

[令和6年度 第1回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西南部〕

令和6年8月7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』

〔区西南部〕

令和6年8月7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（区西南部）を開催いたします。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。きょうは「立秋」ということですが、お暑い中、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。

今回は、地域医療構想そのものの話がまずあります。

1つは、現行の地域医療構想の目標年が来年になっています。それについての話があります。

ただ、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いうのが、国で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。それに対して東京都はどのように考えているかというお話がありま

す。

これまでの地域医療構想は、病床の話が多かったわけですが、東京都においては、医療需要がまだまだ増えますが、その中で医療連携をどのように進めていけばいいかということなどを、意見交換していただければと思います。

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。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、

よろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を太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

○太田座長：皆さん、こんばんは。座長を務めます、世田谷区医師会の太田でございます。よろしくお願いいたします。

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。

○東京都(事務局)：東京都医療安全課長の白井でございます。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。

昨年度に引き続きまして、非稼働の病床に対して、稼働をお願いするご協力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います
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
事情等があるかと存じますので、稼働が困難な場合は、「具体的対応方針」をご提
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です。よろしく申し上げます。

○太田座長：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。
特にございませんでしょうか。

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）

○太田座長：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
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20
25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、よろしくお願いたします。

説明は以上となります。

○太田座長：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。

区西南部の今の病床配分ということが出ていますが、東京都は、全国の病床配分と同じ考え方ではなかなか難しいのではないかとということで、定量的な基準等を取り入れる中で、概ね今の必要量になっているのではないかとというのが、これまでの意見で、現状では今のこの数になっているということで、ご理解いただくということでよろしいでしょうか。

なお、都立松沢病院に変更が出ていますが、これは、「災害拠点病院」から「災害拠点連携病院」に変更になったということです。

特にご意見はございませんでしょうか。

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）

○太田座長：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、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、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。

○太田座長：ありがとうございました。

今のご説明に関して、何かご質問、ご意見はございますでしょうか。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：少しコメントしたいと思います。

今の話は、現行の地域医療の話です。来年が目標年となっているので、あと1年ということところですが、総仕上げ的に、国は、「さらに推進してほしい」と言っています。

どのように推進するかというと、「推進区域を定めてください」と言う割には、「1つか2つ選んでください」ということですが、東京都は、「全部推進区域とする」と答えたということです。

皆さんも日頃感じておられるとおり、1つや2つやったところではだめで、東京都全体で1つの圏域として考えたほうがいいのかということです。

そうすると、東京都にとっては、事務作業量が非常に多くなりますが、そのようにしたいということ、国に示してくさだつたということです。

そのあたりのところを皆さん、意をくんでいただければと思います。

○太田座長：ありがとうございました。

この点について何かご質問、ご意見はございますでしょうか。どうぞ。

○和田（玉川病院 院長）：全体的な構想の話は分かったんですが、お聞きしたいのは、急性期、回復期という形で従来構想してきて、国は高齢者の救急が非常に多くなるということで、新たに「地域包括医療病棟とかいう形で受けなさい」とか、「地域包括ケア病棟でも、下り搬送を含めて受けなさい」というような形になっています。

こういう場合、高齢者の急性期の扱いというのは、相変わらず、回復期扱いになるのでしょうか。

○太田座長：ありがとうございました。

事務局、お願いします。

○立澤課長：ご質問ありがとうございました。

今ご質問いただいた内容は、実は、次の「新たな地域医療構」に向けて、ご指摘いただいた、今までは4機能で区分されていましたが、その区分自体を変えるかということも含めて、今検討しているところでございます。

ですので、2040年ごろを見据えてどうするかということを検討していく中で、おっしゃっていただいた病床機能についても、今後国から示されるのではないかと考えております。

また、それを受けて、どのように対応していくかということも、今後考えていかなければいけないと思っております。

○和田（玉川病院 院長）：国は国として、2040年を見据えてやっていけばいいということですが、現実としては、高齢者がどんどん増えていく中で、高齢者救急は、働き方改革も含めて、結構大変な状況になっていくのではないかと考えております。

現状でも、高齢者の救急がかなり増えていると感じていますので、これがさら

に増えていく中で、「そんなに先送りしてもいいのか」と思ったりしますが、その辺はどうなのでしょう。

○立澤課長：ご指摘ありがとうございます。

おっしゃっていただいたとおりでございます。2040年に向けて何か進めていくというよりは、そこを見据えつつやっていかなければいけない課題を、皆さまにご議論いただきながら、少しでも進めていくという形になろうかと思えます。

