときは、お互いを理解しないと、病院の先生が在宅というのを理解して

ないと、なかなか連携がうまくいかない。

継続医療委員会の委員長をやっています、継続医療一つ進めるに対しても、ただ単にシステムではなくて、それよりも、お互いをちゃんと知ることによって患者のためになる連携が取れるというふうに考えます。

それと、今、情けないことに、コロナ以降、うちの病院も患者数が減りまして、看護師の数も減ってしまって、3病棟あったのを1病棟、看護師の関係で閉鎖しなければいけない。今2病棟でやっている状態なんです。

つまり、看護師を幾ら募集しても来ないんです。これが地域医療で一番、今問題じゃないでしょうか。皆さんの先生方はどうでしょうか。

うちの関連の日大病院なんかもそれで悩んでいると言っています。看護師の募集とか、そのあたりも、中央のほうで何かいい案を出してもらいなり何なりしないと、行き詰まる病院が増えているような気がします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、板橋区の竹川病院の原田先生、いらっしゃいますでしょうか。

○原田（竹川病院 院長）：ちょっと論点がずれるのかもしれませんが、今、現場で一番問題なのは、高齢者のいわゆる廃用症候群です。結局、いろいろな基礎疾患を抱えて、あるイベントが起こると、大概、いわゆる廃用状態になる。

我々は医者ですから、なぜこんなに廃用が多いんだろうという切り口で、医療の見方を変えますと、高齢者はほぼ廃用が絡んでいるなど。フレイル、サルコペニアですね。

仲間内では、チームのシステムが、病態を見つめ直すというんですか、先ほどどなたか、総合診療のカテゴリーが大事だよということをおっしゃっていた方もいらっしゃいましたが、実際に我々が関わっている急性期の一施設で、なぜ治療が完結しないのか。だから、こういうシステムが必要なわけですが。

これだけ高齢者が増えて、これは医療費全体の問題にも関わってくるので、そういったことも少し考えつつ、連携を考えていったらいいのかなと、いろいろお話を聞いていて思いました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、続きまして、ねりま健育会病院の酒向（サウ）先生、よろしくお願いいたします。

○酒向（ねりま健育会病院 院長）：練馬におきましては、回復期リハビリ病院がたくさんできましたので、急性期から回復期の流れが非常に良好になっています。特に練馬医師会の病院部会を通して連携のほうもかなりしっかりしていますので、連携に関しては大きな問題はないと思います。

一方で慢性期の病院が余りないので、回復期から慢性期、急性期から慢性期に行くときに、探すのが少し大変という状況がありますので、練馬区外の病院も連携させていただいて進めているというところです。

あと、看護師の募集に関してはどこも大変な状況だと思いますので、専門学校とか大学のほうに看護のレクチャーに行くということと、ドクターや院長もその事業に協力するというところで、新卒をとるということを進めていっています。

あと、医療DXに関しては、どこまでを必要としているかということ、特に大きく困ることはないんですが、この会議としては、どこまでの医療DXを各病院が準備していったらいいかということ、明確にしていただければよろしいかなと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、今度は慢性期の病院の先生方にお伺いしたいと思いますが、まず、王子生協病院の今泉先生、お願いします。

○今泉（王子生協病院 院長）：患者さんとのやり取りでは、情報を共有できるかということが重要かと思いますが、一方、DXということ、各医療機関ができないという課題もあって、どうしたらいいのかというのが、正直言って分かりません。

また、慢性期からすると、介護の需要、あるいは看護のほうの魅力というのを、どうやって引き出すのかということが大きな課題ですので、そこら辺は急性期の先生たち、医療機関との連携の中で打ち合わせてみようかなと思いますが、なか

なか現実的には名案がありません。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、豊島区の関野病院の関野先生にお願いできればと思ったのですが、通信環境が悪いようです。

続きまして、板橋区の上板橋病院の小出先生も、同じような状況のようです。

それでは、次に進めさせていただきますが、慈誠会・練馬高野台病院の今井先生、いらっしゃいますでしょうか。

○今井（慈誠会・練馬高野台病院 院長）：初めて参加させていただきます。

当院は、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、医療療養病棟の3つの病棟を持っているケアミックス病棟です。

