

[令和6年度 第1回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東部〕

令和6年8月8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』

〔区東部〕

令和6年8月8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（区東部）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。暑い中お集まりをいただきありがとうございます。

本日は、年2回あるうちの1回目の地域医療構想調整会議になります。

テーマとしては地域医療構想そのものの話になります。一つは、来年2025年を目標年とした現行の地域医療構想の話で、もう一つは、2025年で終わりではなくて、今度は2040年を見据えた新たな地域医療構想がありますので、そのご案内があります。

あとは、意見交換としては、病床の話よりも、今後は高齢者が増えて医療需要

が増えていくのに医療人材不足が懸念されているという中で、どうやって医療を提供していくのかを、特に「医療の効率化」といったときは医療連携が大事になってくると思うんですが、その医療連携をどうしていくのかということを中心に意見交換をしていただきたいと思います。と思っています。

きょうは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。

お集まりの皆さまには、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：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、これ以降の進行を湯城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

○湯城座長：座長を務めます、墨田区医師会の湯城（ゆき）でございます。本日は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。

○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。日ごろは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。

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、稼働していない病床を稼働して、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」の策定にあたりましては、各医療機関におかれまして様々な状況やご事情があると思っておりますので、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」をご提出いただきたいと思いますと考えております。

私からの説明は以上となります。どうぞよろしくお願いいたします。

○湯城座長：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、ご質問など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。

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。資料2「外来医療計画に関連する手続きについて」と、その提出状況ということで別紙1、別紙2がお手元にあると思っておりますので、ご確認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（協議）

○湯城座長：それでは、引き続き、議事の1つ目に入らせていただきたいと思います。1つ目は「2025年に向けた対応方針について」です。

東京都から説明をお願いいたします。

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

私からは、資料3-1に沿ってご説明をさせていただきます。

資料3-1の1ページをご覧ください。

本件は、協議事項となります。国の通知に基づきまして、各医療機関から2025年における役割や機能ごとの病床数などを、対応方針としてご提出いただき、それぞれの圏域において確認し、合意を図るというものでございます。

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

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、変更のあつた医療機関につきましては、備考欄に変更点を補記しております。

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

説明は以上となります。

○湯城座長：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おりますので、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）

○湯城座長：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。これが本日の主たる議事になります。東京都から説明をお願いいたします。

○井床課長代理：引き続きまして、説明をさせていただきます。

資料4-1をご覧ください。

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

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

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

こちらは、先ほどの議事(1)での資料3-1の再掲となっております。

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

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

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

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

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

具体的には、下段の○において4点の基準が示されております。

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

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

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

④は、都道府県がその他支援の必要性があると考えた区域、でございます。

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

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

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

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

推進区域の設定は国が実施いたしますが、去る7月10日に、国の地域医療構

想等に関するワーキンググループでは、都の報告したとおり、全13構想区域を推進区域とする案が、資料上で示されております。

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

こちらは、参考資料2としてもお付けしておりますが、現在国が示して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。

○湯城座長：ありがとうございました。

今、資料4-1の4ページまでをご説明いただきました。資料4-1の説明はすごく長くなりますので、ここで一旦、区切っております。

この段階まででご質問等がありましたら、ご発言いただければと思います。いかがでしょうか。

それでは、土谷先生、お願いいたします。

○土谷副会長：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、2025年が目標年になっています。あと一年と迫ったところで、国は新たに、推進区域とモデル推進区域を設定していきたいということでした。推進区域としては、各都道府県で1個か2個示してくださいということです。

ところが、東京都は、島しょ圏域を含めると13圏域ですが、それら全てを推進区域としてやると、国に申し上げたということです。ポイントは、東京都は国の言うままではなくて、東京都独自にやっていきたいと表明したということです。

その分、事務作業がすごく増えるんですが、それもいとわずやりますということでしたので、そのあたりのことを皆さんは汲んでいただければと思います。

○湯城座長：ありがとうございました。

愛和病院の竹川先生、どうぞ。

○竹川（愛和病院 理事長）：土谷先生がおっしゃったとおりだと思います。この会議自体、区東部だけでやっていますので、二次医療圏というのは考えず、東京都の場合は全体を見ていなくてははいけません。

それから、多摩地域と23区では全然違うので、23区は23区できちんと見ていくことが必要かと考えています。

○湯城座長：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

できます。

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。

○湯城座長：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、ここままで何かご意見のある方はいらっしゃいますか。

先ほどのご説明は、現行についての推進区域の設定などの話で、今のご説明は、2040年を見据えた新たな地域医療構想の話です。

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、コメントをしたいと思います。

今の話は、2040年を見据えた地域医療構想についてです。

現行の地域医療構想は、病床の話が結構ウエートを占めていたところですが、新たな地域医療構想は、病床の話だけではなくて、特に東京の場合は、今後増えていく高齢者や、医療だけではなくて介護あるいはその周りの社会的課題なども抱えた人たちの問題も、取り込んでやっていきたいと思いますという方向になっているようです。

