

〔令和6年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩西部〕

令和7年1月28日 開催

【令和6年度第2回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩西部〕

令和7年1月28日 開催

1. 開 会

○立澤課長：それでは、令和6年度2回目となります東京都地域医療構想調整会議（北多摩西部）を開催させていただきます。

本日はお忙しい中ご参加を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、東京都保健医療局医療政策部で計画推進担当課長をしております立澤が進行を務めさせていただきます。

本会議はWeb会議形式での開催ですので、事前に送付しております「Web会議参加に当たっての注意点」をご一読いただき、ご参加をお願いいたします。

また、本日の配付資料はボリュームが多くて大変恐縮ですが、事前に送付しておりますので、ご準備をお願いできればと思っております。説明の際にも画面上で投影いたしますので、そちらをご覧くださいても結構でございます。

それでは、まず、東京都医師会及び東京都より開会の挨拶を申し上げます。

東京都医師会の土谷副会長、ご挨拶をお願いいたします。

○土谷副会長：こんばんは。昼間の業務のあとお集まりいただきありがとうございます。

今年度の第2回目の調整会議が始まりました。きょうの会議は資料のボリュームが多いので、メリハリをつけていただければと思っております。

1つは、報告事項の3番目の「新たな地域医療構想について」です。

現行の地域医療構想は、ことしが目標年でしたが、2040年に向けて新たな地域医療構想が始まるということです。

もう1つは、議事の3番目の、いつもの意見交換の場で、「地域連携の推進に向けて」ということになります。

そこでのキーワードは、「地区診断」ということで、治療まではまだですが、自分たちは今どういう状況にあるのかを、自ら診断してみようというのが、今回の意見交換のテーマになっています。

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の岩井よりご挨拶を申し上げるべきところ、公務で遅れておりまして、後ほどWebで参加をさせていただく予定でございます。

恐縮ですが、私から挨拶を代読させていただきます。

ご参加の皆様方には、日頃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。

本日の会議では、このほど国の検討会を経て公表されました新たな地域医療構想の取りまとめについてご報告をいたします。

また、後ほど協議をいただきますが、紹介受診重点医療機関に関する協議のほか、第1回の調整会議で推進区域についてご案内を差し上げましたが、そちらの区域対応方針案についてご議論いただきたいほか、地域連携の推進に向けた「地区診断」に係る意見交換などを、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思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

続きまして、本会議の構成員ですが、お送りしている名簿をご参照いただければと思います。

また、会議に参加のご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でご参加を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、会議録及び会議の資料につきましては、後日公開とさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

先生方、よろしければ、カメラをオンにしてご参加いただけますと、会議の進行がより円滑にいけるかと思しますので、ぜひご協力をよろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を香取座長によりしくお願い申し上げます。

2. 報告事項

(1) 在宅療養ワーキンググループの開催について

○香取座長：こんばんは。座長の、立川市医師会の香取でございます。

それでは、まず報告事項の1つ目について、東京都から報告事項(1)の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の井床と申します。

在宅療養ワーキンググループの開催について、資料1-1を用いてご説明させていただきます。

左側に各圏域の開催日、区中央部の11月22日から北多摩南部の1月24日までの12圏域で実施いたしました。

また、今年度の意見交換内容は右側に記載のとおりで、第1回の調整会議で意見交換をいただきました複数疾患を有する高齢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、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、この2点について、在宅療養の場面に置き換えた内容にて意見交換をいただいております。

資料1-2-1をご覧ください。

こちらは、各圏域の議論を踏まえたまとめの資料でございます。下段に意見をまとめておりまして、①については、相互の職種の理解が進めば、タスクシフト・シェアにつなげられる業務を相互に探ることができるのではないかと、人材不足の中で医療と介護がお互いにカバーできるところはカバーすることが求められる。

移動時間を短縮し、まとまった地域を効率的に巡回するシステムを構築していく必要。

在宅を担う医師以外の往診可能医師リストを作成し、横のつながりを構築することが必要、などの意見がございました。

②については、多職種連携に関して、連携の方法が定まっていない。MCSなどの利用について、個人情報や法人の兼ね合いで使いこなせていない部分があり、他事業所と連携が難しい一面がある。施設や職種により連絡方法が異なり、相手先によって変えていくのも大変、といった意見が上がっておりました。

このほかに、地域によって自区内在住の医師、介護職が少ないため、休日・夜間が手薄な状態となる。コミュニケーションを促進するICTツールの導入や、それを使いこなすリテラシーの向上が必要、といった意見も多くございました。

資料1-2-2をご覧ください。2枚目の上段の右から2番目に北多摩西部の意見をまとめております。

地域包括ケアが進んでいく中で、市民の方を含めて連携していくことが必要というご意見がございました。

また、市民啓発の一環として、行政では、在宅療養推進連携協議会作成「在宅療養ハンドブック」の配布、勉強会や公開講座等の実施。看護協会では、看護の日のイベントやACPに対しての啓蒙活動。薬剤師会では、薬学フェア、歯科医師会では、市民向けの講話の開催などに取り組んでいる、とのお話ございました。

また、医療介護の人材不足に関連した意見としては、特定行為研修の資格を取得しても、活用できないでいる看護師が多いことが課題。医療行為ができるヘルパーの育成や、魅力を引き出して、人材を増やしていくことが大切、とのお話ございました。

さらに、自治体によって、申請や届け出における電子申請の可否がことなり、ケアマネジャーの働きやすさの差になっている、とのご意見もございました。

在宅療養ワーキンググループの報告は以上です。

○香取座長：ありがとうございました。

ただいまの報告事項についてご意見、ご質問のある方はいらっしゃいますでし

ようか。

（２）外来医療計画に関連する手続の提出状況について

○香取座長：特にないようなので、報告事項（２）に進みたいと思います。

「外来医療計画に関連する手続の提出状況について」は、配付資料で代えるとのことです。

（３）新たな地域医療構想について

○香取座長：続いて、報告事項（３）の説明をお願いいたします。

○井床課長代理：「新たな地域医療構想」について、資料３を用いてご説明させていただきます。

国で３月から検討会を設置して議論が行われていましたが、１２月１８日に検討会の取りまとめが公表されており、国の資料を使って概要をご紹介します。

なお、この取りまとめでは、構想策定に関する具体的な内容の詳細は示されておらず、来年度、国が策定するガイドラインの中で明らかになっていく見込みです。

その上で、明確に方向性が示された点をご紹介しますと、まず、こちらのページ、下の枠、左側の（１）「基本的な考え方」の３点にあるとおり、新たな構想は医療計画の上位概念と位置づけるとのことです。

