

[令和6年度 第1回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東北部〕

令和6年7月29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』

〔区東北部〕

令和6年7月29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。お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、今年度の1回目の調整会議になります。テーマとしては、調整会議そのものになっています。

1つ目は、現行の調整会議はどうなっているのかということです。

2つ目は、2025年が一つの区切りになりますが、その先に2040年を見据えた新たな地域医療構想というのが今、国で話し合われていますので、そちらのご案内があります。

そして、3つ目は、意見交換になります。調整会議には、病床の話と医療連携の話という大きなテーマがあります。

病床の話は今までいろいろとやってきましたが、東京は13圏域になるわけですが、島しょは別として、12圏域が一体となってやっていたほうがいいのではないかとということで、病床の配分の在り方も、今年度は休止になりましたが、主に病床の話よりも今後大事になってくるのは、それぞれの医療機関同士の連携になると思っています。

ですので、今後の医療連携の在り方について、コロナ禍でもさんざん話してきたところですが、ICTツールなど将来を見据えたご議論をいただければと思っています。

きょうは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関す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、どうぞよろしくお願いいたします。

○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。

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、これ以降の進行を賀川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

○賀川座長：座長の、足立区医師会の賀川でございます。どうぞ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、各病院様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。

私からは以上です。

○賀川座長：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。

非稼働病床は、今はどこでも持っていらっしゃると思うんですが、ご質問やご意見はございますか。

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した。

3. 議 事

(1) 2025年に向けた対応方針について(協議)

○賀川座長：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、よろしくお願いたします。

説明は以上となります。

○賀川座長：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。

ありがとうございました。

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）

○賀川座長：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。これに対するディスカッションが、今回のメインとなります。

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。

○賀川座長：ありがとうございました。

ここまでの説明で何かコメントはございますでしょうか。

機能別の病床について、区東北部も回復期病床はリハビリ中心の病床でしょうが、確かに七、八年前よりは600床くらい増えています。それでも、全区域に回復期病床が理想ですが、それは別としてまだまだ少ないということだと思います。

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。

ご案内のとおり、来年2025年が現行の地域医療構想の目標年とされています。あと一年と迫ったところで、国は、もっと押し進めてくれということを行っています。

何を押し進めるのかというと、最初の2013年につくった必要な病床数と来年における病床数とがアンバランスのところを、是正できるように推進してくだ

さいということです。しかも、国は、その中でもモデル推進区域として1個か2個ぐらい選んでくださいということでした。

ポイントは、東京都は「1個か2個ではなく、全部やる」ということです。つまり、国の言うとおりでなくて、東京は東京なりにやっていくという決意表明であります。そのあたりを皆さんにご理解いただければと思います。

○賀川座長：ありがとうございました。

ほかに何かご意見はございますか。

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。

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、資料の説明を終わります。

○賀川座長：ありがとうございました。

ここまでで、何かご意見やご質問はございますか。

それでは、土谷先生、お願いいたします。

○土谷副会長：こちらについても、コメントをしたいと思います。

先ほどの話は現行の話で、今の話は2040年を見据えた新たな地域医療構想の話です。新たな地域医療構想を、病床の話に偏らないで、特に高齢者が増える中でどういうふうにやっていくかという話でした。

今の話の中で、東京都が国の検討会で意見したという話がありました。病院団体等あるいはいろいろな方が、今度の地域医療構想はどうしたらいいかやこういったところが課題だというような話をしたんですが、都道府県で意見したのは、実は47都道府県のうちで2つだけでした。

1つは福島県ですが、福島県はその委員会のメンバーでした。東京都はメンバーでないのに呼ばれて、行きました。

それで、東京都さんが何を申し上げたかといいますと、先ほどの話にありましたように、一つは、高齢者が増えていく中で人材が不足するということです。

東京以外の地域は、患者さんも減っていますが医療従事者も減っていて大変だと言われていて、「東京はいいね」とよく言われるんですが、東京も人材が不足していこうというのを強調してもらったところです。

もう一つのポイントは、国はこれまでずっと地域医療構想を推し進めてきたんですが、東京は結構無理がありました。

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畳んでいくのかという、戦争でいうところの撤退戦で、非常に難しい判断を要するところなんですが、東京の状況は逆で、まだ医療需要が増えるわけです。

ですので、国の地域医療構想をそのまま当てはめると、皆さんも実感していたと思うんですが、かなり無理していたところがありました。

先ほどの、東京も人材が不足するというポイントと、もう一つのポイントは何かというと、東京はそれぞれの地域で柔軟にやらせてほしい、地域の状況に沿ってやらせてほしいと訴えたところです。

それで、今後も新たな地域医療構想についてはいろいろな話が出てくるんですが、「地域ごと」というのはこの場合は「都道府県ごと」ということですが、都道府県ごとに腰を据えてやっていきたいということです。