地域医療連携の推進に当たり、DXということが今課題となっておりますが、しっかりそれが整備されることによって、ある程度効率的になるのではないかとということが予想されていますが、その効果はそんなに大きいのかなということを正直感じています。

このお題にあるように、複数疾患を有する高齢者、社会的課題を有する患者を受け入れるということになったときに、療養という考え方で言いますと、医療療養ですから、最期まで、死ぬまで医療が必要な患者さんを診させていただいているので、ベッドが埋まるまではしっかり患者さんを診させていただくというスタンスでいますが。

現状の、僕の病院の担当の枠から外れるかもしれませんが、地域包括ケア病棟であったりとか、あと回復期リハビリテーション病棟の場合は、入院期間の期限というものがあります。

一方、急性期病院のほうはDPCの病院がほとんどですので、1入院の1疾患で診てくるわけです。それを後方支援病院が受けさせていただいたときに、残念ながら、急性期病院で診ていただいている1疾患というところに当てはまらない、各種の疾患をたくさん抱えていらっしゃいます。

その結果として、当院に来てから初めて新たな相談というんですかね、「これは急性期で診ていく病状だよな」というものが発見されて、それに対応しなければ

いけない。

複数の疾患を有していますから、なかなか、地域包括ケア病棟、あるいは回復期リハビリテーションの期間の中で、そのところを解決するのが非常に難しくなっていて、ご自宅に帰っていただく期間がそれより少し延びてしまうなどということがあります。

ですから、今、ここで、連携ということだけに話を限らせていただければ、DXということは非常に大事な視点かなと思っていますが、そういうたくさんの疾患を有する、あと、ここに書いてあるように社会的課題を有する患者さんを、何とか在宅、あるいは地域にお返しするという場合に、今の限られた入院期間の中で、隠れた疾患も治療しながら退院調整するというのが、非常に難しくなっているという印象というか、実際そうなっているように感じています。

質問とかお答えになってないと思いますが、そのような意見を持っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、いろいろな社会的課題が多いかと思いますが、精神領域の武蔵野病院の黄野（ヨウ）先生にご意見をお伺いしたかったのですが、きょうは欠席でいらっしゃいますね。

では、地域の在宅を担っていただいている医師会の先生方にご意見をいただければと思いますが、練馬区医師会の内田先生、いらっしゃいますでしょうか。

○内田（練馬区医師会 会長）：僕も実は、内容的にはずっと拝見させていただいていましたが、実際参加するのはきょうが初めてです。

先ほどからいろいろなご意見がございますが、なかなか、医師会としてどういう働きをすればいいかなという観点から考えますと、さっき酒向先生から言っていたのとおり、練馬区医師会のほうでは病院部会というのがあって、そこがいろいろやっけてはいただいています、課題も確かにあります。

連携は取れているんだけど、上手に連携が取れているところばかりでもないし、特に医療DXということに関しては、論点はずれるかもしれませんが、医療DXというのが、「どこまでやれば医療DXと言えるんですか」というのが、僕は常々疑問でして。

何人かの先生のご意見もありましたが、全てを医療DXで解決できるとも思わないし、そこまで医療DXを突き詰める必要があるのかというのは、私個人的には考えていますので、ちょっと勉強させていただきながら、病院部会の先生と相談して、医師会としての方針を今後決めていきたいとは考えています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

では、在宅をやっているらっしゃる、豊島区医師会の土屋先生、何かご意見はございますでしょうか。

○土屋（豊島区医師会 副会長）：医療DXの話が出たんですが、そこら辺の仕事もいろいろやっているので、チャットなんです。

まず、DXで取扱う情報が何かということ整理しないといけないなと思っていて、それが、一つは患者さんの情報と、医療機関側の空床情報だとか、その医療機関でどんな在宅ができるかとか、医療機関側の情報というのがあるよということ。