次に、（２）①「病床機能」報告は、今後も継続されますが、「回復期機能」については、「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」と位置づけるとのことです。

さらに②、新たに「医療機関機能報告」として、各医療機関が構想区域ごとや広域的な観点で確保すべき機能などを報告する制度を設ける、とされております。

また、今後のスケジュールですが、次のページの中ほど、青いラインのところ

にあるとおり、2025（令和7）年度に国がガイドラインを策定し、8年度に都道府県が将来の方向性や将来の病床数の必要量の推計などを行い、9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化、連携の協議等を進めていく、とされております。

今後も、ガイドラインの内容が分かり次第、調整会議でご報告していきたいと考えております。

次ページ以降には検討会の取りまとめの全文を付けておりますので、後ほどご覧いただけますと幸いです。

説明は以上となります。

○香取座長：ありがとうございました。

報告事項（3）について、ご質問、ご意見等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：本日の山場の一つでもあります、新たな地域医療構想が始まるということ、まずご承知おきくださいというところです。

現行の地域医療構想では、地域連携の話もしていましたが、他の道府県においては、病床の話も結構出ていました。人口が減っていく中で、病床が余っていく可能性がある、それをどうやって減らしていくかということも、現行の地域医療構想の大きなテーマになっていました。

ところが、今後の新たな地域医療構想では、病床、入院の話だけではなくて、外来や在宅、介護との連携など、医療全体のことを話しましょうということになりました。

あと、回復期機能の名称が変わるということです。今までの回復期機能の中に、高齢者救急を入れて「包括期」と変えることになりました。

さらに、今までは「病床機能報告制度」「外来機能報告制度」というのがありましたが、今回新たに「医療機関機能報告制度」というのが始まるということです。

「病床機能報告」と似ていますが、この報告の結果を見ても、ピンと来なかったというのが実情だという反省のもと、医療機関そのものがどういう機能を持っているかということを報告してもらおうということになりました。

なお、そのほか、「かかりつけ医機能報告制度」というものも始まります。ここには書いてありませんが、これも来年度から始まることになっています。

それから、「地域医療構想調整会議の協議の場でいろいろなことを話してください」ということになっていきそうです。

ただ、今まで以上にいろいろなことを話し合っ、議論が深まらないかもしれませんので、テーマの設定とかをいろいろ考えて、今後やっていく必要があると思っております。

きょうのところは、新たな地域医療構想が2040年に向けて始まるということ、を、共有していただければと思いますので、よろしくお願いします。

○香取座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

特になければ、次の議事に進みたいと思っております。

3. 議 事

(1) 紹介受診重点医療機関について（協議）

○香取座長：議事の1つ目は、「紹介受診重点医療機関について」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：それでは、資料4-1をご覧ください。

制度の概要については、1ページ目に記載のとおりです。外来機能の明確化、連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化するというものです。

各医療機関が外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無などを、外来機能報告で都道府県に報告し、都では調整会議で毎年度協議を行い、協議が整った医療機関を公表しております。

今回の協議の目的は、令和6年度の外来機能報告に基づき、2点あります。

1点目は、紹介受診重点医療機関とする医療機関について協議するもの。

2点目は、現に紹介受診重点医療機関であるが、令和6年度報告で基準等を満たさない医療機関の取扱いについて協議するものです。

なお、7年度の紹介受診重点医療機関については、調整会議における協議を踏まえて、4月1日の公表を予定しております。

次に、協議の方針について説明をいたします。

まず、紹介受診重点医療機関となる意向がある医療機関に対しては、前回までと同様の方針としたいと思っております。こちらの資料の上段に記載のとおり、①国が示す基準を両方満たす場合と、②国が示す基準のいずれか一方を満たし、かつ、国が示す水準を両方満たす場合に認めるというものです。

この2点を満たしているものをこの下の表において赤枠で囲っており、この赤枠内の医療機関を紹介受診重点医療機関とすることを考えております。

次に、現に紹介受診重点医療機関で、令和6年度報告で基準等を満たさない医療機関の取扱いですが、前回協議した方針を踏まえ、ア及びイに記載のとおりとしたいと思っております。

アについては、現に紹介受診重点医療機関で引き続き意向がある場合、今回基準等を満たしていなくても数値を著しく下回っていなければ、引き続き、紹介受診重点医療機関とすることを考えております。下の表にパターンをまとめておりますが、A病院のパターンとなります。

続いて、イについては、現に紹介受診重点医療機関であれば、令和5年度報告と6年度報告の2年連続で基準等を満たさない場合、令和7年度は紹介受診重点医療機関としないこととしたいと考えております。こちらは、下の表のC病院のパターンとなります。

なお、今回、ア及びイに該当する医療機関は、この北多摩西部ではありませんでした。

これらの方針に基づき、資料4-2で、北多摩西部の個別の医療機関の状況をまとめております。こちらは、表の赤枠内の医療機関は基準等を満たすため、紹介受診重点医療機関とすることと考えております。

最後に1点補足ですが、前回の外来機能報告の紹介率、逆紹介率の報告対象期間は、令和4年7月から令和5年3月までの9か月間のデータでしたが、今回の

令和6年度の報告では、令和5年4月から令和6年3月までの通年のデータとなっております。

以上の内容でご協議のほどよろしくお願いいたします。

説明は以上でございます。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、何かご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

