

[令和6年度 第1回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区南部〕

令和6年7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』

〔区南部〕

令和6年7月5日 開催

1. 開 会

○立澤課長：定刻となりましたので、ただいまより令和6年度第1回目となります東京都地域医療構想調整会議（区南部）を開催させていただきます。本日はお忙しい中会議にご参加いただき、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。どうぞよろしくお願いいたします。

本会議はWeb会議形式で開催しますので、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、ご参加いただきますようお願いいたします。

また、本日の配布資料につきましては事前に送付させていただいておりますので、恐縮ですが、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。

本日はご参集いただきありがとうございます。今回、また調整会議のシーズンが来ました。年2回行っている第1回目になります。

今回は、報告事項が2つありますが、これらはさらっとしていただいて、議事も2つありますが、1つ目のほうも、さらっとしてもらえればと思います。

今回の中心になるのは議事の2つ目の「地域医療連携の更なる推進に向けて」ということで、これを皆さんで意見交換していただきたいと考えています。

内容につきましては、今まで病床の話もずっとやってきましたが、コロナで、医療連携についてみんなで話していたところです。

今回も「医療連携をどうするか」ということですが、その中でも特に、医療連携システムとして、MCSを使っているところもあるでしょうし、東京都医師会として、「東京総合医療ネットワーク」というシステムをどのように考えていくべきか、理想はどんなものなのかということ、皆さんで語っていただきたいと思っています。

どうぞ活発なご議論をお願いしたいと思っています。よろしくお願いします。

○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。

本日の会議では、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、先ほど、土谷副会長からもございましたが、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、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、本日は、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、ほかの地区の座長の先生方も、Web等でご参加いただいておりますので、ご承知おきいただければと思います。

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、これ以降の進行を鈴木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

○鈴木座長：座長の、大森医師会の鈴木でございます。

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のお願いでございまして、昨年も、調整会議の場におきましてお願いさせていただいた事項でございます。

ことしも全て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、通知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」のところをご覧いただきたいのですが、今回お願いすることは、「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」ということを目的としております。

「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」ということになっております。

最後に、「3. 対象の医療機関が行うこと」については、お願いすることが2つございます。

(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。

昨年に続いてのお願いでございますが、何とぞご協力をよろしく願います。

私からは以上です。

○鈴木座長：ありがとうございました。

この事項について質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。

大丈夫でしょうか。

それから、報告事項(2)については、資料配布で代えるということでございますので、資料をご覧いただければよろしいかと思えます。

3. 議 事

(1) 2025年に向けた対応方針について

○鈴木座長：では、議事の1つ目に入らせていただきたいと思えます。1つ目は「2025年に向けた対応方針について」です。

東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：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。よろしく願います。

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。

具体的には、資料3-2-1で病院の分について、資料3-2-2で診療所の分についてまとめております。

資料3-1のほうでご説明させていただきますが、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」「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おきましては、備考欄に変更点を東京都で補記しております。

前回同様、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

○鈴木座長：ありがとうございました。

それでは、この件についてご意見はいかがでしょうか。

この地域では、都立荏原病院で変更があったようですが、皆さん、いかがでしょうか。どうぞ。

○繁田（池上総合病院 院長）：当院は、令和5年12月以降に、療養病棟の94床のうち47床を回復期病棟に変更しております。

情報の共有になっていなかったようなのでお伝えいたします。

新たに提出したいと思っておりますが、厚生局のほうには、もちろん届け出て、現在運用している状況でございます。

○鈴木座長：ありがとうございました。

こちらは、資料に反映されていなかったんですね。

○立澤課長：東京都でございます。

確認させていただきまして、もし今回の報告に反映されていないようでしたら、次回反映させていただきまして、情報共有をさせていただければと思っております。

今回はありがとうございました。

○鈴木座長：ほかに何か、自分のところが違っているというようなところはございませんでしょうか。ご確認いただければと思います。

高野先生、お願いします。

○高野（東京都病院協会、高野病院 院長）：荏原病院が変更になるということですが、これは、コロナに特化した感染対策が終了したことに伴うものなのでしょうか。

○鈴木座長：東京都でこの辺は把握しておられますか。

○立澤課長：我々のほうで報告を受けておりますのは、今回、荏原病院では、高度急性期の病床を6から12に、急性期の病床を357から399に増やし、一方、回復期の病床は48からゼロということにするのご報告をいただいております。

これが、コロナの対応が終了したことによるものかどうかまでは、ご報告をいただいていませんので、判然といたしません。変更の内容としては、今申し上げたような内容で聞いております。

○高野（東京都病院協会、高野病院 院長）：ありがとうございます。

変更点は、この資料の一番右のほうに書いてあるとおりでありますが、そうすると、高度急性期、急性期を減らして、回復期を増やしていくという、全体で目標としている流れに反するということですが、特に意見はありませんでしょうか。

○鈴木座長：区南部の回復期の病床は、決して潤沢というわけではないので、48床というのは、大きいといえば大きいんですが、それぞれの病院の事情で、ある程度病床の選択はいいということになっておりますので、これは、荏原病院さんなりの理由があったんだろうと推察はできますが。

○高野（東京都病院協会、高野病院 院長）：大田区の中でも、荏原病院は割と北寄りであって、田園調布医師会の先生方で、何かご意見はございませんか。

○鈴木座長：田園調布医師会の石田先生も蒲田医師会の松坂先生も、まだ入っていらっしゃらないということですので、大田区の高度急性期の、牧田総合病院の荒井先生、ご意見がございますでしょうか。

○荒井（牧田総合病院 理事長）：よく分からないんですが、この会議で決めて、増やしたり減らしたりするという形でよろしいのでしょうか。

制度がよく分かっていないんですが、事前に、医師会とかで、プレゼンとかがあって、この会議で「いい」ということになったということであれば、都立病院だからそれで認められるというのは、急性期を取るのが結構大変だったので、ちょっと微妙な感じもするんですが。