ここでのポイントは、東京都の在り方にあると思います。国の検討会が開かれています。都道府県の中で意見したところが2つあります。1つは、検討会のメンバーである福島県です。もう1つは東京都です。東京都はメンバーでもありませんが、呼ばれたということです。

現行の地域医療構想を東京に適用していくことを、なかなか私たちも大変な思いをしてやってきました。国も多分それは知っていて、「東京は現行の地域医療構想にそぐわなかった」と思っていると思います。そこで、東京の意見を聞いて反映させたいと考えているのだと思います。

国の検討会で東京都は何を意見したのかを2つだけご紹介しますと、振返りになりますが、1つは、東京においても人材が不足していこうということ。

これは、現に皆さんも感じていると思います。病院で言えば、看護助手さんや介護士さんたち、ケアワーカーと呼ばれている人たちです。なお、先日のほかの圏域の会議では、事務職員も足りませんという意見もありました。

「医療に携わる人材を確保するのが東京においても難しくなっていくだろう」ということを、東京都はまず意見したということです。

もう1つは、先ほどもお話がありましたが、「1個か2個選べ」に対して「東京は全部やってやる」という話です。「東京は東京で独自にやらせてください」、別に東京だけではなくて「47都道府県それぞれで、柔軟に対応しなければいけないのではないですか」ということを、国に意見したということです。

まとめると、意見したことは、「人材確保の面」と「都道府県ごとにやったらいい」の2つになります。

○湯城座長：ありがとうございました。

東京都病院協会の猪口（イノケ）雄二先生、お願いいたします。

○猪口雄二（東京都病院協会、寿康会病院 理事長）：私は、「新たな地域医療構想等に関する検討会」に構成員として出席しております。検討会では、全日本病院協会の会長という立場ですので、東京都のことだけを言える立場ではないので、全国的に何が問題かということをおっしゃっていただきました。

実はたくさん問題があります。今回は、2040年に向けてという話ですが、2040年時点の18歳人口というのは、昨年生まれた子どもたちの数なので、80万人いるかいないかになるんです。

そのように人材がいないときに、東京は、高齢者、特に85歳以上の人口が増え続けますので、それを診ていけるのかが一番の問題だと思っています。

それで、それを今の制度、いわゆる医療・介護のシステムの中で診きれないとなれば、何を換えなければいけないかということ、システムを変えていかなければいけない。それは、DXを入れることも含めてですが。

それから、「少ない職員で多くの人たちを、医療の質を落とさずにどのように診ていくか」というシステムづくりが一番大変だと思っています。だから、そういうことをこれから十分に話し合わなければいけないと思っていますが、それをやるのにあと15年しかありませんので、「診療報酬や介護報酬の改定も6年に一遍だとすると、早く手をつけないともう間に合わないよ」ということをだいたいおっしゃっていただきました。

あとは、地域によって本当に差がありまして、東京はまだまだ人口も増えて高齢者も増えるんですが、地方によってはもう働き手もいないし、高齢者も減って

いるような地域もあって、どうやってベッドをこれから調整するのか、というように大きな問題があります。

幾つか言わせていただきましたが、1つだけ今お話ししますと、構想区域の問題があります。

今、二、三万の区域から三百万の区域まであるんです。だから、その中で一定のルールをつくるというのは本当に大変なので、ある程度は絞り込んで、小さいところは幾つか一緒にして構想区域とする。また、大きいところは分けて、「それぞれ話し合っ、それをまた持ち寄る」というようなやり方にしないといけない。

例えば、東京の問題で言えば、1つの構想区域で人口が百五十万とか二百万というところはたくさんありますし、そういったところには病院もたくさんあります。そこで自主的な話し合いをするときは、もう少し細かいほうがいいんじゃないか。細かくして話し合っ、それを持ち寄ってさらにまとめていくというような考え方が必要ではないか、というようにお話をさせていただきました。

○湯城座長：ありがとうございました。

増田先生、どうぞ。

○増田理事：東京都医師会の理事の増田です。猪口先生、いつもお世話になっております。

ほかの圏域での話を聞いていて、「2040年という数字がもっともらしく出ているけれども、その前に2030年までもたないんじゃないか」というふうな印象すら受けています。

高齢者救急といっても外来に来る人の8割方が65歳以上で、“普通の救急”はほとんどがもう高齢者救急にすり替わっていますし、それに認知症が加わったりしていますので、高齢者救急をやっている病院はもうパンクしています。

それから、もう一個大きな問題は、猪口先生もよく把握されていると思いますが、次々に民間の中小病院がなくなっているんです。

なくなった病院のしわ寄せをほかの病院で支えるという形ですので、ドミノ式に倒れていくのではないかと、そしてそうなると、東京の医療を支える医療機関自体が消失してしまうんじゃないかという危惧を抱いています。

今と同じ診療報酬と予算で、3倍、5倍の需要を同じ質を保って診るのは、努力しても多分無理です。

それで、日本医師会も東京都医師会も何ができるかという、財務省に強く言っても何も通らないということであれば、やはりこういった問題点を、マスコミも含めて国民に広く周知して、全体のムーブメントとして、財源の確保も含めて対応を考える、それがやることかなと思ってはいるんですが。