村山医療センターの谷戸先生、前は意向はあっても、なかったものの、今回は認められたということですが、ご意見はございますでしょうか。

○谷戸（国立病院機構村山医療センター 院長）：みんなで頑張って、何とか認められるように努力してまいりました。

今後も努力を続けていく予定ですので、よろしくお願いいたします。

○香取座長：ありがとうございました。

東京西徳洲会病院は、意向はあるものの認められなかったということです。

オブザーバーとしてご参加になっているようですが、離席しておられるようですので、後ほど伺いできればと思います。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、表の中で赤枠で囲まれた医療機関を紹介受診重点医療機関とすることによってよろしいでしょうか。

それでは、このとおりとさせていただきます。

〔全員賛成で承認〕

東京都のほうから、今の意見交換を含めまして何かご発言がございましたでしょうか。

○立澤課長：本日のご協議を踏まえまして、紹介受診重点医療機関の公表に向けて準備を進めてまいりたいと思います。どうもありがとうございました。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、次の議事に移りたいと思います。

(2) 2025年に向けた対応方針について（協議）

○香取座長：議事の2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：資料5－1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、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。

協議の方向性ですが、令和4年度第1回の本調整会議において、病床の機能分化を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。

具体的には、資料5－2－1で病院について、資料5－2－2で診療所についてまとめており、新規の医療機関は、医療機関名を水色、内容に変更のある医療機関は黄緑色で色付けしてお示ししており、併せて備考欄にも新規・変更と記載しております。

また、変更のあった医療機関は備考欄に変更点を補記しております。前回までと同様に、圏域として合意できればと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

また、参考資料2－1と2－2で、例年どおり、病床機能報告の結果について、機能別病床数の状況や病床利用率、平均在院日数等を都全体と圏域別に取りまとめておりますので、こちらも後ほどご覧いただければと思っております。

説明は以上となります。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、何かご意見はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、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年に向けた方針として合意したいと思いますと思いますが、よろしいでしょうか。

では、そのようにさせていただきたいと思います。

〔全員賛成で承認〕

それでは、次の議事に進みたいと思います。

（３）地域連携の推進に向けて（意見交換）

○香取座長：議事の3つ目です。「地域連携の推進に向けて」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：それでは、資料6－1をご覧ください。

こちらの資料では、地域連携の推進に向けて、2点ご説明をいたします。

1点目は、現行の地域医療構想に関する推進区域対応方針案について、2点目は構想区域の地区診断をもとにした意見交換です。

まず1点目についてご説明いたします。

こちらの資料は、第1回の調整会議の際にもお示ししております。今年度、来年度の調整会議において、各地域の現状把握、課題の確認等を行いながら、新たな地域医療構想策定に向けて、2040年を見据えた対応について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。

次に、推進区域の区域対応方針案についてです。

こちらは、概要にあるとおり、国は現行の地域医療構想について、2025年に向けて取組みを進めるため、各都道府県で推進区域を設定し、区域対応方針を

策定するよう通知をしております。

前回の調整会議でもご説明しましたが、都は、全13構想区域を推進区域とすることを国に報告しており、参考資料3のとおり、その内容で国が推進区域を設定しました。

推進区域については区域対応方針を策定することとされ、概要の2つ目にあるとおり、国の様式例では、推進区域のグランドデザイン、課題、具体的な対応方針や取組みなどを記載することとされており、これらに基づき、都の区域対応方針案を作成いたしました。

なお、都では、現在、地域医療構想の実現について都全体で取組みを推進しており、また、疾病事業ごとの医療提供体制についても、各疾病事業の特性や医療資源の分布の状況などに応じて、区市町村単位から都全域まで事業推進区域を柔軟に設定、運用しております。

こうしたことから、区域対応方針案については圏域ごとのものではなく、都全体で1つの方針を策定して、取組みを進めていきたいと考えております。

それでは、区域対応方針案のポイントを下の部分でご説明させていただきます。

まず、グランドデザインとしては、平成28年7月策定の現行の地域医療構想で、既に「東京の2025年の医療～グランドデザイン～」として、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京を描き、その実現に向けた4つの基本目標を掲げ、取組みを推進してきました。

その後、地域医療構想を保健医療計画に一体化させ、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京を計画の基本理念とし、地域医療構想の実現に向けて、疾病、事業ごとの取組みを推進しております。

こうしたことから、残り1年と迫った2025年に向けては、現在の地域医療構想のグランドデザインを継続していきたいと考えております。

続いて、課題としては、2025年に向けては、高齢化の進展の中で切れ目のない質の高い医療を効率的に提供するため、医療機関等における地域や地域を越えた連携の一層の促進が必要と考えております。

また、新たな地域医療構想でターゲットとされる2040年を見据えると、医療と介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者が増加する一方、生産年齢人口の減少により医療従事者確保の制約が指摘されており、今後、医療だけでなく、

介護、区市町村等の関係者間で一層連携が深まるよう、議論が必要と考えております。

この課題を踏まえた今後の対応方針等ですが、2025年に向けた対応としては、医療機関等における地域や地域を越えた連携のより一層の促進を図ることを対応方針としたいと考えております。

この方針に基づく取組みとしては、様々なデータを活用し、地域の医療提供体制の現状把握、課題確認を行い、連携促進に向けた取組みなどの検討、また、入院医療と在宅医療関係者との相互理解が深まるよう、調整会議と在宅療養ワーキンググループ間で情報共有等の連携の実施とすることを考えております。

これらの取組みの到達目標としては、まず、国通知で目標とするよう示されております2025年に向けた各医療機関の対応方針の策定率を都全体で100%とすることを旨とするほか、地域の医療機関等における連携強化、病院・診療所と地域の多職種の間での相互理解と連携強化を図ることとしたいと考えております。

また、2040年を見据えた対応も記載したいと考えており、対応方針としては、医療だけでなく、介護、区市町村等関係者間の連携が一層深まるよう議論を進めること。取組みとしては、新たな地域医療構想に関する検討で挙げられた医療機関に関する事項等について必要な議論を進めることとし、到達目標としては、議論の推進とともに、新たな構想確定に向けた必要な協議の場の準備を進めることとしたいと考えております。