そういった意味で、次のパートと最後の意見交換のところで、地域医療の連携、福祉と医療の連携といったお話も出てきますので、そういったところでのご意見もいただきながら、何をすべきかを考えていきたいと思っております。

○和田（玉川病院 院長）：すみません。ちょっと先走ったかもしれませんが、よろしくお願ひします。

○土谷副会長：先生がおっしゃるように、「地域包括医療病棟」については、今も、「回復期なのか急性期なのか」という議論はありますが、そんなにこだわらなくてもいいのではないかと考えています。

高齢者救急は今後も増えていくことは容易の想像できます。80歳以上の人口は、この地域においては、たった5年で10万人以上増えていくと予想されていますので、そうすると、各医療機関でもそれに合わせていくことになると思えます。

ただ、その場合、医療需要が増えていくとなった場合、今までは「ベッドを増やしましょう」という話だったわけです。

ところが、今は、ベッドを増やしても、それを支える人材がそろえられるかという点、とても無理だということ、皆さんも感じておられると思えます。

では、そういう中で、増えていく医療需要に対応していけばいいかということが、今回の意見交換の主眼になるところですので、それぞれのお考えをぜひお聞かせいただきたいと思えます。

○太田座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

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：それでは、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、資料の説明を終わらせていただきます。

○太田座長：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。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：もう少しコメントしたいと思います。

今説明があった内容は、新たな地域医療構想の話でした。

目標年が今度は2040年という、15年後ぐらいになりますが、そこで、国が検討会を開催して、議論されているところです。

そこでは、もちろん病床の話だけではなくて、高齢者は、病気が治ってそれで終わりというわけではなくて、介護的、社会的な問題を多く抱えていますので、そういったところが問題になるので、その辺にフォーカスして、「地域医療構想」と言いながら、「介護」のほうもやっていってほしいという話になります。

その中で、東京都も意見を述べたということですが、都道府県の中で意見を出せたのは福島県と東京都だけでした。福島県はこの会のメンバーですが、東京都は、メンバーではないけれども、敢えて呼ばれたということです。

なぜかという、今までの地域医療構想は東京には合ってなかったので、「東京都はどのように考えているかを聞かせてください」という要望があったからです。

そして、東京都は何を言ったかという、「東京都は人口が多いので、人材も多いただろうと言われているが、実際は、今後不足していく中で、どうやっていけばいいか」ということです。

もう1つは、「病床配分は都道府県ごとに柔軟にやらせてほしい」ということです。今までは、国の枠組みの中でやってきましたが、都道府県ごとの実情に合わせて、地域医療構想を進められたらいいのではないかと考えています。

○太田座長：ありがとうございました。

この点についてご質問、ご意見はございませんか。

それでは、引き続き、東京都から、残りの部分の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、区西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、16病院からご回答をいただきまして、うち4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、「医療機関別の紹介、逆紹介の統計」というお答え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、「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」という回答が最も多かったです。

また、「その他」として、「電子カルテと連携できておらず、事務作業が重複する」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、郵送や、電話、Webカンファレンス、連携アプリを利用したやり取りなどのお答えをいただいております。

導入していない理由を下にまとめておりますが、コスト面の回答が最も多かったです。

「その他」としては、「境界型セキュリティを採用しており、外部との接続が必要なシステムの導入は行わない方針」とか、「精神科の医療機関の参加が少なく、利用機会が限られる」などのお答えもいただいております。

導入に向けた改善点としましては、電子カルテの導入やコスト面の低下、職員

の納得や理解、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。

「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、どうぞよろしく願いいたします。

説明は以上となります。

○太田座長：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。

今、東京都からもお話がありましたが、前回の調整会議の意見の結果、それと今回の事前アンケート、各医療機関における連携のためのシステム導入の状況であったり、課題というものを参考にいただいた上で、2つの論点、複数疾患に関する高齢者、社会的課題を有する患者などの受入れ等であったり、医療介護の人材不足が懸念される中、どう効率的に関係者間で連携するか、もう1つが、現状の医療連携の際の連携方法、それらについて課題があるか、これらについてまとめてご意見をいただければと思います。

では、土谷先生から、その前にお話しいただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○土谷副会長：課題だけではなくて、アンケートでも「将来こうあったらいいんじゃないか」という項目もあったんですが、ぜひ、課題はある上で、「こういうふうになったらいいんじゃないか」というような、求められる将来像を皆さんにご意見をいただけたらと思います。