○鈴木座長：荏原病院の事務局長の久村（くむら）さんが、傍聴に入っていちゃいますので、ご事情をお聞かせいただけるといいでしょうか。

○テツカ（荏原病院 事務局長代理）：代理で出ておりますテツカと申します。

今回、病床数の変更につきましては、回復期の48床を、施設基準上、運用していないところを取り下げるという手続きがありまして、ここをゼロという形にしております。

そのベッドをどこに計上するかというところは、厚生局に確認したところ、「主たる算定の入院料」というところで、便宜上急性期に計上しているという形になります。

○鈴木座長：そうすると、もともと回復期は稼働していなかったということですね。

○テツカ（荏原病院 事務局長代理）：休止になっておりました。

○鈴木座長：そういうことで、皆さん、よろしいでしょうか。

○荒井（牧田総合病院 理事長）：もともと急性期の病床だったということですか。

○テツカ（荏原病院 事務局長代理）：いえ、もともと回復期の病床でした。

回復期で休止という形だったのですが、稼働していないベッドについては、施設基準上もしっかり取り下げるという指示がありまして、そうすると、その48床をどこに計上するのかということについて照会をかけたところ、「主たる入院基本料」という返答でしたので、今回、急性期に計上しているという形になります。

○鈴木座長：京浜病院の熊谷先生、どうぞ。

○熊谷（京浜病院 院長）：聞いていて釈然としないのは、地域医療構想が病院の機能によって区分し、適正量に向けて誘導するという趣旨の話合いの中で、回復期病棟を使っていなかった場合は、病床をその病床を速やかに使うか、もしくは、それを返上して、そのベッドをほかの分野で利用すると。

つまり、回復期の48床分をどこかでその分だけ使ってくれば、回復期はそのまま、区南部においては、1977床の不足ですから、そこで有効になるんですが。

これは、既に463床オーバーしている急性期に戻すというと、これは、地域医療構想調整会議の趣旨とは合わないような気がするんですが、都立病院は別枠の計算でこうなるというように聞こえてしまうんですが、そういう解釈でいいのでしょうか。

○鈴木座長：東京都からお願いします。

○立澤課長：ご意見をありがとうございます。

今回の荏原病院の対応につきましては、詳細を把握しておりません。大変失礼いたしました。

病床機能報告につきましては、そもそも、以前からいろいろなご指摘をいただいておりますが、各病院で4機能のどれかということをご認識いただいて、それを報告していただいているというような制度になっていると認識しております。

ですので、各病院がどういうふうな認識になるかということ、我々東京都のほうで集約させていただいて、まとめているといったところでございます。

一方で、ご指摘があるとおり、急性期の病床としてご申告いただいても、実は、患者さんの内容を見ると、回復期になるんじゃないかというご意見もいただいております。この制度が万全じゃないのではないかと、いろいろご指摘いただいております。

そのような中で、実は、令和4年度の第1回の調整会議におきまして、今の地域医療構想が、「2025年に向けて」ということになってございますが、コロナの動向もあったということも踏まえまして、当時の調整会議で、圏域における2025年の医療機関の対応方針について確認した上で、「原則として各医療機関の対応方針を尊重する」といったところで、合意を得られているところでございます。

回復期の増減のところにつきましては、そういった趣旨から、各医療機関に対して調整しているというような状況ではございませんが、前回の会議の合意の方針を踏まえて、今回はそのようにさせていただきたいと思っております。

あと、後ほどご意見をいただこうと思っておりますが、国のほうで、2040年の地域医療構想の策定につきまして、議論がいろいろ出ているところでございます。

そちらも踏まえながら、2040年に向けた議論を、今後していきたいと思っております。今回の対応方針につきましては、今申し上げましたとおり、原則として各医療機関の対応方針を2025年度までは尊重していくといった形で、資料をまとめているところでございます。

東京都からの説明は以上でございます。

○鈴木座長：ありがとうございました。

東京都医師会の土谷副会長、お願いします。

○土谷副会長：まず、確認したい点があります。

荏原病院さんは、休止していた病床を今後また使っていくということなんでしょうか。それとも、休止のままで衣替えするという事なんでしょうか。

○テツカ（荏原病院 事務局長代理）：稼働させていく方向で検討しております。

○土谷副会長：そうすると、皆さんのご意見のとおりで、回復期が足りなくて急性期は過剰だという中で、これは、確かに、調整会議の大きな流れと逆行しているというのは、もうそのとおりだと思います。

ですので、皆さんで合意するという事を、そんなに急がなくてもいいのではないかと思います。

地域でもっと議論していただいて、第2回目のときに、それぞれの地域、医師会が中心になるかもしれませんが、荏原病院さんも各方面の方とご相談いただいて、了解が得られればと思います。

この会議に急に出てきた話になると思いますので、そのあたりは整理したほうがよろしいのではないかとというのが、私からのご提案というところです。

○鈴木座長：そうすると、東京都としても、今回、2025年の方針に合意をしていただきたいということでしたが、今回は一旦ペンディングにして、荏原病院からのご説明を、地域の中でやって、その上で、皆さんが納得していただければ合意するという形で進めさせていただいてよろしいでしょうか。

荒井先生、どうぞ。

○荒井（牧田総合病院、理事長）：土谷先生がおっしゃったことがもっともだと思いますので、その方向性がよろしいんじゃないかと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

熊谷先生、どうぞ。

○熊谷（京浜病院 院長）：前回の地域医療構想調整会議で、各病院の希望と届け出のもとに行われて、2025年でまとめたところで、目標のところはほとんど達していないということが言われています。