それに関して、病院協会の立場でどのようにお考えでしょうか。

○猪口雄二（東京都病院協会、寿康会病院 理事長）：本当にそのとおりでして、全日本病院協会も毎月のように、実は全国から閉院の届け出が来ています。

つまり、中小の民間病院がもう維持ができなくなる、もしくは昨今の建築費の高騰で古い病院が建替えをできない。それから、いろいろな食材費をはじめ、人件費については、今度の診療報酬で少し上がりますが、それらがとても世の中のレベルに追いつかない。そういったいろいろな事情で病院がもう維持できないというのは、多分日本中で起きていることだと思います。

それを財務省が見て、もっと手厚くするかという、そこはなかなか難しいんです。多分、日本全体のGDPや生産性といったものが回復しないと、医療・介護だけがよくなるというのは、私は多分ないと思っています。

ですから、日本全体の問題として、やはり日本がもっと活性化して状況がよくなって、その中で医療・介護が伸びていく、という姿を描かないと無理ではないかと思っています。2040年までというか、むしろその手前の、この五年、十年が本当の踏ん張りどころではないかと考えています。

○増田理事：ありがとうございます。よろしく願いいたします。

○湯城座長：どうもありがとうございました。

ほかに、何かご意見のある方はいらっしゃいますか。

よろしいでしょうか。

それでは、引き続き、東京都から説明をお願いいたします。

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

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

なお、意見交換にあたり、参考資料を用意しております。

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

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

資料4-1の10ページに戻らせていただきます。

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

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

1枚目と2枚目には、区東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、12病院からご回答をいただきまして、うち3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、「紹介・逆紹介の管理業務の負担軽減につながった」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、「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」、「連携先医療機関のネットワーク参加状況に応じて、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、「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」との回答をいただき、また、「その他」として、「電子カルテとネットワークが分かれており、電子カルテと連携していない」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や郵送、メールや電話、オンラインによる情報共有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、「電子カルテ未導入または導入している電子カルテが地域医療連携システムに対応していない」や「コスト面」という回答が多い状況でした。

導入に向けた改善点としましては、必要性が感じられる内容とコスト面、必要な人員の確保や増員、地域全体の医療機関が参加するような旗振り役の必要性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ページでは区東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。

○湯城座長：ありがとうございました。

議事の2つ目についての説明は以上となります。

資料4-1の10ページにありますように、「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」といった問題と、先ほど、アンケート結果の説明で連携システムの導入などの話がありましたが、「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」。

これらを論点として、ご参加いただいている機能別の医療機関の先生方からご意見をいただきたいと思っております。

それでは、墨田区の高度急性期代表の、墨東病院の足立先生からご発言をお願いいたします。

○足立（都立墨東病院 院長）：今お話があった連携強化に関しては、普段からやっておりますが、コロナ禍の頃から、機能分化をしないとやはりうまくいかないのではないかと考えていて、今、前方連携、後方連携についていろいろな手を使ってやっているところです。

三次救急の下り搬送なども、搬送していただいて余り症状が重くないような方は、早期に後方の病院にお願いしたりしています。

当院でなければ受けられない患者さんを積極的に受け入れる、また、ある程度落ち着いた方は連携を強化する、そういったことはぜひ皆さんと協力してやっていきたいと思っております。

○湯城座長：ありがとうございました。

江東区の高度急性期代表の、昭和大学江東豊洲病院さんは本日ご欠席ですので、江戸川区の高度急性期代表の、東京臨海病院の臼杵（ウスキ）先生、お願いいたします。

○臼杵（東京臨海病院 病院長）：うちの病院も連携室を中心にして、いろいろと連携しているんですが、やはり「1対1」とか個別の対応というのは、それなりに病院の努力が必要で、今後は結構難しくなってくるのではないかと考えています。

コロナ禍のときに東京都でコーディネーターなどができて、そこでいろいろと調整もしたので、何らかの法的な介入というの、やはり今後は必要になってくるのではないかと考えています。

現状ではなかなか難しいと思うので、「個別の幾つかの病院でなるべく調整しながらやっていく」ような形にならざるを得ないですが。

あとは、それぞれの連携室が、しょっちゅう連携、連絡をしながらやっていくということに、頼らざるを得ないかなと考えております。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、墨田区の急性期代表ということで、賛育会病院の賀藤（かむ）先生、お願いいたします。

○賀藤（賛育会病院 院長）：私どもの病院は、急性期病院といっても産科救急や、ベッドを持っている小児科としてと、あとは内科の救急をやっています。

内科のほうは、先ほど墨東病院の足立先生がおっしゃったように、超急性期病院で治療された方々の受入れ機関とか、急性期といってもそれほど重症でない患者さんの場合の急性期医療というものに特化して、役割分担としてそこら辺に重点を置いた内科としていきたいと思えます。