それを皆さんに聞くことで、「自分たちもこうしなきゃいけないんじゃないか」「ああしなきゃいけないんじゃないか」ということにもつながると思いますので、ぜひ将来像を語っていただければと思います。

○太田座長：ありがとうございました。

ということで、前向きなご意見もいただけると非常に助かります。

お時間を40分近くいただいておりますので、できましたら、今回に関しては、各圏域の中の代表の先生方から、現状を含めてお話しいただいた上で、「取組みは

こうあったほうがいいのか」という、今の土谷先生のご意見を含めて、お話をいただければと思います。

まず、医療機関側のほうで、高度急性期の先生方のご意見をお聞きしたいと思うんですが、東京医療センターの小林先生、お願いします。

○小林（東京医療センター院長代理・笠原経営企画室長）：代理で出席しておりますので、病院の立場としてのお答えは控えさせていただけたらと思います。よろしくをお願いします。

○太田座長：分かりました。

では、高度急性期の玉川病院の和田先生から、ご意見をよろしく願いいたします。

○和田（玉川病院 院長）：出ているものと余り変わりはないんですが、今でも内科系の患者さんに関しては、80歳以上の方が当たり前みたいな形になっていますので、今後もそういったものがさらに増えていくという話は、共通したことだと思っております。

それから、世田谷区も、高齢者で1人で住んでいて、入院して、帰れないとか、いろいろなことが発生しているわけですが、それで、実は、病院だけに送るのではなくて、いろいろな施設とかでうまく引き取ってくれないかなということで、実は介護施設10施設ぐらいの方と一緒に検討会をしたんです。

そこで分かったのは、要するに、「痰を吸引するということできません、そういった人は一切受け入れません」みたいな話が共通してあって、ある程度訓練を受ければ介護士さんでもやっていいはずですが、どこの施設もやってくれないので、「誤嚥性の肺炎みたいな形で、病院でどうしても吸引が必要になってきたような人は、施設へなかなか行けないんだな」ということがよく分かりました。

そのほか、いろいろな連携の中で、「取れますよ」というところもあるんですが、そういったところとのネットワークがちょっと弱いかなという感じがしていて、もう少し受け皿を広げるという意味では、そういった広げ方があるのかなと考えたりします。

あとは、バラ色の未来というか、それは、いろいろな医療情報がうまく連携してパッパッと患者のことが分かればいいんでしょうが、なかなか難しいと思っています。

例えば、どこもそうでしょうが、転院という話になると必ず、どなたかのご家族に頼むと、そこから先が、「いつなら行けます」、「いつなら行けません」、「見に行ってみました、ほかのところはないですか」、「ほかのところに行くのに、また1週間先になります」という形で、どんどん延びていってしまうんですが、そういった状況は今後もどんどん続くのかなという気がしています。

そういった意味では、いろいろな回復期、それを終わったところ、あるいは施設とかとの連携をどういうふうにしてやっていくかですが、東京都というよりは、個人の病院でそういったネットワークをつくっていくしかないのかなと思っています。ただ、資源的には限りがありますので、どうしたものかと思っています。

それから、先ほどもお話ししたように、高齢者救急に関しては、僕の印象としては、もう、この1年、2年でコロナが終わってから、かなり切羽詰まってきているのかなという気もしています。

うちも「断るな」ということは言っているんですが、コロナがあるとどうしても、まず、熱があると個室で取るとかいう話になりますので、個室がいっぱいになってしまうともう取れないという話になって。

コロナと分かれば、コロナの病棟も確保していますので、そちらへ行けますが、分からないうちは取れないという形で、どうしても制限がかかっています。

今1つの波が来ていて、ピークにかかりつつあるのかなとは思いますが、そういった状況の中で、前は、うちは9割5分ぐらい救急車を受けていたんですが、今は7割ぐらい受けているんです。しかし、それぐらいしか受けてないんですが、実は救急車を受けている台数は増えているんですね。

ということは、要するに、それだけ救急要請する高齢者が増えているということが、もう現実には起こっているんで、これがさらに増えるとなかなか厳しいのではないかな。そんな十年先の話ではないのではないかなと思っていますところ。

○太田座長：ありがとうございます。

きょうはいろいろな意見をお聞きしたいと思っております。

続きまして、同じく高度急性期の日赤の中島先生、よろしくお願いいたします。

○中島（日赤医療センター 院長）：まず自分の病院のことについて言いますと、コロナ対応の脱却というのは、昨年度、非常な課題になりまして、和田先生もおっしゃいましたが、コロナでそもそも救急をかなり制限してしまうという状況があって、それまでコロナ前は、救急車の応需率はほぼ100%だったところが、2022年度あたりは70%を切っていたんです。