これに対して、「次の年度においては、強い行政指導も、つまり、都道府県知事による病床の返還、編成等を強く指導できる」ということが記載されています。

ところが、都道府県知事が、都立病院の病床に関して権限を持っているわけですから、ある種、都立病院に関してはマッチポンプと一緒に、自分でやって自分で決められるということなので、今後、こういう地域医療構想調整会議にそもそも入ってくるものなのかということも考えていますが。

○鈴木座長：それぞれの地域の実情に応じるわけなので、例えば、区中央部の急性期病床の多さをご覧になっていただきたいと思います。

ここは、大学病院とか大きな病院の高度急性期、急性期が非常に多いんですが、これを取り上げて、「回復期に変更しろ」というのは、非常に強引な論理になってきます。

ですので、それぞれの地域の実情に合わせてやっていいんじゃないかというのが、私の意見です

また、先ほども話が出ましたが、何が何でも回復期に変えようという話は、この調整会議が始まって1年目の後半ぐらいから、もうそういう話が出てきていて、「急性期病棟でも回復期の役割を担っているので、額面上、回復期をどんどん増やさなくてもいいんだ」というような議論になっていたはずです。

その辺のところというのは、型通りでやると、「回復期を減らすのはけしからん」ということも分かりますが、それぞれの病院の事情というものがあるだろうと思いますので、まずそのところをお伺いしてから、皆さんで議論していただくのがいいんじゃないかと、個人的には思っております。

土谷副会長、お願いします。

○土谷副会長：一言だけつけ加えたいと思います。

急性期が多いのか回復期が足りないのか、数字は出ていますが、鈴木座長がおっしゃったとおりで、数字にはもうこだわらなくてよろしいかと思います。

地域の中で、荳原病院さんに担っていただきたい医療は何なのかといったことを中心に話し合いをしていただければよろしいかと思います。

「じゃ、今まで議論してきたことは何なのか」ということになるかもしれませんが、実は、2025年が、今やっている地域医療構想の一つの区切りとなります。

それ以降は、新たな地域医療構想ということで、国で今話し合いがされているところですが、恐らく4区分というのはそんなに重視されない、あるいは、刷新されるというような動きになっているようです。

ですので、これまで「回復期というのは何なんだ」ということで、私たちは振り回されてきましたが、そこはそんなに重視しないで、荳原病院さんに地域の中で何を担ってほしいのかということが、革新的な課題だと思いますので、そこを中心に話し合っていただければよろしいかと思います。

ですから、荳原病院さんが、「急性期をやる」と言われても、「回復期のまま」と言われても、やっている内容で判断してもらえればよろしいのかなと思います。

名前だけ、看板だけの話で、やっていただきたい機能を、改めてお願いすればよろしいかと思います。

○鈴木座長：ありがとうございました。

熊谷先生、どうぞ。

○熊谷（京浜病院 院長）：これは、高度急性期の7対1その他の、看護配置の報酬のまま、機能的に回復期をやっているということが認められるかということになるんですが、大学病院や地方の国立大学が、慢性期の病院などの機能まで全部果たしているのは、資源の無駄遣いにならないのかという、大学病院が看護師さんなどを集中的に集めておきながら、やっている内容は回復期とか慢性期というのはいかがなものかということで、この話になったと思います。

ですから、「やっていることはいいから、このままの機能のまま、看護配置も、高度急性期や急性期の配置のままで認めるのであれば、そもそもこの地域医療構想調整会議の最初の、資源の公正化という問題が、もう議論しなくていいような気がするんですがね。

○鈴木座長：おっしゃるとおり、そここのところの議論の”濃度”というのは、かなり薄まっていますよね。

それよりも、これから進んでいく高齢化のために、地域医療をどういう形にしたらいいのかということ、医師会も含めて、病院と話し合うということが、非常に重要だったのではないかと、私は思っています。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：例えば、空いているんだったら、もう空いているままでいいんじゃないかとも思うんです。

最初の非稼働病床の取扱いにもありましたように、「空いているのなら、返還してもらってもいいんじゃないか」というのも、一つの意見だと思います。

それは、「民間でできるのだから、実際、荏原病院が空いているのだったら、それはそれでいいんだ」というのも、一つの意見だと思います。

○鈴木座長：ありがとうございました。

いろいろ皆さんのご意見があるだろうと思いますが、次の議題のほうが重要になりますので、この件についての圏域としての対応方針の合意は、次回の調整会議に持ち越して、それまでに、荏原病院のほうから、地域の病院や医師会に対して、説明をする機会を設けるということによろしいでしょうか。

〔全員了承〕

ありがとうございます。

では、次の議事に進めさせていただきます。

(2) 地域医療連携の更なる推進に向けて（意見交換）

○鈴木座長：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。東京都からご説明をお願いします。

○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。資料も共有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、国の検討会の動向等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)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、「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、全圏域でご了承を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、下の米印の部分ですが、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○にあるとおり、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られる区域、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年時点のデータをもとに推計され、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ので、結果については今後共有をさせていただきたいと思っております。

なお、推進区域として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、推進区域対応方針というもの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、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。

一方、国は2025年より先の2040年後を見据え、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、かかりつけ機能や在宅医療、介護連携等も含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として、検討が進められております。

現在の検討状況ですが、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、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、こちらも意見をしております。

これ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。

○土谷副会長：ちょっと解説させていただきたいと思います。

この話は2つに分けられます。1つは、今やっている2025年までの話と、あとそれ以降の新たな地域医療構想の話になります。

1つ目は、国が、「推進区域を1つか2つ指定しろ」と言ってきたんですが、東京都は、「もう全部やってやる」と、国の意向とは別に、東京は、もう独自にやっていくという方針を打ち出したというところです。

東京都医師会としても、そのとおりだと思っております、「国にはもうそんなに付き合ってもらえない」というのが、私たちの感想ですので、そういう姿勢でよろしいかなと思っております。