特に今、介護老人保健施設等も含めて、困った方々とか入所したいという方々の受入れとかも含めて、そちらのほうに役割を特化してきちんと診ていければと思っています。

あとは、意見交換の話題は高齢者に関してですが、私は小児科医ですので、すみませんが、小児科に関してのお話をさせていただきます。

区東部では、小児科で病棟を持っている病院がだんだん少なくなってきました。多分、小児科で入院ベッドを持っている病院がない区も出てきております。

ということで、逆に今は、小児医療の過疎ということを考えなくてはいけない状況になっていますので、私の病院としては、小児科と産科ということでもう少し踏ん張って行って、そういうところで役割分担の役目を果たしていければと考えております。

○湯城座長：ありがとうございました。

続きまして、江東区の藤崎病院の藤崎先生、お願いいたします。

○藤崎（藤崎病院 院長）：人材不足の件に関しては、看護師さんや看護助手さん等の採用は、何とか頑張っておこなっております。

ただ、年々難しくなっているのが現状で、今後どういうふうやっていったらいいのかが非常に悩ましいところで、いい方法があればお聞きできればと思うんですが。

なかなか現状で頑張っておこなっているというだけの状況で、どこまでやれるのかがはっきり分からないというのが現状です。

連携に関しても、なかなかこれも効率重視というわけには行かなくて、やはり

一つ一つ大変な事例も多いので、大変苦勞してやっているところです。これも、どうやったら解決するかがはっきり分かりませんが、何かご意見があればお聞かせいただきたいと思います。

○湯城座長：ありがとうございました。

続きまして、江戸川区の森山記念病院の本橋先生、お願いいたします。

○本橋（森山記念病院 院長）：コロナがまた今、はやってきていて、うちの病院でも受けるんですが、キャパシティをオーバーしたときに連携先がないと非常に困るという、切実な問題があります。

そういったときは、現実的にはほかの病院に電話をしたり、直接相談を持ちかけることも多いんですが、「自分の患者さんをどこに搬送するか」を電話で連絡しているシステムは、やはりもう限界だと思うんです。

十か所、二十か所とかけても、見つからないときは見つからないです。もちろん見つかるときはすぐに見つかりますが。

やはり今はSNS、例えばLINEみたいなシステムもありますから、近隣の病院とそういった形で連携を取って、「ここだったら、もしかしたらきょう受けてくれるかもしれない」ということが一目で分かるようになれば、現場の救急の間も精神的な負担が軽くなると思うんです。

ですので、受け入れてくれる病院を電話で一つ一つあたっているシステムを、やはり変えないといけないのではないかと切実に感じています。

あとは、当院の周辺の病院とは今いい関係を築けていますが、それは実は、コロナが割と蔓延したときに、江戸川区は共通の認識を持てるようにWeb会議を始めたからなんです。現状もまだ時々行っているようですが。

直接会って話すことはなかなかできないと思うので、今やっているこのWebでの会議など、こういったものをもっと柔軟に使って、自分の病院の役割をある程度把握して、みんなで役割分担をつくっていくという方向性が一番重要ではないかと痛切に感じます。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、次は回復期代表の病院の先生方からご意見を伺いたいと思います。
まず、墨田区の東京都リハビリテーション病院の新井先生、お願いいたします。

○新井（東京都リハビリテーション病院 病院長）：当院は、回復期リハビリテーション病棟がメインです。もちろん急性期のほうからの患者さんを受け入れるということが大前提ですが、やはり最近、急性期の病院も、入院の在院日数がかなり増えてきまして、重症度の高い高齢患者さんがやはり増えてきていると思います。

あとは、公的な病院の使命として、やはりソーシャルハイリスクの患者さんも受けなくては行けませんので、そういう患者さんの情報を、地域医療連携システムはもちろんなので、医療連携室を通して、「MSW（医療ソーシャルワーカー）」や看護師を通して、まだまだマンパワーでやっているわけですが、将来的には、連携システムの導入が絶対に必要だと思っております。

うちの病院は、東京都が入ってくれませんか難しいので、その辺が問題だと思えます。

それから、「医療連携の際の連絡方法・手段について課題があるか」については、先ほどお話ししましたが、患者さんを送るときや、当院で受けた急性期の患者さんの全身状態がまた悪くなったが、前院のところに戻せないといった場合に、困ってしまうことがあります。

ですので、そういう連絡方法や手段は、やはり将来的には地域医療連携システムがいいかなと考えております。SNSも含めてですが、そういうものがもう少し利用できればいいかなと考えております。

○湯城座長：ありがとうございました。

続きまして、江東区の江東病院の梶原（かじはら）先生、お願いいたします。

○梶原（江東病院 院長）：うちは、回復期の病床が30床あります。昨年のコロナの収束以降は、院内あるいは院外の科とも、ともにスムーズに受入れができていますので、稼働は順調ですが、先ほど新井先生もおっしゃったように、高齢者が増えていて、在院日数が増えているような状況もあります。

ですので、ニーズが今後どうなっていくのかがまだ不透明ですが、近隣の回復期の先生方、病院の先生方とも相談しながら状況を見て、今後の判断していきたいと私は考えております。

もう一点は、前からお話ししているように、うちは急性期をメインでやっております。ただ、二次救急をやっておりますが、だんだん困難になっているのは夜間の当直帯の受入れでして、医師が、どちらかという、臓器別に患者を診ていきますので、独りでの当直となっておりますので、なかなか受入れが難しいというのがあります。