簡単ではございますが、以上が区域対応方針案の概要でございます。

なお、実際の文案につきまして資料6-2としてお付けをしておりますが、先ほどの内容について、1ページ目でグランドデザインと課題、3ページで対応方針、4ページに取組みと到達目標を文章で記載しております。

皆様からのご意見を踏まえながら最終的に都で策定したいと考えておりますので、ご意見のほどよろしく願いいたします。

説明は以上でございます。

○香取座長：ありがとうございました。

それでは、推進区域の区域対応方針（案）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。

それでは、災害医療センターの伊藤先生、いかがでしょうか。

○伊藤（国立病院機構災害医療センター 副院長）：先ほどお話のあった「特定行為研修」についてお伺いいたします。

私どもは、国立病院機構から言われて、前年度は自病院の中で研修会を実施して、今年度は、近隣の国立病院機構の看護師さんを招いて、この特定行為研修を実施しました。

ただ、「この行為を学んでも、それを活かす場所がない」という指摘が、先ほどありましたが、これは大きな問題だと思っております。

非常にモチベーションが高くて、スキルを持った看護師さんが研修を受けても、その人たちが行く場所が現状ではないということになると、課せられた命題が足元から揺らいでしまうので、この地域医療構想にも響いてくると思っております。

ぜひ是正していただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

○香取座長：ありがとうございました。

推進区域の区域対応方針については、何かご意見はございますか。

○伊藤（国立病院機構災害医療センター 副院長）：私どもは、救命センターを多摩地区で唯一持っている施設ですが、残念ながら、この救命センターに来られるのは、ほとんどが“生活破綻者”の方なんです。

医療の提供はするんですが、現実には、そういった“生活破綻者”の方々の対応で、ケースワーカーさんなどのコメディカルが忙殺されてしまっていますので、この問題を解決するために、地域医療構想の高齢者救急の対応についての改善のきっかけになっていただければと思っております。

○香取座長：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、東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：それでは、先ほどの資料6－1の途中から説明をさせていただきます。

きます。次の３ページをご覧ください。

先ほども説明しましたが、今後の調整会議では、２０４０年を見据え、各地域の現状把握、課題の確認等を行い、新たな地域医療構想策定に向けた準備を進めていきたいと考えております。そのため、様々なデータを活用し、各区域の地区診断を行い、地域連携のより一層の推進に取り組みたいと考えており、意見交換をお願いできればと思っております。

今回の意見交換に当たり、参考資料を２点ご用意しております。

１点目は、下段の①に記載の、地区診断のための関連データとして、ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査である退院患者調査に基づくデータを、参考資料５としてまとめております。

２点目は、下段の②に記載の事前アンケートで、都内病院に地域の連携等に関するアンケートを実施し、圏域ごとの結果を資料６－３でまとめております。それぞれの資料について簡単にご説明をさせていただきます。

まず、参考資料５をご覧ください。

こちらは、昨年１０月１０日の国の研修会において、これまで長く地域医療構想に係るデータを示されてきた産業医科大の松田教授から地区診断についての講義があり、今回はそちらをもとにデータをまとめております。

松田先生の講義の中では、地区診断の視点として、少子高齢化の進行によって、地域の医療・介護ニーズの変化が地域によって異なる形で生じていること、また、２０４０年までには特に複合ニーズを持った高齢患者が増加すること、さらに、高齢化が進む地域社会においては急性期医療は相変わらず重要であり続けるが、典型的な急性期の症例は減る一方で、慢性期から繰り返し発生する急性期イベント、肺炎、骨折、心不全、尿路感染症、再発脳梗塞など、こちらへの対応が必要であると示されました。

その上で、ＳＣＲ、ＤＰＣデータ、病床機能報告を用いて、構想区域ごとに地域の医療資源の提供状況を分析することについて講義がされました。

そのうち、ＤＰＣデータについては、ＤＰＣ対象病院等の退院患者について、ＭＤＣ別患者構成等を集計した退院患者調査による分析が示されており、今回このデータに着目し、オープンデータから構想区域別のデータを作成しました。

今回のデータでは、急性期入院医療に関する各医療機関の機能の状況の把握、

慢性期から繰り返し発生する急性期イベントの例として、高齢者に多い疾患の各医療機関の受入れ状況の把握ができるよう、取りまとめております。

まず、D P C導入病院の入院患者のうち救急車で搬送された患者数について、多い順に並べた資料です。

災害医療センターが4 0 0 0件超と突出しており、次いで、東京西徳洲会病院、東大和病院、立川相互病院、立川病院も、1 0 0 0件以上対応しております。

なお、M D Cの0 1から1 8までで色分けをしております。

次のページは、同じデータについてM D C別患者割合を示した資料です。前のページと見比べていただくと、一定の件数を受け入れている病院は、割合は若干異なりますが、M D Cの幅広い疾患に対応しているように思われます。

続いて、入院患者のうち「手術あり」の患者数について、多い順に並べた資料です。立川病院、災害医療センターが多く、次いで、東京西徳洲会病院、立川相互病院、東大和病院、村山医療センターの件数が多いという状況です。

次のページは、同じデータのM D C別患者割合を示した資料です。こちらも前のページと見比べていただくと、例えば、年間1 5 0 0件超の東大和病院以上の病院は、M D Cの幅広い疾患の手術を実施している一方、件数の少ない病院では一部の疾患の手術を集中して実施している状況が分かります。

ここからは、松田先生が講義で示された慢性期から繰り返し発生する急性期の高齢者に多い疾患に関するデータをまとめております。

まず、M D Cの0 1、神経系疾患のうち、脳梗塞の入院患者数の多い順にお示ししております。最も多いのは災害医療センターで、年間2 7 0人、次に東大和病院で、年間2 4 1人、次いで東京西徳洲会病院で、年間1 0 9人です。

次に、M D Cの0 4、呼吸器系疾患のうち、誤嚥性肺炎、肺炎等の入院患者数の合計の多い順にお示ししております。

最も多いのは災害医療センターで、年間3 8 5人、次に立川相互病院で、年間3 3 2人、次いで東京西徳洲会病院で、年間2 1 9人です。

続いて、M D Cの0 5、循環器系疾患のうち、狭心症、慢性虚血性心疾患、心不全の入院患者数の合計の多い順にお示しをしております。最も多いのは東京西徳洲会病院で、年間1 1 0 4人、次に災害医療センターで、年間5 8 7人、次いで東大和病院で、年間4 9 2人です。