もう1つ、2040年を見据えた新たな地域医療構想についてですが、こちらについても、先ほどもお話がありましたように、東京都でも、意見聴取の場があったわけです。

これは、全国どこの都道府県も報告させられたわけじゃなく、福島県はもともとのメンバーだったわけですが、あえて東京都が選ばれています。

あえて選ばれた東京はなんて言ったかというところ、これもさつきと同じ話ですが、「もう東京都は柔軟にやらせてくれ。国の言うとおりにじゃなく、こちらの思うようにやらせてくれ」というところなんです。

それは、この地域医療構想は、皆さんご存じのように、最初は病床の話だったんですね。どういうふうに国がしたいように病床を減らすかとか、急性期を減らすかとか、そういった向きの話ではありました。

ただ、東京においてはまだ医療需要が増える見込みですが、地方はもう人口が減っていますので、それは確かにベッドを調整しなければいけないので、これを強力的に進めていかなければいけないのですが、東京は違います。

ですので、国が言っていることは、東京以外には適用できると思いますが、東京においては、病床については難しいんじゃないかと思っています。

そこで、東京都は、医療人材は不足するし、国の言うとおりにやるのはいかかかと、柔軟にやらせてくれという訴えをしていたということ、皆さんもぜひ知っていただきたいというところなんです。

○鈴木座長：ありがとうございました。

東京都のほうから、続きの説明をお願いします。

○井床課長代理：改めて資料を共有させていただきます。資料4-1の10ページ目のところからご説明をさせていただきます。

今回の調整会議では、先ほど申し上げました、新たな地域医療構想の策定に向けた準備ということで、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。

なお、意見交換にあたり、参考資料を用意してございます

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。

こちらは、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。

次に、下段の②の事前アンケートですが、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、こちらを簡単にご説明をさせていただきます。

まず、1枚目に、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を、当該圏域分の病院の機能別にまとめるとともに、システム導入のメリットや、導入、運用面での課題について、結果をまとめております。

2枚目は、システム未導入の病院について、医療連携の際の現状の手段、導入してしない理由をまとめるとともに、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等を記載しております。

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。

また、資料4-1に戻りますが、都の将来推計人口に関して、11ページ以降でお示ししております。

11ページでは、都全体の人口推計をお示ししており、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が予想されております。

次の12ページでは、当該圏域の人口推計を、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、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あたり、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、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。

○鈴木座長：ありがとうございます。

では、議事（２）の意見交換に移りたいと思います。

こういうことがあるので、２０２５年のほうに関しては、あっさりと済ませたいなということだったんです。だから、病床のことは余りこだわらず、今後の地域医療をどうしていくか、連携をどうしていくかということについて、ご意見を賜ればと思います。

こちらに関して何か今ご意見がある方はいらっしゃいますでしょうか。

この地域というのは、コロナのときも、地域の医療支援を何とか使い切って、もちろん一部は外に出ましたが、何とか回した地域だと思うんですね。

東京じゅうでこれができたというのは、この区南部ぐらいじゃないかなと思っています。

その中で、我々は、どちらかというと、連携が割とうまくいっていますし、圏域内の患者さんの約７割が、圏域内の医療機関で医療行動が終了しているという、極めて恵まれた地域だろうと思います。

そういう中で議論していくためには、今までどのような課題があって、どういうふうにしていったらいいのだろうか。理想的な話でもいいと思うんですが、その辺のところについてご意見を賜ればと思います。

では、まず最初に、品川区の高度急性期のNTT東日本関東病院の渋谷先生、何かご意見がございましたらお話しください。

○渋谷（NTT東日本関東病院 副院長）：品川区医師会さんとも連携して、うまくできているのではないかと考えています。

課題は、我々の病院で治療しましても、患者さんをなかなか自宅に帰せないということでありまして、それをどのようにおうちに帰すか、あるいはもうちょっと回復期、慢性期に転院させていただけるかというところが問題です。

ただ、品川区医師会の先生方の努力により、「１つのところにご連絡すれば探していただける」みたいなシステムが構築されつつあるということで、そういうものを利用して、今後も連携を深めてやっていきたいと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

では、次は、品川区医師会の首藤先生にお話を伺ってみたいと思います。

この辺、今システムをつくりつつあるというところですが、いかがでしょうか。

○首藤（品川区医師会 理事）：今まさに走り出したところです。在宅を中心にやっている先生方が、そういうシステム構築をやり出したというところで、今いろいろMCSとかを試しながら、連携をやっているところです。

まだこれからというところではありますが、第一歩を踏み出しているところと感じております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

大田区などでは、それぞれの医師会に在宅医療相談窓口というところがあって、そこが在宅医を調整するということになっているんですが、ただ、介護施設を探す、あるいは病床を探すということになると、また話が違ってきて、一部の窓口でそういったところにも対応している窓口はありますが、まだ完全にはそのところに対応しきれていないです。

特に有料老人ホームを探すとかいうことになると、また別の話でしょうということになってしまうわけですね。

だから、それが決まるまでは、患者さんが病院から退院できないので、急性期の在院日数が増えてしまうというような問題も、皆さん抱えていらっしゃるんじゃないかと思います。

それでは、今度は太田区の高度急性期の荒井先生。この件について何かご意見をいただければと思います。

○荒井（牧田総合病院 理事長）：確かにおっしゃったように、高齢者の方で有料ホームに入っている方の肺炎だったりとかいうので、かなり救急を受けるんですが、出口のほうが一番問題だと思っています。

そのまま施設に帰ればいいんですが、ADLが落ちたりとか、食事をしなかったりして、帰れないという方がいっぱいいらっしゃるんで、そういう患者さんの出口を探すというのは、結構大変ですね。