これをどうにか、昨年度は少し向上してきて、80%近くまで持ってきたというところですが、現状では、今おっしゃったような、やはり高齢者で、いろいろな合併症を持っている人の受入れは、まず自院で受け入れるときにも、看護度が高い患者さんなので、空きベットがあってもなかなか入れにくいという状況もあって、まず自院のほうの改善をしなければいけないと考えているところが一つあります。

もう一つは、今年度から地域包括ケア病棟というのができてきますが、まだどのような病棟になるかどうか分からないんですが、地域連携が中心になりそうなところと、今後いろいろと後方支援ということで、関係を今つくるべく努力しているところでございます。

○太田座長：ありがとうございます。

先生のところは、何か連携のためのシステムは導入されていますでしょうか。

○中島（日赤医療センター 院長）：コンピュータを使ったようなネットワークというのは、まだできておりません。

実は2年後に診療システムの交換がございまして、それまでは自院の診療システムは外部とは接続できない状態だったんですが、今回は、新しくなって、外部と接続することを考えています。

これはもちろん、今言ったように、地域医療連携ということを入れているわけですが、その時点で、今まさにシステムをどのようにするかを具体的に進めているところで、それを考慮しているところです。

○太田座長：ありがとうございました。

では、次は急性期の先生方にお話をお伺いしたいと思います。

まず急性期の三宿病院の城谷先生、お願いします。

○城谷（三宿病院 院長）：人材不足のところでは、現場で働く人が少ないというのもあるんですが、もう一つ、事務系とか事務作業がものすごく増えているんです。例えば、連携の場合にしても、ファックスで来るようなものとか紙で来るようなものを、もう一度同じように打つ作業とかで、結構時間を取られてしまうんです。

今、システムの問題が出たんですが、上手に外部とうまく連携できるようになったら、そういうシステムさえできれば、大分、その手間が減ると思うんですね。

いろいろセキュリティの問題とかハードルは結構あるかもしれませんが、ああやって、人材不足と言いながら、本当に働かないといけないエッセンシャルワーカーを減らさないで、事務的なところがうまくいけるような形にすれば、大分いいものになるのかなと思いつつ、どうやったらできるか自分の病院でも考えているところです。

○太田座長：ありがとうございます。

私、ほかの圏域でも言っていたんですが、まさにDXの導入というところだと思いますが、DX自体が、じゃ医療を全て楽にするかということ、決してそういうものではなくて、DXの大本の考え方というのは情報の整理であると。

整理することによって効率を上げていくということを考えていくと、先生がおっしゃるように、連携の中で両方できる、ペイするようなシステムがあるといふのかなと感じたところです。

次は、世田谷区の急性期の伊平先生はお休みですので、渋谷区の内藤病院の内藤先生、お願いします。

○内藤（内藤病院 理事長）：本当に今までいろいろな先生がおっしゃっていた意見、そのままだと思います。

最近、大きな病院でも地域包括ケア病床をつくられてきているようですが、当

院はほとんど地域包括ケア病床がメインの病院になります。

ですから、高齢者の救急を受け入れたり、それから大病院からの、急性期治療が終わった方を受け入れたりとかしているものですから、まず一番、我々がそういう皆さんを紹介されたり、入院される方を診るときには、今までお話があったとおりで、「本当にこの方は、落ち着いたら、どちらかのところ、生活の場に戻せるのかどうか」、もしくは「療養型とかに受けていただけるのかどうか」、そのところがいつもすごく問題になっています。

その中では、さらに、地域包括の場合は、最大60日までが何とか点数になりますので、60日以内で落ち着き先が探せるのかどうかということは、先ほども玉川病院の先生がおっしゃったみたいに、ご家族の協力であったりとか、医療というよりも介護や福祉との連携がすごく重要になってきていると思います。

まして、ご高齢になってきますと、独居であったりとか、ご家族が遠くにいらっしゃるとなると、話が全く進まないんです。

ですから、今後の高齢者医療を考えていく上では、治療のことだけではなく、その先の、かつて“出口問題”という言葉がよく出てきましたが、どこに落ちていくのかという部分が、すごく重要になってくると思います。

そういう意味では、もしできれば、例えば、各区に「在宅医療相談窓口」というのがあると思うんですが、渋谷区にもありますが、そういった、ある意味では医療と介護の連携する窓口を、何らかの拠点を幾つかつくって、我々のような単体の病院では対応できないような、ある程度行政の力も入った窓口をつくっていただいて、振分け機能というは何ですが、高齢者の落ち着き先を探す、調整するという点に関しては必要なのではないかと思います。