国に振り回されたことが多かったんですが、そういうのは、やめにしてほしいというのが東京都さんの訴えでした。これについて、東京都医師会としても賛同するところです。地域の実情に応じて、対応していかなければいけないと思っています。

○賀川座長：ありがとうございました。

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、42病院からご回答をいただきまして、うち8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」や「患者の病状経過をより正確に把握できるようになった」という回答を多くいただきました。

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」の回答が最も多く、次いで「患者・家族の同意取得に係る業務負担が大きい」の回答を多く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送付と、医師やMSWからの電話のほか、転院調整システムとして「CAREBOOK（ケアブック）」や「わんコネ」を利用しているとの回答もございました。

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」や「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」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、システムの使いやすさ、電カル端末上での操作の完結、また、多くの医療機関と連携していることなどの意見が多くございました。

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。

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。

○賀川座長：ありがとうございました。

今までの医療構想は来年までですが、来年になりますと、ちょうど団塊の世代の最後の方々が75歳になります。それで、新しい地域医療構想は2040年ですから、15年後になりますとその方々が90歳になられている。そういう意味で、“2040年”なのだと思っております。

これから意見交換に入りますが、資料4-1の10ページに書かれておりますとおり、いろいろな疾患を有する高齢患者は増えていきますし、社会的課題を有する患者などの受入れにあたり、全医療従事者、特に看護師さんの人材不足がどうしてもありますので、医療・介護の連携をどのように効率的に行っていくかということでございます。

地域医療連携の推進のため、いろいろとご意見をいただければと思っております。

土谷先生、お願いいたします。

○土谷副会長：先ほど、賀川先生からもお話がありましたように、80歳以上の人口はずっと伸び続けます。区東北部の増加率は都内でも高いほうです。

その一方で、人材が不足していくことが見込まれています。ではどうするのかということですが、ベッドを増やしても支える人がいませんで、連携をいかに効率よくやっていくかということになっていきます。ですので、そこが今回のテーマとなっています。

特に皆さんに議論していただきたいことは、とかく「今はだめだ」みたいなことが多くなるんですが、「こういうふうになったらいいんじゃないか」を、アンケートでも幾つもお意見をいただいています、が、「こうあるべきだ」というような前向きな意見を、本日いただけたらありがたいと思っています。

○賀川座長：ありがとうございました。

それでは、きょう出席されております諸先生方に、何でもいいですのでご意見を賜れば幸いです。

高度急性期の医療機関の先生からお願いしたいと思います。

葛飾区の高度急性期、東部地域病院の稲田先生、いかがでしょうか。

コロナ禍のときは多くの患者さんを受け入れていただきまして、周辺の病院や医療機関は本当に助かりました。ありがとうございます。

ご自分の病院を含めて、これからの医療連携の推進などの今後につきまして、どういうことでもよろしいので、ぜひご意見をお願いいたします。

○稲田（東部地域病院 院長）：これまでも、問題点について本当によく述べられたことが、高齢化していったって複数疾患を抱える人たちが増えてくるけれども、多くの人たちは自宅あるいは介護施設にいる。

そうすると、今まで我々は医療機関間の連携というものにかなり力を入れてきていますが、今後は介護の方との連携というのをもっと強める、介護をされている方のお声を病院がどう受けとめるかということ、そして、また介護施設あるいは訪問施設に返すといったことを推進する必要があるだろうと思います。

先ほどの地域医療連携といった意味では、医療機関同士だけではなくて、もう少し幅広く裾野を広げていかないと、高齢者が増えてくる中で対応がなかなか難しいのではないかと感じます。

○賀川座長：ありがとうございました。

“医療・介護連携構想”ということになりますかね。なかなか人材が多くなりませんので、医療職あるいは介護職もそれぞれ厳しい状況だと思いますが。

それでは、足立区の高度急性期で、女子医大の足立医療センターの内潟（ウチカタ）先生、ぜひご意見をお願いしたいと思います。

○内潟（東京女子医科大学附属足立医療センター 病院長）：おっしゃるように高齢者が増えて、そして生産人口が徐々に減っていくわけですが、これを見ますと高齢者が増えるほうが速いんでしょうね。

そうすると、私がこんなことを言うと身も蓋もないですが、医療連携といっても人材の絶対数が少ないです。

例えば、足立区医師会で、看護師とか介護士さんを養成する学校をつくって海外から引っ張ってくるとか、何かそういう絶対数を増やすことを考えないと、きょう、あしたはいいですが、少なくとも十年後になると「にっちもさっちもいかない」という形になりませんかでしょうか。

根本的なところで、何かそういうことを足立区でやるとか、区東北部で1つ立ち上げるとか。

○賀川座長：ありがとうございます。

看護学校につきましては、先生のところと西新井病院さん、博慈会記念総合病院さんが持っていられまして、あとは大内病院さんの聖和看護専門学校がありますが、あと2年ぐらいで閉校となります。