あとは、医療情報と介護情報がまた結構違って、そもそも医療と介護の目的も、ケアとキュアで違ったりとか、「治す医療」か「支える医療」かの違いもあったりするんですが、そういった目的が違うので、取り扱う情報が結構違ってくるかと考えています。

あとは、そこと併せてですが、患者さんの情報となったときには、いわゆるストックしておく情報。この患者さんのケアマネが誰だとかキーパーソンが誰だとかいうストック情報と、浮動情報という、流していてもいいような情報というのがあって、

日々のケアの中でちょっとこんな変化があったり、よくありましたという、流れて行って、なくなってもいいような情報とか、そういう情報を区別して捉えていったほうが、医療DXを使って何をやるかというのが分かりやすいと思います。

意外とそこら辺がごちゃごちゃになっていて、その情報はここで取り扱うべきじゃないのに、こっちで取扱うから情報連携が行かないということがあったりするな、と個人的には思っています。

なので、情報のやり取りというところは連携がすごく大事なんですけど、うまく

っていないところの一つの理由が、何の情報をどうやってやり取りするかという整理がっていないことだと思っています。

ただ、医療DXが進めばいいかという、そうではないということは、皆さんおっしゃっているとおりだと思って、DXでできることというのは情報の整理ぐらいなので、結局は医者が患者さんを診ることが大事だから、顔の見える連携だったり、信頼関係をどう構築していくかということも大事だと思います。

そういった、余人を介さなくて機械に任せられるようなところを医療DXがやってくれば、人材不足というところに対応できるんだらうということなのかなと思います、それが2040年までの、あと15年でどれくらい進むかというのは、かなり不安というか、怪しいなというところもあつたりします。

あとは、顔の見える連携とか信頼関係に併せてですが、そのリテラシーの部分が足りていないと思っているので、そういったところも進めていかないと、うまく連携ということができないのではないかと考えています。

あとは、移動の問題とかが出たと思いますが、フレイルで患者さんが来れないとか、それに対する在宅医療というところもあるんでしょうが、その一つがオンライン診療であったり、今だと「医療Ma a S」というんですかね、車で移動していくというやり方も、いろいろIT系の分野では出てきていますが、将来的にはそういったところを視野に入れながら、できてくるといいんだらうかなと思いつながら聞いていました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、北区医師会の横山先生にと思ったのですが、通信環境がよくないようです。

今の話を少しまとめさせていただきますと、連携ということと医療情報の問題、これはいろいろ人材が足りないということで、医療DX、あるいはそういう連携のシステムがあれば、その中で人材の不足を補えるかどうか。実際は人材不足を補うのは難しいという、皆さんのご意見があつたと思います。

今、土屋先生がおっしゃったように、確かに情報の整理が大事で、どれで何をしていくかを考えていくべきなんだらうと。

今、どの医療機関も経済状況が非常に難しいかと思つますし、人材が足りない

と病床も開けられない、あるいは診療報酬改定があつて、それぞれ非常に厳しく制限がついていて、患者さんとのやり取りが難しい。そのあたり、いろいろな意味で行政がリードしていくべきところもあるんじゃないかというご意見だったかと思います。

それぞれ、なかなか難しいところではありますが、保健所の機能として、例えば、行政側としてこういう連携等について何かお考えがあるかどうかということ、豊島区の健康部長の木山先生、いらっしゃいますでしょうか。

○木山（豊島区健康部長）：お話を伺っていて、高齢の方とか社会的課題を有する患者ということ言えば、医療だけでは無理ということで、“プラス福祉”という視点が必要なのかなというのは、聞いていてすごく感じました。

その部分では行政の役割が大きいのかなと、とても思っているところなので、どういうふうに関わっていくのかというのはありますが、“プラス福祉”で何とか切れ目なく対応できるようにしたいなとは思っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、看護協会として看護師不足についてご意見がございましたら、東京都看護協会の武良さん、お願いします。