ですので、先日、墨東病院の足立先生ともお話をし、下りのほうを積極的に連携して受ける形でやっていこうとは考えております。

あとは、一番問題になっているのは小児のことです。夜間の小児救急の人員が不足しているので、今後対応が難しくなるかもしれないということで、今ちょうど都のほうにいろいろとご相談しているところです。

○湯城座長：ありがとうございました。

続きまして、江戸川区の森山脳神経センター病院の堀先生、お願いいたします。

○堀（森山脳神経センター病院 院長）：コロナ禍が、一時収束しかかって現在再燃しているそうですが、私どもの病棟のローテーションに関しては、90%以上の稼働率で順調に動いているところでございます。

それから、回復期の病院代表ということですが、「森山ケアセンター」というのがございまして、それを2025年に向けて回復期リハビリ病院に変換しようという、森山理事長の構想が動いているところでございます。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、墨田区の慢性期代表ということで、中村病院の中村先生、お願いいたします。

○中村（中村病院 理事長）：療養病棟としては、だんだん長期になってくると患者さんが出られない状況があるため、問合せがあっても、入院を少しセーブして

いるというふうな状態です。

一般病棟との関係では、墨東病院からの熱中症の患者等を送ってもらうような形で少しやっていますが、コロナ禍でいじった病棟がなかなかまだ戻ってきていないというのが現状です。

そういうことで、療養病棟は何とかいるけれども、一般病棟はなかなか埋まっていけないというのが現状です。

○湯城座長：ありがとうございました。

続きまして、江東区の愛和病院の竹川先生、お願いいたします。

○竹川（愛和病院 理事長）：まず慢性期としては、介護老人保健施設ですか、「超強化型介護老人保健施設」なども、肺炎、蜂窩織炎（ホウシキエン）や带状疱疹などが診られるので、ある程度慢性期なものを、介護老人保健施設も診られているところは診られていると思います。

これからの高齢者の連携ということで考えたときに、やはり中学校圏域といいですか、先ほど猪口先生から「もう少し圏域を小さくしたほうがいい」という意見がありましたが、地域包括ケアなどで考えると、区のレベルといった、人口的にはそのレベルになると思うんですが。

この地域医療構想の中での高度急性期に関しては、やはり隣の中央区といったところとも、救急車などが流れていくこともありますので、医療のレベルによって連携が変わってくると思います。

また、高度急性期に関して、行政的なところでまたベッド数が増えるという話も少し聞いたことがあります。そういったところに繰入金が入っているのであれば、やはり今後、東京都における高齢者に対しては、急性期、回復期、それから慢性期に、そういった東京都のお金が入るということも考えてはいかがかと思っています。

○湯城座長：ありがとうございました。

続きまして、江戸川区の東京東病院の菊地先生、お願いいたします。

○菊地（東京東病院 院長）：我々のところは、急性期と療養を半分ずつやっています。

急性期に関しては、大きな病院で手術ができないような患者さんを受け入れたりにしています。

療養のほう、慢性期のほうは、何とか患者さんは埋まっている状況ではあるんですが、慢性期に関しては診療報酬もそんなに高くはないですし、昨今の光熱費や材料費の高騰などで、かなり経営的には厳しいかなと思っています。

ですので、我々は老健とか特養も持っているんですが、そちらもかなり厳しいので、少子高齢化において、高齢者になかなかお金が回ってこない現実というのをひしひしと感じています。

また、人的な配置に関しても、どうしても若い看護師さんは、特に療養病床などの、ばりばりの急性期をやりたいという人も多いので、人材確保というところでも苦慮しているところで、かなり療養というのは厳しいのかなと思っています。

○湯城座長：ありがとうございました。

ここまで、4つの機能別の医療機関の先生方にお話を伺いました。

今度は、地区医師会代表の先生方にお話を伺いたいと思います。

まず、江東区医師会の蕨先生、お願いいたします。

○蕨（江東区医師会 理事）：江東区医師会では、先ほどお話があったような、特に高齢の患者さんを地域で診ていくという考えから、以前より「主治医－副主治医」体制を行っております。これは、在宅診療を行っている医療機関が、お互いサポートをしながら診ていこうという取組みでございます。

これに加えて、ことしからは東京都の「在宅医療推進強化事業」に参加させていただいております。新たに、在宅診療を始める民間医療機関のスタートアップをサポートするというようなことと、もう一つは、医療連携の観点から、「江東区在宅医療連携センター」というのを江東区医師会の中につくらせていただきました。

こういったことを通して、病院の先生方と病診連携を今後も進めていけたらと思っております。この連携センターの担当の者が、各先生方の病院にもご挨拶に

伺うことがあると思いますので、その際はよろしくお願ひいたします。

○湯城座長：ありがとうございました。

続きまして、江戸川区医師会の神田先生、お願ひいたします。

○神田（江戸川区医師会 理事）：今、江戸川区医師会としては病院委員会で、地域連携室、事務レベルで、できるだけ多くの病院の先生方にお集まりいただいて、連携を事務レベルで円滑にできないかという取組みをこれからやろうと考えているところです。