続いて、MDCの11、腎尿路系疾患等のうち、腎臓または尿路の感染症、慢性腎不全等の入院患者数の合計の多い順にお示ししております。最も多いのは災害医療センターで、年間295人、次に立川相互病院で、年間171人、次いで立川病院で、年間153人です。

最後に、MDCの16、外傷等のうち、股関節大腿骨近位の骨折の入院患者数の多い順にお示ししております。最も多いのは東大和病院で、年間131人、次に東京西徳洲会病院で、年間128人、次いで災害医療センターで、年間106人でした。

今後、高齢者の増加により、これらの疾患を抱えた高齢患者の入院数が増えることも想定され、地域で対応可能か、対応するためには何が必要かなど、意見交換をいただければありがたいと思っております。

また、ご参加の先生方におかれましては、連携先の病院もあろうかと思っておりますので、可能でしたら、現在の連携で十分か、あるいは新たな連携先を考える必要があるかなど、地域での連携をより円滑にする観点でご意見をいただいても結構です。

一度、先ほどの資料6-1の3ページに戻らせていただきます。続いてお示しするのは、②の各病院の事前アンケートをまとめた資料です。資料6-3をご覧ください。

今回、都全体では約220病院からご回答をいただいております、北多摩西部では全体24病院のうち4割弱に当たる9病院からご回答をいただいております。

左下に、許可病床の規模別に3つに分類をしております。1ページから3ページについては、病床機能別の稼働率を許可病床の規模別でまとめております。

主な点をご説明しますと、急性期は、急性期1の200床未満の病院で、50%未満、急性期4～6の200床未満の病院で、70%未満の回答がございました。

地域包括医療と地ケアの病床は、概ね80%以上の稼働率の回答でした。

回りハ、療養病床、その他は、全て稼働率80%以上と、高い状況でした。

4ページには、救急車受入れ台数と、転院上りと下りの入退院患者数の合計を規模別でまとめております。

5ページから9ページまでは、連携等に関する影響について5段階評価でお答えいただいた結果をまとめております。

幾つか特徴的な結果をご紹介しますと、まず、左側の緊急搬送・予定転院について、上段の平日・日中の緊急搬送ですが、200床以上400床未満の病院は、4.00と高く、中規模の病院で、平日・日中の救急搬送について円滑であると認識していると考えられます。

次に、休日・夜間の緊急搬送ですが、都全体2.78と低い状況ですが、北多摩西部はそれより高く、3.25。特に、200床以上400床未満の病院は、4.00と高く、中規模の病院では、休日・夜間の緊急搬送は円滑に行われていると認識していると考えられます。

5ページの右側、早期転院受入れにあたり、上段の診療科を限定することについては、200床以上400床未満の病院は、4.00と高く、中規模の病院では、診療科を限定すれば受入れが進むと考えている傾向でした。

次に、中段の患者の重症度を限定することについては、200床以上400床未満の病院では、4.00。400床以上の病院は、5.00と、いずれも高く、規模が高くなるほど、患者の重症度を限定すれば受入れが進むと考えている傾向でした。

6ページ左側の、積極的な受入れにあたっての自院の課題についてですが、上段の、医師を潤沢にすることについては、200床以上400床未満の病院は、5.00と高く、中規模の部では、医師の数の増員が重要と考えている傾向でした。

次に、中段の医師以外の職員を潤沢にすることについては、200床以上400床未満の病院は、5.00と高く、中規模の病院では、医師以外の職員の数の増員が重要と考えている傾向でした。

続いて、下段の、ベッドコントロールを改善することについては、400床以上の病院は、都全体3.46に対して2.00と低い一方で、200床以上400床未満の病院は、4.50と高く、400床未満の病院では、ベッドコントロールの改善が重要と考えている傾向でした。

6ページの右側は、早期転院にあたり、上段が患者側の理解の必要性について、200床以上400床未満の病院は、4.00、400床以上の病院は、5.00と高く、規模の大きい病院ほど、患者の理解の必要性が重要と認識されている傾向でした。

また、中段の患者家族の必要性について、200床以上400床未満の病院は、4.00、400床以上の病院は、5.00と高く、規模の大きい病院ほど、患者家族の理解の必要性が重要と認識されている傾向でした。

7ページは、下り転院の問題について、左側が急性期病院、右側が回復期、慢性期病院の回答となっております。

中段の複数疾患を抱えた患者の転院に際して、200床以上400床未満の病院は、4.50と高く、中規模の病院では、複数疾患を抱えた患者の転院が困難と認識していると思われます。

次に、右側の症状悪化による転院元への再入院については、200床未満の病院は、2.25と低い一方で、200床以上400床未満の病院は、4.00と高い傾向でした。

8ページ左側は、地域医療構想策定当初と比較した連携の進捗度についてお尋ねしております。200床以上400床未満の病院は、都全体3.10に対して3.50、400床以上の病院は、都全体3.53に対して4.00と、連携が進んだと認識している傾向でした。

8ページ右側以降は、自由記載の回答をまとめております。

まず、連携等に関する影響に対する自院や地域の取組みですが、例えば、転院ではなく、地域の在宅にスムーズに戻すため、地域の方々、地域包括、行政、居宅事業所、訪看などとの連携会議を、月1回開催し、さまざまな問題を一緒に考え、共有する取組みを実施。

北多摩西部医療連携協議会などで、地域の急性期、回復期、維持期、慢性期病院などと、定期的に情報交換を行い、連携を深め、緊急受診の受入れ、転院などが円滑に行えるよう取り組んでいる。

このようなお答えをいただいております。

9ページ左側は、自院や地域として対応していくべき取組みの考え等の回答は、特にございませんでした。

最後、右側には全般的なご意見を記載しておりますが、全てご紹介させていただきます。

病院の地域医療構想は、ある程度構築されたと思う。今後は、医療・介護の複合ニーズを抱える世代の増加や、若い世代の減少に伴う医療需要の変化に対応で

きるよう、病院だけではなく、開業医のかかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携などを含め、体制を整える必要がある。