先生がおっしゃるように、在宅になると意外といいんですが、施設を探したりとか療養型病院を探すというと、都内には療養型の病院が少ないので、どうしても在院日数に影響してくるという実情があります。

ただ、例えば、DXで、ネットワークで、「どこの病院が空いている」とかいうことが分かれば、1日でも2日でも早く退院できるんじゃないかなという印象を持っています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

医療DXについても、病床の稼働というのが全部分かったりすると、少しでもうまく回転させられるようになるだろうということですね。

では、品川区の急性期の東京品川病院の新海先生、ご意見があったらお聞かせください。

○新海（東京品川病院 副院長）：当院では、割と高齢者に関してもリハを速やかに導入したり、栄養の管理をしたりとか、今の国の方針とか都の方針に基づいて、早め早めに対応することによって、早く在宅、家に帰れるような手配をしたりとかしております。

また、品川区医師会様の音頭で、退院支援に関しましても、Webでできるようになったりとかで、早めに退院に向けて地域の医師会の先生方と、会議や病院同士の会議というのが、今後さらに充実してくると思われま。

実際、品川区医師会様のほうが音頭を取って。そのような方向性で動いていただいているというのは、非常にありがたいことと考えております。

また、2040年に向けてですと、ICTやAIもかなり導入されてくると思いますので、その辺のイニシアチブを東京都のほうにお願いして、より“見える化”のある、効率的に連携を図れるようなシステムを構築していただければと思います。

それまでは、我々の地域で顔が見える連携をしながら、その辺のダイナミックな変革を待ちたいと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

その連携ということ、今更ですが、そこが非常に重要であって、それに医療DX、あるいはAIみたいなことも出てくると、よりいいんじゃないかということですね。

では、大田区の急性期の池上総合病院の繁田（ハダ）先生、ご意見をいただければと思います。

○繁田（池上総合病院 院長）：当院も、高齢者医療に関しましては、出口の問題がかなり大きいという状況です。

現在、施設からの入院患者さんがかなり多くなるんですが、こういう方が入院されたあと出て行くときには、レベルが変わってしまうんですね。

そうなりますと、元々の施設に戻れないというような状況が出て、そういう方々をどこに出すかという、もう50キロ圏以遠のかなり遠くの施設にということが、最近非常に増えてきているということがあります。

したがって、この問題に関しましては、この圏域だけということではなく、圏域自体をもっと広く考えなければいけないのかという感想を持っています。

そういう点でも、デジタル化で広い範囲の施設の状況が分かれば、非常に頼りになるなということを考えております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

そういうことだと、1つの圏域だけでは無理で、おっしゃるように、西多摩のほうも含めて、一緒に検討できたりするといいのかもしれないし、場合によっては、都道府県を越えて、隣の神奈川県とかいったところに行く患者さんもいらっしゃると思いますので、そういったことも柔軟に考える必要があるかもしれません。

続きまして、品川区の回復期の渡辺先生、ご意見をいただければと思います。

○渡辺（品川リハビリテーション病院 院長）：私たちの回復期病院というのは、基本、急性期病院から患者さんをいただいているという立場で、開業医の、かかりつけの先生の顔が見えないという点が、今まで弱点でした。

今回、品川区医師会さんのほうで、しっかりとかういう体制をつくっていただけるということになっていますので、今後に期待したいと思います。

一方、2040年を見据えての介護との連携が、先ほどの話のように、回復期から在宅に帰れない方が施設に行くということで、その辺の連携も必要かなと思っております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

続きまして、大田区の回復期の佐藤先生、ご意見があったらお願いいたします。

回復期が一番、帰しにくいという事情があるかと思います。「2か月居てもらったけれども、見つからなかった」というようなケースがあつて、結構困っていらっしゃるんじゃないかと思ったりするんですが、そのあたりはいかがでしょうか。

○佐藤（東京蒲田病院 副院長）：当院でも、整形外科とかで、特に動けなくなつていて、転倒して骨折してとなりますと、在宅で過ごされていた方が結局寝たきりになってとか、あるいは、動きが悪くなつてということで、なかなか帰るにあたって先が見つからないということがあります。

そういう場合には、入院から退院を見据えて、ある程度ご家族とか、周りの施設の方とか、いろいろと連絡を取りながら、看護師も退院調整に入りまして、いろいろと苦慮しながらやっているところではあります。

先ほどおっしゃってましたDXとかで、ある程度、いろんな施設の情報とか、訪問看護ステーションでのいろんな状況とかいったところが分かるといいなと思います。

あと、私は看護師ですが、最近ですと、訪問看護ステーションの看護師も少し不足しているというところが聞こえてくるんですが、そういう点でも、在宅に帰すというところでは、その辺のサポート体制とか、どういうふうに担っていただけるのかとかいうところも含めて、今後考えていけたらいいかとも思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

在宅側でも、例えば、要介護1ぐらいの状態入院した人が、退院したときにはもう要介護5の状態になっていて、家でとても見れないということになりますよね。

もう一つは、ヘルパーさん不足というのもあって、ケアマネージャーさんもそれだけヘルパーさんを用意できない。1日3回、ヘルパーさんが入ってくれば、ちゃんと家でも見れるけれども、昼間はご家族が出かけてしまうので、1人になってしまうと、とてもじゃないが家族が見れないというような状況もあるので、人材不足がある中でどうやっていくのか。