そういった中で、今おっしゃったように、足立区あるいは区東北部に何とか看護学校をつくれないうこと、つくるとなると非常に労力とコストがかかるんでしょうが、以前からそういう考えはもちろん出させていただいております。ただ、実際に可能なかどうかは分かりませんが。

ありがとうございました。

それでは、荒川区の高度急性期については、女子医大さんが足立区に移られて今はありませんので、急性期の岡田病院の岡田先生、よろしくお願いいたします。

○岡田（岡田病院 理事長）：皆さんがおっしゃったように、高齢者が増えていてどうするかというところで、そこに働き方改革とかも入ってきて、医師も看護師もみんな厳しくなっていると思うんです。

最近、やはり限界があるのかなと思っているんですが。

○賀川座長：そうですね。いろいろなところで不足ということで、急性期を初め、ほかの医療機関も限界でしょうが。

ですからこそ、効率的に連携を推進しながら、やはり医療DX、電子カルテも、先ほどご説明がありましたように、うまくやっていかなければいけないということだと思います。

次に、足立区の急性期、等潤病院の伊藤先生、よろしくお願いいたします。

○伊藤（等潤病院 院長）：この問題はすごく難しく、なかなか一言で言えないと思うんですが。

基本的にこの状況というのは、地域医療構想をつくる段階から分かっていたわけですが、医療人材の話についても予測できた話ですが、働き方改革とかも含めて、そういったものをどうやって補うかという具体的な施策というのは、余り出されていないように思います。

医療DXといってもコストがかかることですし、医療DXを立ち上げるための人手も相当かかります。どちらかという、診療報酬改定や介護報酬改定等があるにつれて、申請自体の手間もすごく増えてきたり、施設基準も非常に厳しくなってきたりと、効率化とは逆方向に行っているような思いがいたします。

この問題を「地域の中で解決しなさい」と言われてもなかなか難しい問題があって、もともと東京都などで医療需要が増えるというのは、地域医療構想が出た段階で大阪、京都、愛知、沖縄など、全国で6都道府県ぐらいあったわけです。

それも織込み済みの話だったわけですが、実際にどういう対応ができるのかの

モデルといったものを、もう少し国で検討していただいて、その中から地域が選択できるというような形にしていけないと、現場の努力だけではなかなか難しいかなというのが、私の正直な印象であります。

○賀川座長：ありがとうございました。

病院の職員の中では、やはり看護師さんですね。ご承知のとおり、新しい看護師さんは紙ベースのカルテでやっている病院には行きたくない。つまり、電子カルテがないと選ばれない。

もう一つは、急性期を考えますと「10対1」でやっていらっしゃる病院もあるんですが、そういう病院を選ばないんです。「7対1」の病院から見えて、自分に適した病院を探すというのが現状かと思います。

それでは、葛飾区の急性期の平成立石病院の大澤先生、ぜひご意見をお願いいたします。

○大澤（平成立石病院 理事長）：我々も、今後の人材に関しては非常に不安を感じているところです。

現実的な話をすれば、在宅とかも含めていろいろな医療機関の連携をもう少し深めたりするのが一つ大事な事かなと、地域の中で考えていかなければいけないかなと思います。

ですので、今後在宅の患者さんも増えてくることを考えると、在宅、あとは限られた医療人材の中で、各医療機関が役割分担をどうするかをもう少し詰めていくしかないのかなということと、先ほど、介護職の人を少し海外に頼ってみるような話もありましたが、介護の人材を外に求めるというのも一つあるかなと思っております。

○賀川座長：ありがとうございました。

私たちは基本的に患者さんのために、医療なりあるいは介護をやっているわけですが。

例えば、看護師さんを集めるためには紹介会社をお願いをして探すわけですが、紹介会社の手数料は2割や3割が多いものですから、「3割5分の手数料で質の良

い患者さんを紹介しますよ」という話を結構聞くんです。

ですから、先ほど国とか厚労省の話が出ましたが、少し規制をされているでしょうが、20%を10%には恐らくできないでしょうから、少しでも15%なりに下げるような国のゆっくりとした規制をしていただければと思います。

民間病院が足立区には多いものですから、やはり経営の重要性は増していますので、その辺のところができないかなと思っております。

きょうは「東京都の地域医療構想」ですが、「都が動くと、少し国も動く」ということで、その辺のところを考えている次第でございます。

それでは、急性期は終わりましたので、葛飾区の回復期の葛飾リハビリテーション病院の永島先生、お願いいたします。

○永島（葛飾リハビリテーション病院 院長）：連携ということ言えば、今まで比較的急性期から回復期に至るという形でもって、連携はそれほど問題なく進められてきていると思います。

ただ、私が今懸念していますのは、この間も報道に出ていましたが、介護施設関係の倒産件数が増えているということです。これは、一つは人材難もあると思うんですが、もう一つは介護報酬の改定によって、といったようなことが報道でなされていました。