その音頭を取るのが、東京臨海病院、江戸川病院と、それから森山記念病院です。ここが中心になって、そういう連携ができないかということ、これから始めるところです。

○湯城座長：ありがとうございました。

墨田区医師会の代表は私でございますので、座長ではありますが、私から墨田区の状況をご説明させていただきます。

コロナ禍におきましては、先ほど本橋先生からもお話がありましたように、江戸川区のやり方を見習わせていただいて、墨田区でもWeb会議を始めました。

それによってすごく情報共有ができて、墨東病院からのコロナ後の患者さんの受入れといったことも、区の事業として円滑に動けたかなと思っております。

普段の対応としては、医師会病院部としては連携室強化を、この調整会議でもすごく言われていたので、MSWの会といったものをスタートさせたいです。

ただ、MSWの会といっても、MSWの職種の人に限定されてしまうので、そこはきちんと「医療連携室間の情報共有」ということで、今、墨東病院も医療連携室が強化されて、医師がトップに立って、事務職、看護職やいろいろな職種の方が連携室に入るような形につくられたと伺っていますが、医師会病院部としても、連携室間の情報共有を強化していく必要があるのではないかということですが、まだ「それを始めよう」というふうな段階であります。

在宅の方に関しては、例えば在宅の方が入院しやすいようにということで、済生会向島病院に確保病床を置いていただいています、在宅患者が入院したいと

きはそこに入っただけのように、墨田区の事業としてそういうことをやっています。

それから、現在、墨田区の東京曳舟病院と同愛記念病院に、病院救急車がありますので、消防庁の救急車を利用するほど重症ではないが、自力受診が難しいような方に入院してもらうような場合に、その救急車を利用して病院に行っただく。

ですから、東京曳舟病院と同愛記念病院だけということではなくて、区内病院の入院するところに、2病院の救急車が回っただけというようなことです。

そういう意味でも連携を広めようとしておりますが、利用されているのは一部なものですから、その辺は会員の先生方などに広報的なことも含めて、取組みを進めていこうというのが現状であります。

土谷先生、どうぞ。

○土谷副会長：東京都医師会の土谷です。

それぞれの区、墨田、江東、江戸川で、それぞれで連携の仕方についてご案内があったところですが。

私からは、江東区医師会の蕨先生にお聞きしたいのですが、「江東区在宅医療連携センター」というのを立ち上げたということですが、これの主体は医師会なのか区なのか、それとも在宅医療相談窓口で、介護が主になるのでしょうか。財源などはいかがでしょう。

○蕨（江東区医師会 理事）：これは、東京都の「在宅医療推進強化事業」の一環ということですので、現在は東京都から財源をいただいて、江東区医師会として行っているという形になります。

訪問診療、在宅診療をされている先生がこのセンターに参加していただいて、病院から在宅医療に戻られる患者さんの連携を取っていくための形をつくっていかうということで、今始まったところです。

今後は、いろいろな広報も含めて、先生方にもご連絡をさせていただければと思っていますところでございます。

○土谷副会長：ありがとうございました。

東京都からの補助は3年で終わってしまうので、地元の江東区さんともぜひ協議をしていただいて、事業が終わらないようお願いいたします。

○湯城座長：ありがとうございました。

今度は、区市町村代表ということで、まずは墨田区保健所の杉下先生、お願いいたします。

○杉下（墨田区保健所長）：湯城先生から今お話がありましたように、墨田区では日頃から、医師会、歯科医師会、薬剤師会等と連携をして、在宅医療の推進を図っております。

特に、医療連携推進会議は事前打合せも含めて毎年4回行っておりまして、実は本日もあります。

そういった中で、関係者間で課題を議論して必要な対応につなげていくという取組みを、近年行っているところです。

○湯城座長：ありがとうございました。

続きまして、江東区の小松崎さん、お願いいたします。

○小松崎（江東区 歯科保健・医療連携担当課長）：先ほど蕨先生がおっしゃったように、東京都の事業を昨年度から医師会が受けてやっています。

江東区としては、センターの在り方も含めて、医師会さんとどういうふうな方向で4年目以降の在宅医療・介護の連携を行うか、調整をしていきたいと思っています。

○湯城座長：ありがとうございました。

続きまして、江戸川区保健所の植原先生、お願いいたします。

○植原（江戸川区保健所長）：江戸川区としても、先ほど神田先生からもお話があったように、医師会の地域連携室で、東京臨海、江戸川と、それから森山記念の

3病院を中心に連携を深めていくということですので、江戸川区としても一緒に、連携について進めていきたいと思えます。

○湯城座長：ありがとうございました。

東京都病院協会の猪口雄二先生、何か追加でご発言はございますでしょうか。

○猪口雄二（東京都病院協会、寿康会病院 理事長）：お話を伺っていて、行政単位というか区単位で、いろいろな連携システムができているんだなと思えました。

したがって、二次医療圏というのはもう少し大きい話で、やはり行政区単位の連携を進めたほうが、多分顔が見えて連携しやすいのかなということを強く思いました。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、東京都病院協会の精神領域の内山先生、ご発言をお願いいたします。