さらには、東京都の場合は、医療機関が偏在していますので、例えば、西南地区の中だけではなくて、東京都全体の連携ができるようなコーディネートネットワークみたいなものができてくると、個人的な病院の協力ではなくて、東京都全体として高齢者を守っていくことができるのではないかと考えています。

どちらにしても、先ほどどちらかの先生もおっしゃっていましたが、当院でも連携ということに関しては、人手と時間、それと書類がすごく増えていまして、そのところが、まだ中小病院としてとても電カルが入れられないような状況の中でやっていると、本当にご高齢の方を地域で支えていけるのかどうか、大変

心配になっております。

もう少し、西南地区、さらには東京都全体でコーディネート、もしくはシステムを構築していく必要があるのではないかなということ、非常に強く感じているところです。

○太田座長：ありがとうございます。

先生のところは、在宅の医療間のネットワークのシステム導入であったり、医療介護のネットワークのシステムを、何か導入されていますでしょうか。

○内藤（内藤病院 理事長）：介護施設側との連携をするといったシステムで、「わんコネ」というものを今使っているところです。

○土谷副会長：このシステムは、医療機関側は無料です。

でも、無料で動くわけではなくて、どうしているかという、紹介を受ける介護施設からお金を取ると言ったら怒られますが、「紹介して下さってありがとう」ということで、お金が出てきます。

○太田座長：「システム導入に課題がある」というのが出ていますし、今の先生のご意見であったり、連携のシステム全体を各医療機関がつくるのかという疑問もあれば、一方で、これから行政主導になって、システムとして一元化していく必要があるというふうにも聞こえたんですが。

○内藤（内藤病院 理事長）：そうだと思います。

○太田座長：続きまして、今度は回復期の先生方から、現状、あと今後の取組みを含めて、いろいろお話を聞かせていただければと思います。連携システムを含めですね。

世田谷区の回復期の、世田谷記念病院の清水先生、お願いします。

○清水（世田谷記念病院 院長）：私どもは、回復期リハビリテーションというこ

とで、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟、それから在宅医療も
行っています。

そういった中で、高度急性期病院からのご紹介をいただいて、その方々を、リ
ハビリ60日以内とか、結構短期間でご自宅に帰っていただくという中で、60
日間で帰れない方がいらっしゃったりします。

急性期から我々のところに入ってきたんですが、まだまだ急性期的な治療の希
望があるんです。例えば、生命的に高度医療をやってほしいという意向のある方
があったり、ACPだと思っんですが、患者さん自身が予後についてどう考えて
いるかということですね。

こういったことも勘案していかないと、なかなか施設間の移動が難しいことが
あるように感じています。

私どもは、当院を退院されましたあとは、やはり介護施設へ行くんですが、な
かなかこれも、患者さんのご家族の意向と合わずに、うちの入院期間が長引くと
いうこともあります。

ですので、こういった中で、患者さんがどういった施設に行けば満足できるか
が、早めに分かるような連携システムができればいいと思っています。

あと、コロナに関しましては、当院は個室が多いものですから、各病院間のコ
ロナ患者さんも現在受け入れていますし、院内でのコロナのアウトブレイクとか
は現在起こっていません。コロナの患者さんに関しても、積極的に受け入れたい
と考えています。

こういった中で、急性期の先生方には本当にお世話になっていまして、当院に
転院されたあとに病態が悪化した方も、救急でほとんど受け入れていただいでい
るという状況で、現在、連携については非常にうまくいっていると考えています。

問題は、やはり介護施設とか、あと医療ではない世界のほうに行っていただく
ときのご家族のご意向というのが、なかなかうまく納得されない方も多いとい
うのが、現在の我々の課題だと思っています。

○太田座長：ありがとうございました。

続きまして、渋谷区の回復期を担当されている原宿リハビリテーション病院の
松谷先生にお伺いしたいと思いましたが、うまくつながらないようですので、次

に、慢性期の先生方のご意見をお聞きたいと思います。

目黒区の慢性期の、碑文谷病院の奈良先生はご欠席ということですので、世田谷区の三軒茶屋病院、大坪先生、ご意見をいただければと思います。

○大坪（三軒茶屋病院 院長）：まず、現状の連携についてですが、前回の会議のあと、私、地域でどういうふうかというのを注意して見ていたんですが。

この間もちょっと話したんですが、病院が縛られている在院日数とか、それから、急性期の病院を早く退院、または転院させようという努力。それに対して家族の思いというか、家族が選んでいる。