訪問看護ステーションも、大田区のほうはいろいろ話を聞いているんですが、募集しても新規の看護師さんが全然来ないとかいうような話は、非常によく聞きます。

ですから、その辺の人材不足というのも、在宅だけじゃないですが、医療人材も不足してくるだろうと思いますので、その辺についてもご意見を賜ればと思います。

それでは、品川区の慢性期の磯谷（イガイ）先生。ご意見をいただければと思います。

○磯谷（阿部病院 副院長）：去年の4月から副院長をしております。

慢性期の療養型病床しかない病院なので、基本的には急性期の病院からの紹介患者さんがほとんどを占めています・

最近思うのは、比較的もう「看取り」に近い形での転院というのが、すごく増えてきているなという印象です。

私が医者になった当時の療養型病院というのは、どちらかというと、すごく長く、それこそ二年、三年とか、十年とか居るような病院だったような形だと思います。

それが、最近ですと、「末梢点滴」になって1か月とかたっている状況で、恐らく在院日数の関係とかで、急性期の病院から出さざるを得なくなった方というのが、こちらのほうに来ることが、すごく増えているような感じです。

なので、療養型病院の印象と違って、もう来て1週間とか2週間で「看取り」をするということが、昔に比べれば増えています。

電子カルテとかはまだ入っていないですが、そういったところにも力を入れつつも、急性期病院ともう少し連携を深めていって、早めにある程度、治療の方針が決まった時点で、療養型病院で必要であれば、そちらのほうにすぐに送ってもらえるようにしていくというのは、一ついいのかなと考えています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

療養型病床の役割もだいぶ変わってきているということでしょうかね。

終末期医療を担うというような側面が見られてきていて、その中ではどうしても、足が出てしまう“緩和”ということもやらなければいけないようなケースが、出てきてしまうのかもしれないですね。

そういったところが柔軟に対応できるようなシステムになるといいと思います。では、同じ慢性期の熊谷先生、何かご意見がございませんでしょうか。

○熊谷（京浜病院 院長）：当院は、今おっしゃられたような療養型の病院だったんですが、実際、最近のニーズは、高齢者のサブアキュート、ポストアキュートという、不安定な状態のまま送りたいという感じの人が増えています。

今までのように、安定してからでは、待っていてもこちらの仕事にならないので、むしろ「不安定なまま送ってください」という体制に、病院の基準を変えまして、今は、「一般障害者病棟」という区分になりました。

病院の機能を、今建替えもやっているのですが、それに合わせてどんどん病院の機能を変えていこうと思っているんですが、慢性期というジャンルでありながら、治療ができる病院づくりを目指しています。

特に介護施設からの救急告示はしていないんですが、救急入院とかの引受けも、結構最近多くなっています。

できれば、介護施設に帰せる人、また在宅や一般病院や急性期病院から来て、ある程度のリハビリテーションや慢性期治療を終えて、在宅や介護施設でも耐えられるような状況まで持っていって、介護施設をその間に探して、残念ながら遠くへ行く人が多いんですが、介護施設への転換を促すという在宅強化という機能も、これからやっていく課題として頑張っているところです。

○鈴木座長：ありがとうございます。

京浜病院は、去年ぐらいの調整会議から、「介護との連携」ということもご発言になっていますし、その辺の病院としての機能を変えていくというのは、非常に有効ではないかと思います。

我々地域の医師会の医者にも、京浜病院が、例えば、「認知症の患者さんの医療的なショートステイみたいなことも受け入れてくれているよ」という連絡をいただいておりますので、そういったこともかなりやりどころがあるんだろうと思います。

続きまして、今度は、医師会の先生方にお伺いしていきましょう。

荏原医師会の笹川先生、お願いいたします。

○笹川（荏原医師会 副会長）：荏原医師会では、先ほど首藤先生がお話しされておりましたとおり、品川区医師会と共同で、在宅療養推進事業として、在宅の相談窓口を両医師会につくって、そこでいろいろな病診連携などを行っていく方向で、やっと始めたところです。

大田区さんなどのやり方を参考にしながら、今進めております。

情報共有ということについては、MCSなどを使い始めているところではあるんですが、やっていきますと、例えば、介護は介護で違うシステムを使っているとか、病院さんは病院さんで独自のシステムを持っているというようなところもあって、今の状態だと、「この病院さんはどのシステムでつながっているんだろう、どこを見たらいいんだろう」みたいなところもあります。

なので、本来だったら医療と介護、病院と施設とか、あとは地域を越えて、統一されたシステムがあればいいのかなということは、理想としてはお話をしているところです。

○鈴木座長：ありがとうございます。

では、田園調布医師会の石田先生にもご意見をいただこうと思います。

○石田（田園調布医師会・田園調布病院）：3点述べさせていただきます。

まず、入り口の問題。病病連携、病診連携のところに关しましては、それぞれの持っている医療機関の特性を、お互いによく知るといふ情報共有が必要であろうと考えております。

私は、今たまたま、大田区救急業務連絡協議会の会長職をしておりまして、まず大田区の中で同意をいただける医療機関に、それぞれの得意分野である疾病についての情報を、お互いに共有できるような病院の情報のシートを、お互いにやり取りして、夜間の転送などに役立っているようなことができればというところで、今準備を進めているところです。

この病院間の連携がうまくいくようなことがあれば、またご報告をさせていただきますと思います。

出口の問題に关しましては、各先生方のお話にありまして、当院でも、入ってきた患者さんが、ADLが落ちて、出口戦略に非常に苦勞するというところは、これは本当に共通しているところです。

これは、DXなどを含め、そのあたりのところの情報共有で“見える化”できるといいと思いますので、いろいろご発言がありましたように、東京都のほうで音頭を取ってやっていただくと大変ありがたく思います。

3点目のDX化ということに关して、特に人材の不足ということに关しても、これは、当院の中でも毎日大変痛感しているところでもあります。

より少ない人数でもって多くの仕事をこなさなければならない。そのために、できるだけ仕事が煩雑にならず、シンプルにできて、しかも、自動化できるところは自動化するということが、今後非常に大きな課題になることは間違いないだろうと思っております。