それで、回復期に特化して見てみますと、実は同じようなことが先月から、回復期はかなりマイナス改定になってしまいましたので起きているわけです。区東北部でも回復期が1100床ぐらい足りないと書いているんですが、今のようなマイナス改定の中で、さらに今後、回復期の病棟をつくろうと手を挙げる病院が果たしてあるのだろうか、その辺を懸念しているところです。

○賀川座長：ありがとうございました。

足立区の回復期の柳原リハビリテーション病院さんは入っておられないようですね。

リハビリスタッフの皆様が不足しているかどうかを、私は存じ上げませんが、病院も空床が今多くございまして、恐らく2割、ひどいところは3割かもしれません。

一方、介護施設も、どこもかなり空いていると推測しています。非常に多いところは3分の1が空いています。

それでも、例えば足立区でも特養を今つくっておりますし、まだまだ介護施設の病床が増えますが、足し算をしてみたら足立区だけでも一万床あるんです。しかも、地方で少し金銭的に余裕のある医療グループが介護施設をつくって、足立区に入ってきているというのも聞いておりますので、なかなか難しいんじゃないかと思います。

介護職員は、やはり増えませんよね。今回の介護改定で、少し国も東京都も助成が入っていますが、それは非常にいいんですが、一方で病院の看護助手、前回もたしか青井先生からご意見がありました。看護助手さんがなかなか介護職以上に入らないといいますが、基本給も少ないですし、その辺のところはまだまだ課題といえますか。

看護助手の配置も決まっておりますので、要するに看護師さんを補助するという職についても、それぞれが大変厳しいというのが現状かと思います。

それでは、荒川区の回復期の木村病院の木村先生、お願いいたします。

○木村（木村病院 院長）：うちは急性期と回復期を半々でやっています、きょうも非常に感じたことですが。

医療連携のDXに関してですが、電子カルテでつくった紹介状をプリントアウトしてファックスで送って、送られた側はそれをスキャナーで電子カルテにまた取り込むということを、いまだにやっているのはまずいと思っています。

恐らく病院の電子カルテはまだブラウザで使えるものがほとんどない、急性期では使えるものはないと思うんです。クリニックでは今、ブラウザ上で動く電子カルテが割と出てきていますが、そういったものが病院でも使えるようになるとかなり世界が変わってくると、きょうも思いました。

○賀川座長：ありがとうございました。

本当かどうか知りませんが、電子カルテは、恐らく区東北部も3分の1入っているかいないかだと。電子カルテは、導入するとなると億単位のコストがかかります。診療所は診療所が入っていらっしゃるんでしょうが、その辺がなかなか難

しいです。

今木村先生がおっしゃったように、やはり紙ベースですね。紹介状も結局紙で運ばれて、スキャンして自分のところに電カルがあればそこに入れたり、そういう連絡や連携は、いまだに電話とファックスかなと感じております。

それでは、足立区の慢性期の梅田病院の太田先生、何かご意見があればよろしくお願いいたします。

○太田（梅田病院 院長）：病院と診療所の連携のグループというのは、つくるように医師会のほうでもかなり働きかけたと思うんですが、実際には余り稼働していないと思います。

うちでは行っているんですが、在宅の熱心な先生が月1回集まってきてくれるんですが、グループの要件として、毎月対面でやらないといけないとか、いろいろな規制があって、それでなかなかほかに広がっていかないんだと思います。

会うこと自体は非常に有効なので、直接会ってお話するというのは非常にいいんですが、毎回会う時間を決めて、忙しい先生方に集まっていただくというのは、かなり大変なところがあるので、そういった細かいところから少しずつやっていかないといけないと思います。

あとは、先ほどお話が出た海外人材についてですが、私は何回か海外に行って、実際に面接などをしたんですが、ここ数年、特に為替のレートなどいろいろな問題があって、これから先、海外のスタッフの方たちが日本に来るメリットというのは、非常に少なくなってきたんです。ですから、もしそれを考えるのであれば、国ベースでやらないと難しいと思います。

○賀川座長：ありがとうございました。

足立区医師会では、在宅医療に関しまして東京都の助成が今回1000万円ぐらいいましたので、それを活用させていただきまして、タブレットを購入して、それぞれの在宅医療をされている先生に渡していくことを、再開した形になっております。環境が整うのはこれからでございますので、申しわけございません。

それでは、葛飾区の慢性期の坂本病院の坂本先生、お願いいたします。

○坂本（坂本病院 院長）：途中からの参加ですみません。

無論抜本的な打開策なんて思いつかないですが、例えば数年前の成人式では百二十万人でしたが、今は出生数が80万人を切っているというようなことで、人口ピラミッド自体はもうどうにもならないと思うんです。