地域によって、開業医における専門医の数が異なるため、均一化していく必要もあるのではないかと。

病院完結型医療から地域完結型医療への転換は不十分ではないかと。地域住民（患者）は地域内で完結すべきだが、実際は地域内での受入れ先がなく、他の医療圏へ転院・転送している事案が一定数あり、地域内で完結するにはどのようにする必要があるのか、行政も含めて検討していく事案ではないかと。

このようなご意見をいただいております。

以上がアンケートの結果のまとめでございます。

また資料6－1に戻りますが、参考資料は以上のとおりで、これらのデータを踏まえて、高齢患者の受入れについての現状や課題、今後の取組みに関して意見交換をお願いいたします。

また、調整会議では各地域で引き続きこの地区診断を進めていきたいと考えており、もし「こういったデータがあれば話合いが進む」といったご提案があれば、併せて頂戴できますと幸いです。

長くなりましたが、説明は以上となります。

○香取座長：どうもご説明を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。ご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：量が多くて消化し切れなかったきらいはあるかなと思います。

前半のDPCのデータからは何を読み取るかというと、地域の病院、皆さんそれぞれ「あそこの病院はこんなかな」と、例えば「救急車はこれだけ受けているんだ」とか、「もしかしたら、あれ、余り受けてなかったのかもな」というのも分かるかもしれません。

入院をしている人たちの内容ですね、そんなにない疾患に偏っているわけではなく、満遍なく受けているとか、病院の性格が、それぞれの病院を見て「ここの

病院はこういう病院なんだな」というのを、まず認識してもらえればよろしいかと思います。

あと、DPCデータのうちの後半のほうですが、先ほどもお話がありましたように、今後、医療従事者はそんなに増えないと思われる中で、高齢者が増えていきます。

予定で入院されれば落ち着いて診れるわけですが、高齢者が入院するときは、「熱が出た」とか「転倒して動けない」とかいうことで、ハプニング的に増えるわけです。つまり、高齢者救急はどんどん増えていくことが予想されます。

その中でも、ここに挙げた脳梗塞とか心不全、尿路感染症、大腿骨近位部骨折といった疾患は、どこの病院が今診ているんだろうか、自分たちはこれだけ診ているけれどもど、ほかの病院はこれだけ診ている。

今後増えていったときにここの病院だけで大丈夫なのか、あるいは、それが無理ならどういうふうに連携していくのか、そういうのを眺めながら考えてもらえればよろしいかと思います。

すぐ答えが出る、あるいは感想が出るわけではないと思っていますので、各圏域の医療の状況を、こういったデータを見ながら、日々の診療をしながらの時間もあると思うんですが、データと一緒になのか違うのか、その辺りを見てもらえばいいかと思います。

あと、後半のアンケートのほうは、医療連携が前より進んでいるのか進んでいないのか。この圏域では、医師がいれば受けられるかもしれない、あるいは医師以外の人材がいれば受けられるとか、あるいはベッドコントロールがうまくいけばできるのかなといったものを、アンケートで答えてもらっているところです。

この圏域では、6ページのところで、患者側の理解があれば早く転院できるとか、あるいは患者の家族がちょっと強いかなと、つまり、病院ごとの役割があるんだというのがなかなか理解されてないという裏返しなのかなと思いました。

ということで、日頃の連携をどう思っているのか、ご意見をいただければよろしいかと思います。どうぞよろしくお願いします。

○香取座長：ありがとうございました。

たびたびお願いして申し訳ないんですが、災害医療センターの伊藤先生。この

数字を見ますと、本当にいつも大変お世話になってありがとうございます。

断トツで救急車による搬送が多いし、脳梗塞も多いという特徴がありますが、まだまだ余裕があるんでしょうか。それとも、もう、いっぱいいっぱいなんですか。その辺、いかがでしょうか。

○伊藤（国立病院機構災害医療センター 副院長）：先ほどアンケートに出ていた「患者と家族の理解が」というのは、土谷先生がおっしゃったとおりで、要は、救急で来る患者さんは余裕があるかということ、全くありません。今も、もう9割を超えている状態で病床数を運営していますので。

ただ、もともと私たちは「患者を断るな」というのが使命ですので、受けているんです。ただ、受けるとどうなるかというと、“生活破綻者”なので、患者が理解するとか家族が理解するというよりも、生活がもう行き詰まっているので、医者の問題じゃないんですね。

ケースワーカーさんが中心になって動いてはくれるんですが、選択肢が限られてしまっていて、結局、スタックしてしまって、患者を受けられないということが起こっています。

だから、本当にこの正月から本日まで地域の病院様には迷惑をかけてしまっているんですが、予定治療は、外来である程度の治療方針と、それから、バトンタッチしてくださる施設を事前に用意できるんですが、救急車で来るということはそのものがカットされていますので、来てどうするといっても、ケースワーカーさんの人数も限られていますので、対応しづらい。

理解を求めるといってもなかなか難しいのではないかというジレンマで、一番困るのは、こういう患者さんたちを診ていくことで看護師さんも疲弊して、ケースワーカーさんも疲弊するという悪循環に陥りつつあるので、さあどうしたらいいんでしょうと、逆に僕らも教えてほしいというのが現状です。

隣の統括診療部長は、転院ケースをやって、室長もやっていて、後方病院をいつも探して回っているというのが現状ですが、もともと多摩地区自体が潤沢に医療施設があるわけではないので。統計上は十分あるように見えているんですが、コロナのとき以来、この地域というのは結局、病床が足りていないので、そこはどうするんですかという話を、逆に僕らはいつも問題にしている、何の解決もな

く本日を迎えているというところです。

ふさわしい回答になってないかもしれないですが、これが僕らが持っている現状だし、つらいところです。

あくまでも患者さんに「理解しろ」なんて思っではいません。本当に“生活破綻者”しか来ていないので、そこを「どうするの」と言われると、僕らは解決できないままにきょうを迎えていますので、じゃ誰かやってくれるかという、誰もやってくれないですね。