さっき和田先生がお話しされていたんですが、家族が、よりよいところ、もっといいところがあるのではないかと探したくなる。それで期間が延びるとというのがすごくあるなと思っています。

この期間の間に先生方と直接やり取りをして、なかなか転院が決まらない患者さんが何人かお受け入れたんですが、どうも家族の希望に問題がある例がすごく多かったんです。なので、ACPとご家族へのリテラシーというか、それが結構大事だなと思いました。

それから、今後のことについてですが、高齢者の救急がますます逼迫してきて、これは大きな課題だと思うんですが、先ほどの問題点を踏まえて私がいろいろ考えた案としては、入院をしてしまうと長くなるというのがあると思うんです。

もちろん基幹病院に運ばれて、急性期の病院に入院する必要がある方は入院するでもいいんですが、これが、そこまでではないと。ただ、家には帰れないというような症状の方については、入院する前に、地域包括医療病棟とか、ケア病棟みたいなのところに移せると、入院期間が長くなってしまいうという悩みが、多少解消されるのではないかなと思うんです。

なので、本当にご家族が望む治療があったりとか、病状的に大きい病院に入るのが必要な場合はもちろんそうですが、そうではない場合に関しては、救急外来のところでもふるいにかけるというか、近くにある地域包括医療病棟、ケア病棟にそのまま移っていただくというのをやらないと、絶対に滞るのではないかなと思っています。

それで、当院では、非常に苦しい思いではあるんですが、地域包括医療病棟を

10月から始めようと思って、今準備をしているところです。

あとは、大きな病院の在宅復帰率の助けになればと思って、介護医療院をつくらうと思っています。なので、そういうところで何とか高齢者救急の逼迫に少しでも役に立てないかなと考えて、今準備をしているところです。

それから、これは最後に一言、私言いたいんですが、こういう会をやると、先生方は活発に意見を出してくださいますし、真剣に連携のこととか今後の医療のこととかを考えて発言して下さるんですが、病院の現状というのは非常に厳しくて、去年、東京都の民間病院は50%赤字なんです。

今年度は50%どころでは済まないと思っています。既に今年度が始まって数か月ですが、非常に恐ろしい状態で今進んでいっているんです。他区域ではもう閉院しているところも出てきています。

なので、「2040年を踏まえて」と言っているんですが、2040年を踏まえて東京の医療を考えるのであれば、民間病院のことも考えていただきたいと思っています。

中小の地域の病院が地域医療を、目立たないかもしれないけれども下支えしているというところがあると思うんです。そういうところがボロボロ崩れていくと、果たして地域医療はどうなるんでしょうかというのが、私が心配しているところです。

東京都では民間病院の支援をぜひ推し進めていただきたいと思っています。最後は意見です。

○太田座長：ありがとうございました。

ほかの圏域でも私は仕事をしたんですが、同じような意見が出たところがありました。

続きまして、渋谷区の慢性期、セントラル病院の山下先生、お願いします。

○山下（セントラル病院 統括院長）：私どもの病院は、現在、特に今年度になってから、この慢性キープ、いわゆる高齢者キープに関して力を入れるようにしております。

これも、実際、2年ほど前に1病棟でコロナのクラスターの患者さんが発生し

まして、そこで入院の受入れがストップしたりして、病院の稼働が非常に下がって、非常に厳しい経営の状況がありました。

その後、稼働がなかなか回復しないような状況の中で、どのようにして稼働を回復していくかというところを職員皆で考えて、コロナの陽性者の方を、我々、慢性期の病院では何でも積極的に受け入れていこうということで、コロナの陽性者を受け入れるような対応を取るよういたしました。

そういう中で、緊急の入院ですとか、施設や在宅からの患者様が急遽入院するようなことが出てきて、慢性期の病院であっても徐々にそういう患者様を受け入れるような経験ですとか、体制を取ることができるようになりました。

そのようなことで、現在、特にことしになってからは、救急に対しては、夜間、休日を問わず、施設や在宅の先生方からの要請があるわけです。患者様を受け入れようということで、今積極的に受入れをするような体制を取っています。

このところ数か月、大体、1か月に30名ぐらい新規に患者さんがいらっしゃるんですが、半分近くが、緊急とか時間外の入院の患者様に対応させていただいているような状況になっています。

あと、救急の対応はそのようなことで、高齢者救急とかで受けるんですが、連携という点に関しては、地域医療構想に貢献するために、特に急性期の病院との連携のほうを強化させていただいています。