それで今、太田先生がおっしゃったように、海外から来てもらうといっても今は円安ですし、要するに将来を考えれば考えるほど暗くなると思っています。

電カルの問題やら、今まで先生方がコメントされていた問題も本当にうなずくしかないんですが、ここで知恵を絞ったところで何かいい打開策が出るのかなと思っています。

○賀川座長：ありがとうございました。

東南アジア系の方などが介護施設には何人か入られたりしておりますし、病院にも何人か入り始めているような現状だと思います。

荒川区の慢性期の佐藤病院さんは入られていないようですので、葛飾区医師会の青井先生、何かご意見はございますでしょうか。

○青井（副座長、東京都病院協会、葛飾区医師会 副会長、江戸川病院高砂分院 院長）：今いろいろな先生方のご意見を伺って、皆さんそれぞれの的を射たことをおっしゃっているのではないかと強く思ったところであります。そういう意味では、区東北部だけでこの議論をしても解決が全然見えないことも、もう分かっています。

十年前の保険医療の状況と、それから2025年を目指した構想といっても、そのたびに保険医療の改定があって、特に急性期から回復期にかけての各病院などは、運営に今困窮しているところだと思うんです。

その中で、実際の救急医療の面から見ても、搬送件数はコロナ禍後もどんどん増えている状況が続いております。今は熱中症も多いんですが、救急車の稼働も全然減る心配がない中で、いわゆる医療連携においてDXで電子カルテを連携させても、どうにもならないという現場がかなり増えているのではないかと考えています。

先ほど土谷先生もいろいろとおっしゃっていましたが、東京都は東京都全体で

もって新しい構想推進をやるというふうなお話がありましたが、それであるならば、こういった連携をきちんと組めるような組織を、東京都がつくらなければだめなんではないかと思っています。

東京都病院協会で、民間病院の間でもっていろいろ話し合っている中でもその話題がありまして、そういったことを個々の病院が、相手と交渉してやり取りをするというのは既に限界が来ているのではないかと思っています。

それから、介護の話になりますが、我々葛飾区医師会も医師会の中に連携室をつくって、急性期の病院の方と在宅をつなげるための病診連携などのシステムをやろうとしているんですが、実際にそれほどうまくいっていない現状があります。

その背景には、介護のほうも、人材不足もありますが、受ける方のコストが実際に見合っていないのではないかとということがあります。

先ほど賀川先生がおっしゃっていましたが、新たな介護施設をつくっても全然埋まらないというのは、単に人材が不足しているだけではなくて、入居する方が介護保険を使っても新しい施設の利用料が払い切れないから、そちらには入所しないという問題もあるのではないかと考えています。

それを考えますと、原点に戻って、現状に即した効率のいい高齢者の医療・介護のシステムをつくるため、もう一回コスト面も含めた見直しをしないと、この問題は絶対解決しないのではないかと思っています。

ですから、そういったことも含めて東京都さんに、厚労省は全体しか見ていないでしょうから、東京都の問題として掘り下げて、今後の2040年に向けた会議の方針を組んでいただければと感じています。

○賀川座長：ありがとうございました。

東京都全体でどこまでできるかというところだと思いますが。

続きまして、看護協会の植山さん、なかなか難しいところですが、看護師に対して何かご意見があればよろしく願いいたします。

○植山（東京都看護協会 東部地区理事）：人材確保については、長年看護協会としても取り組んでいる課題でして、新しく入ってくる人はもちろん、潜在になっている方の掘り起こしということで「復職支援研修」をしたり、また看護職自体

の高齢化が進んでいる中、長く働けるようにということで「プラチナナースの就業継続支援」なども行っているところです。

かなり力を入れてやっているんですが、この辺の成果が上がらないというか、なかなか難しいなと思っているところです。

加えて、どうしても若い看護師たちの現場離れが進んでいまして、美容系に進んでしまったりという中で、なかなか確保が難しいのが現状です。

ですので、今後起こり得る、高齢者への対応力向上というところで、特に東部地区支部では「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）」や認知症の対応などの研修を増やしたりと対応力を上げて、少しでも質の高いものが提供できるように取り組んでいるところです。

○賀川座長：ありがとうございました。

ほかの圏域でも話が出ていましたが、今おっしゃったように、美容医療系に看護師さんがどうしても流れてしまう、その一方で、美容医療系に入りますと営業をさせられるようですから、結局、我々の病院あるいは診療所に戻ってくる方もいらっしゃるようです。

足立区といたしましては、以前も言いましたように、看護師さんの就職フェアをやっております。年2回だけですが、看護師長レベルの方々が20名ぐらい集まってくださり、また、東京都看護協会が関わっている「東京都ナースプラザ」にも一緒に運営をしていただいておりますので、そういう点では、再就職をされる方のために開催をさせていただいております。

やはり非常に大事な東京の地区でありますので、全く何もやっていないわけではなくて、少しずつ繰り返しやっております。また、介護のほうも行っておりますので、それも繰り返しやっていきたいと思っております。