僕もがんが専門でやっているの、予定治療でやるのを一番希望はしていますが、病院に求められる使命はそうではありませんので、「ウエルカムで患者を受けとくれ」と、現場にはいつも申しています。

ですので、そこはご理解いただきたいというところですし、それは多分、病院の問題ではなくて、行政さんもかなり発信をしていただきたいです。ぜひお願いします。

○香取座長：伊藤先生、どうも、何度もありがとうございました。

○土谷副会長：伊藤先生、ありがとうございました。

みんなを代弁してくれたというところなんだと思います。というのも、もう医療だけでは解決できない課題を抱えている人たちが山のようにいる。しかも、これから先を見据えると、そういった人たちがもっと増える。

あと、私から特に言いたいのは病床の話です。だから、患者が増えている、病床が足りないんだという話になるんですが、じゃ、病床配分があったときに、それをちゃんと機能させるだけの人材がいるのかというと、恐らくいないと思うんです。

むしろ、病床の問題というよりも人材が足りないというほうが、また大きく問題になってくるのではないかと思います。

八方ふさがりかという、もうそれに近いのかもしれませんが、そうすると、身も蓋もない議論になります。

新たな地域医療構想というのは、2040年を目指す。「入院だけではなくて、在宅や外来も含めて話すことになります」と、先ほど言いましたが、「いやいや、

もう既にそういう状況です」というのが、今のお話だったと思います。

医療だけでは解決できない人たちをみんなでどうやっていくのか、対応していくのかというのが、大きな課題かなと思ってお聞きました。ご意見ありがとうございました。

○香取座長：ありがとうございました。

○上村（国立病院機構災害医療センター 統括診療部長）：今、伊藤先生が言われたように、自分たちの災害だけでも患者さんを後方病院に、というのも限界があって、そこは例えば、二十年前なんか、単なる風邪で、災害医療センターに初診で受診してくるようなポピュレーションが本当にたくさんいたんです。

ただ、国を挙げてのキャンペーンみたいなもので、そういった患者さんはほとんど来なくなった。

そうすると、「うちに入院したけれども、落ち着いたら早く後方病院に行くんだよ」というキャンペーンみたいなものは、医療現場だけではだめで、行政とか国がそういったことをやっていただきたいのは、非常に強く感じております。

それと、後方病院になかなか患者さんが行っていない理由の一つとして、うちにいるほうが医療費が一番安いんです。「7対1看護」という一番手厚い医療を受けながら安い。後方へ行くと、「7対1」でないのにもっとお金がかかる。

そういった経済的な理由も結構絡んでいて、ケースワーカーさんから、「なかなか家族が首を縦に振らない」とよく聞かされるボトルネックだと感じております。

○香取座長：ありがとうございました。

では、立川相互病院の高橋先生、いらっしゃいますか。

○高橋（立川相互病院 院長）：いろいろ非常に貴重なお話を伺いました。生活困窮者に関してはうちが専門だと思っていたんですが、今、伊藤先生の話を知ると、もっと大変な状況のご様子で、意を強くしましたが。

結局、今、世の中全体が苦しくなっていますし、医療機関だけではなくて、行政と地域と、それから医療機関も連携して、生活全体を支えるようなシステムを

しっかりさせていくことが必要なのではないかと思います。要するに、生活が破綻しないように支えていくことが必要なんだろうと思います。

お金のことばかり考えているんですが、このアンケートにもありましたように、「マンパワーがあればもっと連携を推進できる」とかいう意見が強いんですが、これも結局は、診療報酬の支えがあれば人を増やすこともできるということです。

災害医療センターも「90%以上の稼働率」とおっしゃいましたが、当院も93%ぐらいないと赤字になるような構造で、そういう診療報酬でやっているもので、いざというときに、患者さんを受けようと思っても受けられない日が多いわけです。

高齢者救急がこれから中心になるだろうというのは、まさにそのとおりだと思うんですが、そのためには、通常、患者さんの波があるわけですから、平時には8割程度の病床稼働でやっていけるような診療報酬をいただかないと、今もまさにそうですが、ちょっと波が来たときに破綻してしまうということだと思います。

回復期リハ病棟の名前を変えて、今後、そういったところで高齢者救急を受けていくという構想と伺いました。

これも先ほど伊藤先生がおっしゃったのに関係するんですが、慢性期の病床は診療報酬が安いために、差額も取らなければいけないし、それだけマンパワーも少ないところでやっています。

当法人も回復期リハビリの病床を持っていますが、ここで、率直に言って、誤嚥性肺炎をちゃんと受けていくような力量はありません。やはりこれもお金の裏づけがないと成り立たないことではないかと思っています。

お金の話ばかりで恐縮ですが、以上です。

○香取座長：どうもありがとうございました。

ところで、今、先生から「誤嚥性肺炎」という言葉が出たんですが、先生のところは、データを見ますと割と多いですね。

○高橋（立川相互病院 院長）：余り自慢したくないんですが、誤嚥性肺炎については都内で5番目の受入れ数になっています。

○香取座長：ありがとうございました。

また、同じ昭島市の、回復期に入っていますが、昭島病院の上原先生、ご意見はいかがでしょうか。

○上原（昭島病院 院長）：災害さんの患者さんになるべくたくさん受け入れようとしているんですが、せっかくこっちへ来ていただいても、その患者さんの出口がない。

私たちの病院は福祉の病院なので、比較的入院料は安いみたいなんですけど、病院以外の施設に行くと、病院よりも高くなってしまいます。市の方とかと連携しながら一生懸命やっているんですが、毎日、患者さんを診るよりもそのコーディネートの方が大変という状況が続いています。