○武良（東京都看護協会西部地区理事代理 地域包括ケア委員会委員）：看護師の人手についてはどの病院も絶えず議題に上がってしまっていて、確保もそうですが、定着が難しく、すぐに辞めてしまったりとか、病院を渡り歩くという看護師もいて、すごく困っている病院がたくさんあると聞きました。

看護補助者についても非常に確保が難しく、それぞれの病院で工夫はしているんですが、それを、区によっては看護部長の連絡会をやっているところもあったりして、そういうのを進めながら、お互いに情報を共有していくことができるという話が出ていました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

師長さんたちの中でも、確保が難しい、すぐ辞めてしまう、というようないろ

いろなことで、どうしても派遣に頼らないといけないとかいうことで、それでまた医療機関への負担が多くなってしまおうという悪循環も、今後非常に課題になっていくところかと思えます。

あと歯科の連携等で幾つかお答えいただければと思いますが、きょうは黒田先生がご出席かと思いますが、いかがでしょうか。

○黒田（豊島区歯科医師会会長代理 専務理事）：我々としては、病院のほうに入院している患者さんに対して口の中を見せていただいて、治療、ケアにつなげていくということで、実際、歯科医師のほうもそういう訪問をしているグループと、我々のように歯科医師会単位でやっているグループに分かれています。

今、いろいろ聞かせていただいた、病院側のDXだとか連携、我々歯科医師会としても、DXだとか連携というところで、より一層の協力というか、つながりができるように。

豊島区は割とそういうことができているかと思うんですが、さらにそういうものに対応していければと思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、薬剤師会の會田先生、いらっしゃいますでしょうか。

医薬連携等についてはいかがでしょうか。

○會田（東京都薬剤師会 理事）：薬剤師のほうは、今後も、入退院時連携に力を入れたくて、退院時カンファレンスに参加する機会も増えてきました。

先ほど吉澤先生からお話があったような治療の継続に関して、医療とまた介護というお話がありましたが、薬剤師がちょうどその医療と生活の両方に足が入っているような状態で、在宅医療なども支援させていただいていますので、病院から地域へというところで、もう少し私たちがお力になればいいかなと、お話を聞いていて思いました。

それと、最近、精神の方の若い方で、40歳に満たない方ですとか、40歳、50歳の方で、医療保険で在宅訪問することが増えてきて、それに特化した看護師さんとの連携などをしています。

患者様の病状によって、それぞれのチームみたいなものが地域にチラホラできてきていますので、そういった医療チームの支援も薬剤師会として何かできないかなと考えています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、最後にまた行政の方々に一言ずつお聞きしたいと思いますが、北区の保健所長の尾本先生、いらっしゃいますでしょうか。

○尾本（北区保健所長）：きょうは様々な課題についてご議論いただくのをよく聞かせていただいたんですが、これから、2025年、それから2040年にかけて、高齢者数が増えていく。

高齢者というのは様々な疾患を持った方、あるいは社会的に課題のある方が増えていくわけで、そこについて、介護の人材も含むリソースが十分でない。施設、病床もそう、それから医療機器もそうでしょうか、それをどう考えていくかというところなんだと思います。

我々北区でも、医療の連携会議を何回か開かせていただき、北区は医療のプラン等も、北区の主に在宅療養であるとか、医療資源であるとかを、こうしていこうというプランをつくったりしているところですが、そんな中でしっかり連携しながら、課題をはっきりさせながら、それに、行政、医師会、医療機関を含めて、しっかり連携してまいりたい。

その必要が特にこれからあると認識しているところで、皆様とともに、連携、解決策について議論を重ねていかないといけな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。

続きまして、板橋保健所長の鈴木先生、よろしく願いいたします。

○鈴木（板橋保健所長）：DXに過大に期待するのではなく、連携はお互いの情報をよく知ることが大事なのかなというふうに感じたところです。

課題につきましては、行政を含めて、皆さん共通だなと感じました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、練馬区の富田先生にも思ったのですが、通信環境がよくないようです。