本日は、行政の方にもご参加いただいておりますので、まずは、足立区の馬場さん、お願いいたします。

○馬場（足立区衛生部長）：人材確保については、賀川先生からもお話があったように、いろいろなことをやっているんですが苦勞しています。

「看護&介護就職フェア」というのを年2回開催しております、前回2月は

81名と、今までで開催した中でも多くの方に参加していただきましたが、区で今聞いているのは、就職した方は3名とのことでした。なかなかたくさんの方に来ていただいても、就職につながらない状況です。

また、足立区では、看護師に魅力的なエリアとして見ていただけるように、最近では感染症もありましたので、ICNという、感染症の認定専門看護師の資格について、育成支援と定着支援の補助を今病院のほうに出しています。

この足立区の育成支援と東京都の育成支援と合わせることで、その病院は看護師1名を無料で、専門学校や大学院に送って資格を取ってもらえる制度となっています。

もう一つの定着支援というのは、ICNの資格を持っている方を雇用して手当を出していただいた場合、補助の対象額は10万円が上限になりますが、その4分の3の金額、つまり7万5000円を上限として、足立区が60か月分を補助するといったことも始めています。

師長の皆様の話を知っていると、特に中堅の看護師が抜けていく、条件がいいほうにどんどん移っていってしまうという話を聞いておりますので、こういった定着支援や育成支援をしながら、できるだけ魅力的なエリアと捉えていただくという取組みをしていただいているところです。

ただ、今お話を聞いていると、人材不足というのは医療だけではなくて、例えば、区ではバスの運転手も足りなくて廃止になっている路線もあります。また、区の公務員を見ても、今、土木・建築職はなかなか雇えなくて、10月に改めて募集をする話もしているぐらいでして、今は人材を確保するというのがすごく難しいんだろうと考えております。

ですので、医療・介護については足立区も頑張りますが、「オール東京」という視点で、東京を目指す方は多いと思うので、より東京の職場が魅力的になるような取組みを一緒に考えられるといいかなと感じました。

2つ目は、先ほどからお話が出ていますが、今ある人材で効率のよい連携を目指すということです。

区では今、東京女子医大の隣に「すこやかプラザ あだち」という施設を建てておりまして、その3階が医療介護連携センターになる予定です。

来年の4月中旬以降にオープンしますが、ここには高齢者支援部門が入って、

医療と介護の連携部門を入れて、さらに、地域包括支援センターなども入れていきますが、200人から300人が研修できる施設もその中に入れました。

これからは、どうしても病院に入れなくて在宅で医療を受ける方あるいは在宅で療養する方が増えていきますので、この施設で医療と介護の専門職と一緒に研修を受けたり、今いる介護職の方たちに、できるだけ医療の知識も同じくらい蓄えていただいて、同じ目線で療養の支援や介護の支援ができるようにといった戦略を練って、つくっている施設です。

来年の4月以降にオープンしたあとは、そこで介護職の方たちや医療の方たちにたくさん集まっていたり、同じ研修を受けていただいたり、顔と顔が見える連携をつくっていただいて、これからの在宅医療や在宅介護と一緒にやっていきたい、そしてその中で「できるだけ効率よく」を目指していきたいと考えております。

なかなか一つのエリアで解決できることは少ないんですが、いろいろな発想で取り組んで、少しでもいいことがあれば、横展開をしながら進めていければと考えております。

○賀川座長：ありがとうございました。

「すこやかプラザ あだち」は来年できますが、大変すばらしいハード面ができますので、ソフト面も一緒に頑張らせていただきたいと考えております。

続きまして、葛飾区の清古さん、何かコメントをいただければと思います。

○清古（葛飾区保健所長）：感染症の面では介護施設との連携が多いですが、その部分で課題がありますので、いろいろな研修などをやっております。

ほかに話題になっているのは、独り暮らしの高齢者が一人だと入院ができない、保証人の問題とかいったことでして、そういった方をどうやって支えるか、あとはいろいろな情報が本人から聞けない場合もありますので、その辺をどうするかとかいろいろ出てきております。

やはり医療だけではなくて、介護や福祉などを踏まえて話合いができる場がもっと広がればいいと考えております。

○賀川座長：ありがとうございました。

続きまして、荒川区の堀さん、よろしく願いいたします。

○堀（荒川区健康部健康推進担当部長）：私も、医療と介護の連携というのは今難しいのかなと思っています。

介護の方からは、医療機関の先生に「いつ連絡をしたらいいのだろうか」や「先生にこんなことで連絡をしたら嫌がられるのではないかと、顔の見える関係ができていないと躊躇して時間がかかってしまったりして、うまく連携ができていないと時々聞いたりしております。

ですので、皆さん方と会議を持ったり、何か一緒にできることがあればいいのではないかと考えています。

あとは、区民の皆様の生活が厳しいというのは、私もそうだと考えております。今、新しく特養などができるとユニット型のよい施設になるんですが、従来型多床室と比べると料金が高くて入れない、といったようなご相談も多く受けますので、従来型多床室を改装するなり、新しく建てるときにも、もう少し東京都で多く補助していただけるとありがたいと思います。