先日、このあたりについての講演を聞く機会があったんですが、いろいろな業務のセクターの中で、医療介護分野というのは、DX化が残念ながら遅れているセクターであるということもありました。

こういうことについての推進ということは、今後人材が少なくなっていく中で、非常に大切だと思っております。

最後に、当院は、新築移転を今進めておりまして、現在91床の急性期病院ですが、来年1月から100床に増床しまして、52床の回復期と48床の急性期という形で病院機能が変わります。

私どもとしては、回復期は初めて挑戦していくような形になりますので、また先生方にご指導を賜りたいと思います。

○鈴木座長：ありがとうございました。

蒲田医師会の会長の松阪先生は入っていらっしゃらないということですので、歯科医師会代表の内田先生、ご意見がございましたらお願いいたします。

○内田（蒲田歯科医師会 会長）：歯科のほうでイニシアチブをとってやっていくということがないものですから、在宅の先生方に頼りきりという状況ですが、その中で、情報を我々のほうにもう少しいただけると、もう少しいいのかなというような感想は思っております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

在宅の立場で言うと、在宅患者さんのほとんどが歯科ニーズがあるんですね。

入れ歯が合わなくなっていたりとか、歯が痛くて食べられないということですが、実際の歯科が導入できるケースはそれほど多くないので、この辺も結構大きな課題の一つかなと、個人的には思っています。

続きまして、薬剤師会の代表の小野先生はいらっしゃらないようですので、では、看護協会の塘地（トヂ）先生、よろしく申し上げます。

○塘地（南部地区、地域包括ケア委員会副委員長）：私が所属している地域包括ケア委員会の中でも、急性期、慢性期、在宅に向けた連携の中で、それぞれの機関同士がスムーズに連携できるように、利便性の高い仕組みづくりが課題だと考えております。

具体的には、DXを取り入れつつ、必要な情報がタイムリーに取得できるなどの、サマリーの統一化などの工夫が必要ではないかと考えております。

そういったところの議論を重ねているところです。

○鈴木座長：ありがとうございます。

DXに関して皆さん、すごく期待されていらっしゃると思うんですが、例えば、大田区の大森の地域では、「カナミック」というのをずいぶん長く使っていたんですが、余り普及しませんでした。

どうしてかという、カルテから電子カルテに記入してから、また「カナミック」に記入しなければいけない。要するに、二度手間なんですよ。

忙しい中で事業量を減らすとか言っていたんですが、DXが余計に業務量を増やしてしまうというようなことになっていて、このところは一番変えなければいけない。

MCSもだいぶよくなってきているんですが、この本質は変わっていないわけなんですよ。

だから、今後、DXを導入していくといっても、既存のものではなかなかうまくいかないのかなと、個人的には思っています。

電子カルテの一部では連携機能があるものがある、そのままMCSみたいな機能がある、ほかの人を紹介できたりはするんですが、そのところが、例えば、介護施設であったり、訪問看護ステーションであったり、記録は電子媒体でやるところが増えていきますから、こういったところが全部二度手間で行っていくようだったら、返って業務量は減らないんじゃないかなと、個人的には思っています。

そういったところも含めて、皆さんで知恵を出し合っていければいいなと思います。

では、東京都病院協会の高野先生、ご意見をお願いします。

○高野（東京都病院協会、高野病院 院長）：複数疾患を有する高齢患者を、民間病院がどこも一生懸命全力で向かっているところだと思いますが、限界があるのも事実です。

あと、社会的課題を有する患者も必ず存在するわけで、突き詰めていってみれば、支払いはどうなるかという問題ですね。

あと、キーパーソンがいるとかいろいろあると思いますが、民間病院ではどうしても限界というのがあるのが現状です。

そういうときこそ、公的病院に力を発揮してもらいたいなと、つくづく感じています。

あと、医療連携の方法や手段については、私個人は、慢性期の病院を運営しているので、特に困ることはないんですが、最近、「ケアブック」とか「わんコネ」というような、ネットを使った患者のやり取りの方法が、割と増えてきたと思います。

ただ、同じ地域の病院ですと、お互いの病院のことを知っていますので、そういうツールを使っても何の問題もないんですが、そのツールを使うことで、遠くの地域の病院からの依頼も増えてきたという印象があります。

そうすると、病院の特性を理解されない状況で、「とても当院では受けられない」という患者の依頼があったりして、それが最近新たに感じているところです。

特に課題というほどではないと思いますが、そんなことも感じています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

では、ここで、東京都医師会理事の増田先生、お願いします。

○増田（東京都医師会 理事）：先生方も非常に努力されて、僕も努力しているんですが、地域で限られた医療資源の中で、どれだけ効率的にやればいい医療が提供できるかというのは、いつも先生方が考えられていて、本当に感謝しております。

医師会では、そのためにいろいろなシステムを構築する。それぞれのクリニック、病院では、自分の立場でどう努力すればいいかということですが、こういう会議だと、「こう努力すれば、これだけ効率がよくなるよ」という話をするんですが、コロナのときを思い出すと、どれだけ努力しても、急激に医療需要が爆発的に上がったときに対応できない時期があったわけですね。

高齢者に関しては、徐々にこれから上がっていくと思うんですが、どこかで限界が来る。要するに、我々がいくらDXとか病診連携、診診連携、いろいろな人的な交流を、いくら限界まで回しても、例えば、今の人材と財源が同じ状態で、五倍の医療需要には絶対対応できない。どこかで“堤防”が決壊する可能性があると思うんですね。

こういう会議で、「もうここでだめだ」とお手上げのことを言うのは、なかなか抵抗があるんですが、ほかの圏域とか、ほかの座長の先生に聞いても、例えば、「高齢者救急とか、出口の問題で、「どこで“堤防”が決壊するか」と聞いてみると、地域でかなり差があるんですね。