それでは、皆様方にご意見を頂戴しまして、時間のほうも過ぎていきますので、少しまとめさせていただこうかと思えます。

これから2040年に向けて高齢者が増えていくという中で、外来もなかなか、通院できない方も多くなっていく。

入院してもなかなか退院できないということで、いろいろ連携を今後も考えていく中で、医療DX、あるいは情報共有の在り方というのが、デジタル化されて、どこまでそれが有効なものなのかというのは、なかなか見えてこない部分もあるかと思えます。

ただ、そういうことも進めながら、少しずつ人材がそこに過重にかからないようにしていくということも、努力としてはしていかななくてはならないところで、そういうところについては、行政側のほうのサポートも必要ではないかというご意見が、今回皆様方からあったところかと思えます。

○齋藤座長：それでは、最後に、東京都医師会理事の佐々木先生にご意見をいただければと思います。よろしく願いいたします。

○佐々木（東京都医師会 理事）：東京都医師会の佐々木でございます。

本日は、区西北部の皆様、大変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す。

今、齋藤座長からまとめがありました。私からも全般的な感想を述べさせていただきます。

きょう出たキーワードとしては、まず1つは、医療だけではなくて医療と介護の連携の問題。システムの構築の問題。総合診療的なスキルが必要だという話。

それから、転院困難だとか社会的課題を持った高齢者の問題、その出口の問題です。それから、医師会の役割をどうしていくかとか、そんなことがキーワードとして出てきたと思います。

出口の問題の一つとして思うのは、慢性の病棟から今度は地域に返す場合に、

地域の、特に介護施設などが、医療需要が多い患者さんを受け入れられない。介護施設ではなかなか医療ができないですから、そういうことも課題となってくるのかなと思って聞いておりました。

ご存じのように、今回の地域医療構想調整会議は一応2025年で、第1期とは言っていないですが、第1期地域医療構想調整会議が終わって、また2040年に向けた第2期が始まる。その集大成と、次の議論をどうしていくかというのが、ことし、来年の地域医療構想調整会議の課題だろうと思います。

皆さんからお話があったように、課題としては、医療連携のこととか医療情報の共有のこととか、あと地域連携、それに在宅医療とか様々な課題が入ってくる。

それに対して、最初はこの調整会議というのは病床機能の話だったんです。病床機能報告があって、病床機能があった。それから、外来機能報告があって、紹介受診重点医療機関が出た。これから、かかりつけ医機能報告があって、かかりつけ医機能の話がある。

いろいろな課題についていろいろな話をしなくてはいけない。それを話すテーマも広さもいろいろ変わってくる。それをどういうふうにやっていくかというのが、これからの課題だと思います。

どういう話が必要で、それに対して具体的にどういう解決策をしていけばいいのか。それを皆様と一緒にまた考えていただければと思います。

本日はどうもありがとうございました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

活発なご議論をありがとうございました。

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すので、その他の事項でぜひ情報共有を行いたいということでありましたら、挙手をお願いしたいと思います。

西ヶ原病院の先生、いらっしゃいますでしょうか。

よろしく申し上げます。

○田中（西ヶ原病院 院長）：こんばんは。

皆さんの白熱した議論に参加させていただきましてありがとうございます。

今回は西ヶ原病院移転についてお知らせしようと思ってお話ししております。

当院は明治時代からやっているんですが、移転を考えていまして、新宿区揚場町2番28号に移転することを予定しています。移転後も従来以上に皆様に信頼される医療サービスを提供できるように、さらに努力をしていく所存でございます。

皆様方のご発展、それからご協力、ご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

何をやるかという内容は、こういう内容でございます。

今後は、飯田橋の近くのほうで、110あった病床を84にしながら、内科、神経科、精神科をやらせていただくということでございます。

お時間を賜りありがとうございました。

○齋藤座長：ありがとうございました。北区のほうから新宿区のほうに移転をするというお話だと思います。

ありがとうございました。

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、事務局にお返ししたいと思います。よろしくお願いいたします。

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。都としても、今後の参考にさせていただきたいと考えております。

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につきまして、また、それ以外でも結構ですので、追加でのご意見やご質問がありましたら、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)