○内山（東京都病院協会（精神領域）、東京足立病院 院長）：皆様のお話の中で、高齢化の中で認知症などの問題が大きくなっているということを伺いました。

これまでも私たちは、連携のためということでいろいろやってきまして、地域で、救急病院との間で、総合病院の中では精神科のリエゾンサービスのようなことを組んでいこうということで、十年ぐらい前にやっておりましたが、なかなかこれが難しいということでした。

今までお話に出ていたように、高齢者が救急病院に運ばれることが多くて、そこから認知症が発見されてといったことに対応するため、精神科の病院というのは、認知症の患者さんたちを、行動的に問題な人たちを治療することが主な目的なわけです。

ただ、精神科の病院でございますので、身体的なケアについては、なかなか不得意なところも多いというところなんです。

今、地域の精神科病院の中で、「どの程度の身体疾患までなら受け入れられるのか」、あるいは「こういったことをどこまで患者さんに対応できるのか」といったことのアンケートを取りまして、その結果を、私どもの病院のホームページに上

げているとともに、入院の相談対応といったことに関しての情報の流れをよくするため、「情報確認表」をつくって、試みとして使用し始めているところでございます。

やらなければいけないことは、まだまだたくさんありますが、そういった意味で貢献していけるように考えて努力しております。よろしくお願いいたします。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、歯科医師会代表の萩川（ハライカ）先生には今つながらないようですので、薬剤師会代表の、東京都薬剤師会の濱野先生、お願いいたします。

○濱野（東京都薬剤師会 常務理事）：薬局の薬剤師は、地域で在宅医療に携わっていることが多いんですが、薬を中心として、最近では「メディカルケアステーション（MCS）」のような情報ツールを活用してつながっていくことが、徐々に始まっているというのを感じております。

そういうときに、セキュリティーの問題などにもとても気を遣うんですが、ドクターが中心となって情報共有していくということで、とても効率がいいというふうなことは感じております。そういうことで効率を上げて、内容のほうに力を注ぐようにしていくと理想的なのではないかと思っております。

また、かかりつけの薬剤師というものも推奨されております。患者さんがいろいろなところに行っても、薬については一元的に管理をすることができて、その部分でも重複などについて、無駄を省くようなこともできていくかなと思っております。

なるべく皆さんで、疲弊しないように、今後の効率化について考えていきたいと、日々思っております。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、看護協会代表ということで、佐久間さん、お願いいたします。

○佐久間（東京都看護協会 地域包括ケア委員会委員）：東部地区理事の植山の代理で参加をしております、東京都済生会向島病院の佐久間でございます。

皆さんのお話を聞きながら、看護協会としてまずお話をさせていただくと、各医療機関における人員不足に関しては、それぞれの施設の特徴や規模によって差が出ているなというふうに捉えています。

引き続き、人員のほうは「東京都ナースプラザ」等も活用していただきながら、人員の確保に努めていただくという形になるかと思います。

あとは、高齢者が多いという部分に関しては、高齢者のケアに弱いような施設といったところにも情報提供ができるように、高齢者領域の学習の機会等も設けておりますので、中小のそれぞれの施設で開催が難しいというような場合は、ぜひともご活用いただければと思います。

最後に、看護補助者の確保についても、東京都看護協会でも力を入れておりますし、看護補助者として実際に働き始めたけれども、実際のスキルがなかなか伴わないというようなこともあります。

ですので、その補助者についての研修等も引き続き開始をしていく予定になっておりますので、看護部を通じてご確認をいただければと思います。

○湯城座長：ありがとうございました。

以上で、本日ご参加いただいている皆さんからはご発言をいただいたと思います。

ほかに何か言い足りなかったことはございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、東京都医師会理事の佐々木先生、よろしく願いいたします。

○佐々木理事：東京都医師会の佐々木でございます。本日は、非常に活発なご議論をありがとうございました。

ご存じのように、第1回調整会議は本日の会議がしんがりで、あとは島しょ圏域だけとなっております。

これまでにいろいろと出てきたお話について、この圏域のことも含めて感想を述べさせていただきたいと思います。

まず、先ほどからお話がありました、圏域の大きさをどうするかですが、「二次保健医療圏」ではないだろうということは散々言われています。

確かに扱う内容によっては小さい圏域で、特に介護系は中学校圏域でやったりとか、それから近隣との連携は区単位でやるとか。

それから、先ほど竹川先生からもお話があったように、高度急性期などになってくると、今度は広い圏域で、場合によっては東京都全体として捉えるといったように、扱う内容によって、やはり話し合う圏域の大きさが違ってくるのかなど、私がかねがね感じております。

また、これまでの病床機能、それから外来機能報告に加えて、次の地域医療構想はかかりつけ医の機能報告が入ってきますので、それこそ本当に扱うテーマが様々となってきます。どういう圏域でどういう話合いの仕方をするべきかということも含めて、これから課題になってくるかと思っています。