近隣の急性期病院と定期的に私どものほうから訪問で伺ったりですとか、あるいは、定期的にWeb会議を用いて情報共有して連携を図ったりして、信頼関係を構築するようになっています。

そして、なるべく急性期の病院のほうの、例えば、外来にいらっしゃった、先ほどお話が出たみたいに軽症の方や、あるいは多少治療が必要だという人も、ACPに基づいて、余り高度な治療を必要としないような方に関しては、近隣の急性期の病院の外来から直接患者様をお引き受けするようなことも行って、急性期のベッドを有効活用できるようなことを、今、取組みとして行っています。

そのようなことを病院全体として取組みとして行っていますので、いわゆる慢性期の病院ですが、これから特に高齢の方が増えてきて、独居高齢者ですとか社会的な問題を抱える方が増えてくるような社会的状況の中で、特に慢性期の病院がそういう患者さんを積極的に対応していこうようなことで、何とか頑張ってい

きたいと考えています。

○太田座長：ありがとうございます。

先生のところは、医療連携で、Web会議等をされているということですが、実際の患者情報のやり取り等を含めて、DXを図っているとか、工夫されていることは何かございますか。

○山下（セントラル病院 統括院長）：電子カルテは私どもの病院も入っていないんですが、例えば、「CAREBOOK（ケアブック）」とあって、介護情報みたいな、患者様の情報みたいなものは、急性期の病院のほうから飛んできて、それで患者情報をいただくようなのは、仕組みとしてはあります。

あとは、先ほどお話ししたみたいに、急性期の病院と連携を図ることによって、患者様が積極的に入れるような方法をとっておりますので、「私どもの病院で受け入れられる患者様はこういう患者様だ」という一覧のリストみたいなものを、先方の病院のほうにお渡しさせていただいております。

そのような方に関しては、例えば、入院相談なしに、ご紹介があればその場で「入院オーケー」という返事を出させていただいて、お受入れをするような仕組みで、お受入れを強化するようにしております。

○太田座長：ありがとうございます。

病院の先生方からいろいろなご意見を連携に関していただきましたが、今度は地域のほうに目を向けた上でいろいろお聞きしたいと思います。

その前に、一般病院と違って、精神科領域のほうで、松沢病院の針間先生にご意見をいただければと思いましたが、あいにく入られていないようです。

それでは、今度は地区医師会のほうから、理事会のほうで病診連携を踏まえて、何か連携の際の工夫をされている取組み等が、在宅医療推進強化事業としていろいろ行われていますが、もしあるのであれば、お話を聞かせていただければと思います。

目黒区医師会の足立先生は入っていらっしゃらないようですので、玉川医師会の重松先生、お願いします。

○重松（玉川医師会 理事）：玉川医師会の理事という立場ではありますが、病院代表ということで、関東中央病院の麻酔科をやっております。

どちらかという、病院側としては、余りシステムというものは構築できてなくて、病院内のソーシャルワーカーが一生懸命、転院先を探すというので、いまだに苦労しているような状態なんだと思います。

ご紹介患者は一生懸命受けるということで頑張っているところですが、逆に、急性期を乗り越えた患者さんたちの送り先というのは、いまだに何かいい方策があるというわけではなくて、日々模索しているというのが現状だと認識しております。

○太田座長：分かりました。

渋谷区医師会の井上先生、お願いします。

○井上（渋谷区医師会 理事）：国なんかは、AI化とかいろいろ言っているけれども、少なくとも東京の場合は、現場とそういう国とのギャップはものすごく大きいと感じるんです。

そんな中で地域に話を限定したときに、大きい病院の急性期とか超急性期、そして介護を含めた病院、そして施設の悩みというものを、僕は今、診療所の立場でお話しすると、診療所の先生が把握していらっしゃるのかなと。

もっとここにコミュニケーションがあって、大きい病院のことも知らなければいけないし、地域包括支援センターのこととかも、もっと勉強しなくてはいけないのではないかと思います。

そして、診療所の先生が、病院の現状を患者さんや患者さんの家族に伝えることも、非常に大事ではないかと思っています。僕は結構、病院をやっていたもので、そういうことを患者さんにはよくお話しするし、自分の患者さんが入院したときには、気になるときには、僕は病院に出向いてそういうお話をすることもありますが。