○賀川座長：ありがとうございました。

多職種連携というのは非常に重要で、実は足立区は5ブロックに分けていますが、先週金曜日ですか、ドクター、歯医者さん、薬剤師の先生、あだちPOSネットワーク、地域包括の方々やケアマネージャーが80名ぐらい集まって研修を行いました。

そういった、「顔が見える、名前が聞こえる」というのを数年前から行っていますので、今後も繰り返し行ってまいります。

足立区歯科医師会さんは今つながらないようですので、東京都薬剤師会の和田先生、お願いいたします。

○和田（東京都薬剤師会 常務理事）：先ほど賀川先生がおっしゃったように、私も地区が足立区でして、足立区医師会さんの主導で、顔の見える関係ができる多職種連携の会議を多く開催していただきまして、大変感謝しております。

私たちも、顔が見える関係を構築していくことで、いろいろな情報も入って連携もとてもやりやすくなると感じておりますので、引き続きお願いしたいと思っております。

また、こういった場で何度も申し上げるのは恐縮ですが、今、やはり薬不足という状況で、我々も薬の確保に奔走しております。

患者さんに、一部の薬がなかなかスムーズに渡せない状況が大変心苦しく思っているんですが、ドクターの先生方やほかの多職種の方たち、また在宅のところでもいろいろなお手間を取らせてしまったり、こちらからいろいろなことをお願いしている状況があります。

また、薬局でも、補填に関しては人材不足ということもまだあるんですが、そういったことも含めまして、在宅訪問をしている薬局というのも全体の割合はすごく増えているんですが、例えば、足立区でもやはり地区内でかなり偏りがあつたりということもまだあります。

ですので、引き続き、在宅でしっかりやっていける薬局の確保であつたりとか、質や連携の向上というところで、東京都薬剤師会としてもいろいろな研修会を何年もやっておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

○賀川座長：ありがとうございました。

呼吸器系のお薬や漢方薬も一部不足していますが、以前も申し上げましたように、ポリファーマシーの観点から、病病連携、病診連携あるいは医療介護連携の中で、患者さんの薬を少しでも減らせればいいと、そうしないともう変わらないのではないかなと考えております。

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：皆様、活発なご議論をいただきましてありがとうございます。東京都医師会の佐々木と申します。

また、賀川先生、非常に円滑な進行をありがとうございます。ところどころに賀川座長が既にまとめを入れてくださったので、私から言うことはそれほどないのですが。

聞いていた感想ですが、今回の議論は幾つかありまして、一つは人材確保の間

題です。この地域で特徴的だったのが、外国人材の活用というのが、ほかの地域とは違っていたかなと思います。

ただ、外国人材の活用をするためには、確保のためのコスト、特に円安のデメリットが問題となっていて、この地域の議論だけではなかなか難しいのではないかという意見があったと思います。

それから、人材確保も含めてこの地域の議論だけでは解決できないという部分と、逆にこの地域で十分に議論をすることで全体につなげていけることがあるかもしれないと思って聞いておりました。

特に、本日は、今年度1回目の地域医療構想調整会議になるわけですが、今までにいろいろな議論をしていただいたおかげで、連携についてもいろいろと深まってまいりましたし、その結果として今回、東京都全体を圏域として検討するというような方向も出てきたということがあります。

ですので、一つ一つの地域でいろいろと細かいことをお話いただくのが、やはり大事だと思いました。

それから、最終的には人材不足をどうやって解決するかですが、一つは、やはり効率化、それから連携の推進で、こちらの圏域でお話が出たのが「顔の見える連携の推進」ということでした。

このことはほかの圏域でも出ているんですが、ほかの圏域では、「顔が見えないからこそ、ICT連携を使ったりすることが大事だ」、そして「それをやることでまた効率化にもつながるんだ」というお話がありました。

人材不足を解決する方法として、例えば、介護・看護サマリーをAIで生成するというように、なるべく効率化を進めて、「“人”がやらなければいけない仕事を“人”がやって、やらなくて済む仕事をDXで任せる」というような方法もあるのではないかと思います。

あとは、皆さんにお願いしたいのは、「これから議論を深める上でどんな材料が必要なのか」です。「こういうデータがあるともっと議論が深まるね」ということを東京都さんにお示ししていただければ、そういうデータをつくって、議論が深まることになると思いますので、今後の議論にお使いいただけたらと思います。

○賀川座長：ありがとうございました。

最後に、東京都病院協会の精神領域の片山先生、何かご意見がございましたらお願いいたします。

精神病床は、区東北部の特に足立区と、あとは練馬区、板橋区に約1000床ずつ持っていらっしゃると思いますので、多くの患者さんを診られていると思います。そういった方が、外来にもいらっしゃいますが、基礎疾患を持てば一緒に診ていきたいとは思っておりますが。