2つ目としては、連携システムについてですが、この圏域も含めて、ほかの圏域でも様々な意見が出ていました。電子カルテの導入コストとか、それに対する補助が必要だという話もたくさん出ています。

一つ問題となるのが、導入コストもそうですが、運用コストとセキュリティ対策のコストになります。医療保険ではそこは出してくれないので、各医療機関の大きな負担になってきます。

ですので、ここはぜひとも東京都をはじめ、公的な補助が望まれるところかと思えます。

あとは、今回、MCSの話が先ほど少し出ました。医療機関それから介護では、MCSはかなり普及してきているんですが、実は行政が関与する、例えば地域包括支援センターなどでは、個人情報保護の関係で結構導入が進まないというところがありますので、各行政の皆様にもその辺を突破するようにお願いできればと思います。

連携に関しては、先ほど江東区のほうから、「江東区在宅医療連携センター」のお話が出ていました。これまでは、医療・介護連携推進事業で、在宅療養相談窓口が各地域でできておりますし、介護との連携はそれで少しずつ進んでいます。

ただ、これからは医療のほうの、主に下りの連携について、今回、東京都も東京都医師会も、下り搬送の支援のためのシステムづくりに対して予算要望を出しておりますし、私も、地域の医師会のほうで、医療連携の支援の窓口ができないかということを提案させていただいております。

これからは、医療と介護の上りも下りも、いろいろな連携の仕方をワンストップでできるようなシステムを考えていければいいなと思っております。

○湯城座長：ありがとうございました。

増田先生、どうぞ。

○増田理事：続いて、東京都医師会の理事の増田です。

先生方、どの圏域でも非常に問題意識もあり、また深く理解されていますし、悲鳴に近いものが聞こえてくるんですが。

実際、この先の日本の人口は、高齢者人口が増えるだけではなくて、労働人口も若い人も、どんどん出生率も下がっていますから減っていくわけです。すると、2040年になって、果たして今のサービスが人的に提供できるかというのは大きな問題ですが。

私は、自分のクリニックの上で母を10年ぐらい介護をしまして、コロナ禍の最中に94歳ぐらいで看取ったのですが、自宅で介護というのは人的な手間がすごくかかります。

東京では独居も多いし、家も狭いしということで、「家に帰ってください」と言っても帰れない高齢者がいっぱいいます。もし帰ったとしても、介護離職をすることになると、労働人口が減るわけです。

それだけではなくて、今の頭数から見ると、全労働人口の4割ぐらいが医療・介護・福祉で働かないといけない。となると、日本の国は一体どうなってしまうのかなということを、非常に危惧しています。

それで、移民とか海外からの人材流入ということも積極的に試みているんですが、介護の分野では国家資格の問題がありますので、なかなかうまくいかないです。ましてや、この円安で日本に働きに来る外国人もすごく減ってきています。

介護助手の方なども、もう少し外国の方にも手伝っていただいたほうがいいのかなという印象も持っていますので、今後、日本人全体でその辺の意識を変えていかなければいけないかと思っています。

暗い話で申しわけありませんが、よろしく願いいたします。

○湯城座長：ありがとうございました。

そろそろ予定された時間に近づいておりますが、ほかにご発言はございますでしょうか。

森山記念病院の本橋先生、どうぞ。

○本橋（森山記念病院 院長）：皆さんと情報共有したい件がありますので、スライドを共有させていただきます。

当院の状況ですが、数年前に計画地Aの土地の取得のめどが立ったので、192床の増床申請をして許可をいただきました。

ところが、土地所有者から土地譲渡の時期について延期の申し出があり、数年以内の実現を断念せざるを得ない状況となったので、一部方針を転換することで実現をしたいと思います。

なお、これから申し上げる内容は、江戸川区医師会、行政、病院長などへ事前に説明を申し上げ、賛同を得ておりますことを併せてご報告申し上げます。

具体的には、森山記念病院病院内に19床増床して、また法人内の介護老人保健施設の森山ケアセンターの一部を改修して、120床の新病院を開設したいと考えています。

192床との差である53床については返還させていただき、合計139床の増床計画として方針変更させていただくことを、関係者の皆様にご了承を得たいと考えております。

○湯城座長：ありがとうございました。

今のお話は、森山記念病院さんからの情報提供でありました。

ほかにかがでしょうか。本日の議論に関して追加での発言、もしくはこの場を借りての、調整会議は地域での情報共有の場ということですので、情報提供がありましたらお願いいたします。

よろしいでしょうか。

それでは、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返しいたします。

4. 閉 会

○立澤課長：皆様、本日は活発なご議論いただき、また様々な貴重なご意見も頂戴しまして、ありがとうございました。ぜひと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あるいはそれ以外でも結構ですので、追加のご意見やご質問がある場合には、事前に送付しておりますアンケート様式をご活用いただきまして、東京都あてにお送りください。

また、Web会議の運営方法等については、「東京都地域医療構想調整会議ご意見」と書かれた様式をお使いいただきまして、東京都医師会あてに会議終了後、1週間ぐらいをめぐりご提出いただければと思います。

それでは、本日の会議はこれで終了となります。長時間にわたりましてどうもありがとうございました。

(了)