だから、今後の会議の中で、次回とかに、「うちの圏域では、ここが弱くて、恐らくここで“堤防”が決壊して大変なことになるだろう」とかいったことを予想できれば、対応もいろいろできると思います。

ですので、言いづらいところもあると思うんですが、そういった悲鳴というか、弱音を聞かせていただけると、対策になるかなと思うので、よろしく願います。

○鈴木座長：ありがとうございました。

では、ここで、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）：連携のことでいうと、品川区医師会と荏原医師会が協力しながらということで、品川区の中はかなり“深度”が深いです。

「深度が深い」というのは、高度急性期から介護に至るところまで、いろいろ連携をなさっていかうとしているということですが、これは区の単位でなさっているから、区役所も一緒に共同しながらいろいろできるのかなと思いつながり聞いていました。

今後の地域医療構想を進めていくのに、推進地域として12圏域全部だという、要するに、「東京全部で」という話ですが、東京都医師会、東京都病院協会としては、東京というのは1つの圏域で、12圏域に区切ってやるというものではないけれども、「では、1つでやろう」といっても、1つでは大き過ぎるところもあります。

そうすると、この品川区のような“深度”の深い、品川区全域を見ていくようなシステムがもしあったとしたら、それぞれの市町村に全部こういうものがあつたら、これをまたつないでいけばいいんですよ。

要するに、災害医療などで言うと、それぞれの対策拠点があつて、その対策拠点同士がまた連携を図って、1つの東京をつくって行って、対策をとるわけです。

ですから、将来的に東京全域が、先ほど、高野先生から、「結構遠くから来る」というお話がありましたが、この「遠くから」というのを受けるために、こういうネットワークをつくり上げていけば、かなりできるのかなと思って、一つの提案なんです。

そうすると、「カナミック」とかNCSという話がありましたが、それぞれやっているものがつながらないとうまくいかない。

今の電子カルテでいうと、ベンダーが違ってしまうと、全然つながらなくなって、それを何とか「東京総合医療ネットワーク」はつなごうとしているんですが、いろいろなところでハードルがあるんです。

だから、区医師会単位か区単位で今後やっていくにあたって、つながることを前提として進めていかないと、増田先生から、「それぞれの地域で限界があって、“堤防”が決壊する」というお話がありましたが、都全体に広げることによって、その限界点が広がる可能性もあります。

ですので、それぞれのところをつなげていけるようなネットワークをつくって見たらどうかなというのが、一つの提案です。

もう一つ、つながっていくためには、DXそのものに任せてしまって、DXがつながっているから、それぞれの病院、診療所の先生たちの努力によって、相手とつながるのではなくて、もしかしたらその責任者みたいな形、もしくはそういう連携センターみたいなものをつくって、「困ったときにはそこと相談しながら遠くに広げていきましょう」みたいな、コーディネーターみたいなものをつくるのも、一つの方法ではないか思いました。これも提案です。

東京全体を1つの圏域として考えてやっていくということが、今後一番大事ではないかなということ、みんなと話していますので、東京全体で闘っていくという体制を、ぜひ整えていただきたいと思いますので、よろしくお願いします。

○鈴木座長：ありがとうございました。

非常にまとめた意見をいただいたと思います。

東京の中でいろいろ医療事情も変わってくるし、お互いが手を取り合えば、また違ってくるんですが、そのネットワークをつくるのは、必ずしも簡単なことではないので、相当話し合いを重ねていく必要があるんでしょうね。

そろそろお時間になってまいりました。

最後に、調整会議は地域での情報を共有する場ですので、「情報提供を行いたい」ということがありましたら、ぜひお願いいたします。

東京都病院協会の高野先生、お願いします。

○高野（東京都病院協会、高野病院 院長）：情報提供ではないんですが、東京都にお願いしたいことがあります。

蒲田医師会の地区に、来月、8月に、突如として、19床の整形外科の専門クリニックがオープンするということが、本当に降って湧いて出てきたようで、先日話題になりました。

調べますと、これは、「届け出による診療所の病床設置に係る特例措置」というものを利用して、病床が配分されたそうです。

つまり、調整会議には諮られず、病床が配分されたということがありました。

驚いてしまったというか、地域医療構想調整会議がこうやって形になってきて、最初は、病床配分も、区が違くと全く事情が分からなかったんですが、今は、分科会ができて、うまく機能していると思います。

そんなところで、その流れに乗らずに、そういうことが起こって、せっかくのいい形がないがしろにされてしまったというか、蒲田地区で今までやっていて、病床配分を拒んだことはないんですが、新たに開業する先生と開業前に意見を交わすということは、非常に有意義だと感じています。

ですので、この制度に対して意見をするわけじゃないんですが、この病床を配分したこと、その結果を地域の少なくとも医師会には通知してほしい。そういうふうに東京都にお願いしたいと思います。

○鈴木座長：ありがとうございました。

東京都からお願いします。

○岩井部長：東京都の岩井です。

今すぐ手元に資料がないので、その整形外科のクリニックについて、「届け出による特例措置」ということですので、手続きに則って当然対応しているとは思

ますが、状況を確認しまして、高野先生からいただいた、配分した結果の通知ですとか、その辺が今どうなっているのかも含めて、確認していきたいと思います。

ご意見をありがとうございました。

○高野（東京都病院協会、高野病院 院長）：よろしくお願ひいたします。

○鈴木座長：ほかに何かありますでしょうか。

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、本日は活発な議論いただきまして、また様々な貴重な意見をいただきまして本当にありがとうございました。御礼申し上げます。

最後に、事務局から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、追加でのご意見、ご質問がある場合には、事前にアンケート様式をお送りさせていただいておりますので、そちらで東京都あてにお送りいただければと思います。

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、可能であれば、1週間以内にご提出いただくと助かります。

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)