片山先生、ご意見をお願いいたします。

○片山（東京都病院協会（精神領域）、成仁病院 理事長）：実は、我々「日本精神科病院協会」は、今まで地域医療構想調整会議への参加は非公式だったんですが、来年度からは公式メンバーになるということをお願ひしようと思っております。

というのも、特に高齢者の領域に関しては、身体科の先生方とも一緒に診ていけないといけないし、同じ土俵でお話しするべきだということで、そのように決まりました。そういう意味で、来年からは正式メンバーとしてよろしくお願ひしたいと思っております。

次に、精神科病院固有の問題ですが、地方では、一般科の病院以上に速くシュリンクしていく状況がありますが、東京都の場合はそういう状況ではまだないです。そのおかげもありまして、人材不足という意味では同じような問題がございます。

それで、問題としては2つあると思うんです。

実際に手が足りないということでは、今後、四、五年という単位で見たら、ロボットやAIでどんどん置き換えられていくんでしょうけれども、施設基準として、ロボットやAIを人間の頭数としてカウントしてくれるんだろうかということです。

行政の対応もそれに合わせてしてくれれば、長い目で見れば、人材不足というのは外国人、あとはロボットやAIの活用で何とかなるかと思っております。

もう一つは、情報共有ですが、精神科の中でも独自の電子カルテがあるのですが、一緒にやっていくということでありましたら、身体科ともカルテの仕様を合わせるが必要になりますので、またその辺も情報共有をさせていただきたいと思っております。

今後ともよろしく申し上げます。

○賀川座長：ありがとうございました。

最後に何か、追加でこれだけおっしゃっておきたいということがあれば、よろしく願いいたします。

よろしいでしょうか。

東京都には680の医療機関がございしますが、東京総合医療ネットワークに、そのうちの四、五十が入っていますが、まだまだこれからだと思います。

きょうご参集の等潤病院さんや平成立石病院さんなどが入っていらっしゃるんですが、大学病院も入っていらっしゃるんです、そういう意味では少しは連携されているのだらうと思いますが、簡単に展開できるようにお願い申し上げます。

最後に、土谷先生、お願いいたします。

○土谷副会長：明るい話をしたいんですが、先に言っておきますが、できなくてすみません。

医療の需要と供給の話からすると、ほかの業界からすれば、普通は市場マーケットの中で、「お客さんがいっぱい来るんだからいいではないですか」と言われそうな立場に私たちの東京はいるんです。地方においては、お客さん、つまり患者さんが減っちゃうから大変ですね、という話ですが。

ただ、東京は患者さんが増えるのに、私もそうですがみんな暗い顔をしていて心が晴れないんです。普通は「お客さんが増えるから、どんどんやればどんどん収益が上がるんじゃないか」と考えるわけですが、6月に診療報酬の改定があって、皆さんも実感していると思うんですが、やってもやっても私たちの環境が全然改善しないんです。

どういうことかという、私たちはプライシング、値づけができない中でやっているんです。需要が増えるので、値段を私たちがコントロールできればいいんですが、そういうわけではないんです。

だから、何を言いたいのかと言いますと、身も蓋もないと言われるとそのとおりですが、構造的にそうなってしまうんです。

私たちの努力でどうこうなる話ではなくて、江戸時代の農民のように「生かさ

ず殺さず」みたいな事態に医療界は陥っているのではないか、といった見方もできるかもしれないと私は思っています。これは為政者の考える話であって、私たちは本当に悩みながら日々やっているわけですが、平たく言うと診療報酬の構造自体がおかしいと私は思います。

ただ、そうは言っているけれども、目の前には患者さんがいます。なかなか気は晴れませんが、いかに「目の前の人たちに優しくいい医療や介護を提供できるか」に気持ちを切り替えてやっていかないと、本当にやっていけないなと思っているところですよ。

なかなか陰鬱な話で、「未来の話をしてください」と自分で言っておきながら、こんな話で申しわけないとは思っているんですが。ただ、何と比較するによりますが、仕事がなく困っている人たちに比べればまだいいのかもしれない。

こんなところで私の話は終わりにしたいと思います。

○賀川座長：どうもありがとうございました。

私たちが行っていることは、物の売り買いではございません。患者さんのために、先ほども言いましたが、多職種の人たちと水平の立場で患者さんを診ています。病院の職員、診療所の方々もみんなそうですよね。

やはり患者さんのために診ていくというのは、我々の仕事の冥利に尽きると言いますか、その辺のところをもちろん忘れていませんし、今後も続けていきたいと思っております。

それでは、7時半を過ぎてしまいましたが、活発なご議論をありがとうございました。

調整会議は地域での情報を共有する場ですので、またこういう場をお借りしまして情報提供を行いたいと思います。

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して、また様々な貴重なご意

見をいただきまして、大変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)