そうでもしないと、今の大病院の悩みは解消されないし、それから、中小病院の赤字もものすごくよく分かるし、人材不足もあるし、今度の保険の改定でも、

少なくとも診療所は手間が増えただけで、お金も減ってしまったしということで、国はAI化、簡素化とかがいろいろおっしゃるけれども、現場は全く逆である。

そして、話を戻すと、患者さんをもっと元気にするとか、家族に医療の現状を知ってもらおうとか、そういうことをもっと進めることが必要なのではないかと考えていて、僕は実際に産業医をやっているところでも、そういう医療の現状のお話をするようにして、少しでも多くの患者さんやそのご家族に医療の現状を分かってもらうようにする。

それからもう一つは、なるべく老人を元気にさせておくことも必要なのではないかと考えて、ちょっと頑張っております。

さっきもお話がいっぱい出ました。きょうもうちに来院した患者さんの中には、「入院させたんだけど、迎えに行く暇がない」。「それってネグレクトじゃないの？」と、僕は思わず言ってしまったんですが、

本当に自分の都合でいろいろなことをやらない患者さんのご家族もいらっしゃるし、かといって、今、高齢者を抱えているご家族も少しずつ高齢にはなっているものの、働かないと生きていられないという現状もあるので、その辺のバランスも考えてお話をしなくてはならない。

プラス、もう一つは、認知症を抱えたときの、家族も大変だけれども、病院も、認知症の人を1人預かったら何倍手がかかるのかと思うと、こういうところにお金をつけたり人手をつけたりするというのは簡単ですが、人手も不足しているし、人材不足イコールどこかに、となくなってしまいうんですよ。

人材派遣会社とか人材紹介会社のあの値段の高さというのは、当然のことながら医療費を圧迫しているんですね。医療保険の中から、病院とかそういうところも、そのお金を払わなくてはいけないわけですよ。

だから、何%か上げてくれたとしても、そういうところにお金が流れてしまうだけだという現状も考えると、大きい病院も診療所の先生たちも、もうちょっと情報交換の場を多くして、そして、いろいろなことにみんなで対応していかないといけないのではないかと思います。

それから、大きい病院の、きょうここにいらっしゃる先生方はよく承知していらっしゃるけれども、若い先生たちは、自分のことだけでいっぱいになってしまって、現状のことが分からない。そして、医療連携室などもそうですが、「何でそ

んなこと聞くのかな」ということも多くなってきて、いろいろなところに時間と手間がかかるようになってきているという現状もあるかと思えます。

まとめると、僕が今の立場で言うと、診療所の先生たちも、もっと病院のことを知って、お互いに意見交換をしながら、現状を患者さんやその家族にもお話しして、現実的な、ちょっとでもご協力をしながら医療を続けていくしか、今のところないのではないかと思っています。

○太田座長：ありがとうございました。

きょうは、参加されている方からご意見をいただこうと思ってはいたんですが、時間が超過してしましまして、申しわけありません。

薬剤師会の代表の小林先生、看護協会の中川先生、保険者代表の別府様、目黒区の保健所の佐藤さん、渋谷区の増田先生、何か追加でこのことはお伝えしたいということがございますでしょうか。

今までの先生方のお話で集約されているということで、特に大丈夫でしょうか。

ほかに、追加でお話ししていきたいという方はいらっしゃるでしょうか。

国立成育医療研究センターの笠原先生、どうぞ。

○笠原（国立成育医療研究センター 病院長）：当院では、小児と周産期及びこれから女性の健康センターという、女性を支援するところをつくって診療をやっていくという方針です。

高齢者のことがかなり話題になっていますが、小児も、先生方はご存じないかもしれませんが、多くの病院で採算が取れないというところで、混合病棟になったり、ある病院は、小児はもう診れないということで閉鎖をしたり、どこの小児科も、当院のような大きな小児病院も全て赤字経営でございます。

その現実をまず知っていただいて、夜は、小児救急の患者さんというのは、当院とか都立小児とか、大きな病院に来る頻度がかかなり増えているということ、高齢者のことも大事だと思うんですが、小児も、少子化ですが、そういった現実があることを、少しでも皆さんと共有できればと思ひまして、発言させていただきました。

○太田座長：ありがとうございます。

非常に重要なお意見かと思えます。小児の救急は、どこの市町村の先生に話を聞いても、小児救急は逼迫しているし、赤字採算部門で閉鎖するところも多いということでは、課題になっているという状況も聞いております。

非常に重要なお意見をありがとうございました。

あとは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ございましたら、挙手をお願いいたします。

特にございませんでしょうか。

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、事務局にお返ししたいと思えます。

4. 閉 会

○立澤課長：皆様、本日は活発なご議論をいただきまして、また様々な貴重なご意見を頂戴いたしまして、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)