全く、伊藤先生の見解に同感します。

○香取座長：ありがとうございました。

高度急性期の東大和病院の野地先生、ご意見はいかがでしょうか。

○野地（東大和病院 院長）：今、出た意見でほとんど出尽くしていると思うんですが。

どこの病院でも同じですが、年末から年始にかけてベッドはいっぱいになってしまいます。その結果、何が起こるかというところ、救急とかも取れなくなってくるんですね。

要するに、あとは後方のベッドになかなか患者さんが行ってくれない。うまく交渉が成り立たないということで、ペイシェントフローのほうはかなり落ちます。医療圏全体としては「ペイシェントフローマネジメント」という課題で一度やるのもいいかなと思います。

これは、インフルがあつて各病院がいっぱいになって、そうなるとうとうパンクしちゃうわけです。先ほどもご意見があつたように7～8割、ちょっと余力を残してベッドがあると、こういうときにもいいんですが、各病院が一気に満杯になってしまうということで、救急車がまた取りにくいという状況だと思います。

それから、先ほどの患者様側の課題というのは、これはまさに各病院が感じられていると思うんですが、うちの患者支援センターでも、患者様に寄り添うという名のもとに、患者さんのご意見をよく聞くんです。

よく聞くと、これが一週間、二週間、簡単に延びてしまうわけです。そうするとまたここで滞ってしまうということがあるので、ある程度これは業務として割り切ってしまうざるを得ないという状況になってきます。

僕はいつも言っているんですが、患者支援センターのほうも、患者さんの意見もあるんですが、各病院でそれなりに後方の連携のいいところがありますので、そういうところにうまく流していかないと、なかなか難しいかなという気がいたします。

○香取座長：ありがとうございました。

では、武蔵村山病院の稲富先生、ご意見はいかがでしょうか。

○稲富（武蔵村山病院 院長）：先生方の意見を聞いてとても参考になりましたし、そこで言われていることがほとんどだろうなと思っています。

当院はケアミックスなので、急性期から送るということと、あと、高度急性期、急性期から受け入れるということの両方のことに関係していますが、先ほどの立川相互病院の先生がおっしゃったみたいに、ベッドを埋めつくさないと経営が成り立たない中で、なかなかお受けすることができない。

送るところもなかなか難しいということで、最近、やっていかなければいけないと思っているのは、医療、介護について、地域を含めたところでの1対1の対話を進めていきたいと思っています。

どうしてもいろんな施設、いろんな病院それぞれ、各自違う条件というか、いろんな状況を抱えていますので、お互いに1対1での対話ということも含めて、調整を進めていきたいと思っています。

○香取座長：ありがとうございました。

村山医療センターの谷戸先生。先生のところの病院は性格がほかの病院と少し違うかと思うんですが、ご意見が何かありますでしょうか。

○谷戸（国立病院機構村山医療センター 院長）：申しわけないけれども、うちらはいろんな疾患を抱えた人を診ていくのはかなりつらいです。

そういう意味で、災害医療センターの先生のところには随分お世話になっていますし、その分、できるだけ、整形外科疾患とかリハビリ患者さんとかは受け入れるように努力しています。

ただ、現状は、確かに、ほかの先生も皆さんおっしゃっているように、今の医療費では病院経営はいずれにしても非常に厳しい状態で、まずそこから多くの人の意識を変えていってもらわないと思っています。

これは都の行政にお願いしたいところですが、このままでは病院経営というのはもうできなくなってくるところが出てくるんです。それをどう、みんなに言って、国にやってもらうのか。みんなが少しずつ負担しなければいけないのかということを考えていかないと、とても2040年までもつとは思えないです。

多分、数年レベルで本当に破綻するところが出てくると思いますので、そこをもっと考えなければいけないのではないかと思います。

○香取座長：ありがとうございました。

病院の先生方のご意見を聞きましたので、開業医の先生方はどう思われるかということですが、各医師会の先生方からは、ご都合が悪いですので、別の機会にお伺いできればと思います。

それでは、看護師の立場から、東京都看護協会の伊東先生、いかがでしょうか。

○伊東（東京都看護協会多摩北地区 理事）：看護師の立場からと申しますと、病院の人材というところでの確保は、どちらの病院さんも難しい状況にはなっているかと思うんです。

地域連携というところでは、在宅・訪問看護ステーションなど、今後の高齢化社会においては、先ほどから何度もお話が出ていますが、在宅の先生方と地域とのつながりはこれからは本当に重要なところかなと思っています。

私は今、立川中央病院で働いていますが、当院とすると前方からと後方からという役割をしていますが、この年末年始にかけてはインフルエンザ等の感染症の

患者さん、高齢者のご入院が多かったです。

その患者さんたちがすぐに帰ればいいんですが、なかなか帰っていけないというところで、どちらの病院さんも苦慮されているのかなというのが、今回の会議の中で再認識できましたので、当院でもできる限り、後方的な役割をできるようにしていきたいと思いました。

○香取座長：ありがとうございました。

立川市歯科医師会の片岡先生、歯科医師として、今後、高齢患者が増えてきますが、連携などでも先生のご意見を聞かせてください。

○片岡（立川市歯科医師会 会長）：今、地域の病院の大変さというのはしみじみ感じました。

歯科医師会として、高齢化が進んでいくと、80歳の方で歯が20本以上というのは50%なので、そういう方が認知症になったり病気になると、自分で口腔の清掃ができないんです。

そうすると、虫歯が急激に増えていくのではないかと思いますので、訪問歯科をする先生もまだ少ないので、もっと増やしていかなければいけないと思っています。

○香取座長：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でしょうか。

それでは、活発なご議論、ありがとうございました。

最後に、調整会議は地域での情報を共有する場ですので、その他の事項でぜひ情報提供を行いたいということがありましたら、挙手をお願いいたします。

よろしいでしょうか。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をいただきまして、また、現在病院が直面しているさまざまな課題について現状をご教示いただき、大変ありがとうございます。感謝申し上げます。

ほかの圏域でも出ていますが、やはり病院の経営がかなり厳しいという話を伺っております。東京都としてもどのような支援ができるかということで、今、最終の詰めを行ってございまして、もう少ししたら令和7年度の東京都の予算案について発表をさせていただきますが、そこでも、例年とは違うような取組みをいろいろやらせていただこうと考えております。

また改めて医療機関の皆様方にご説明する機会をいただきまして、ご説明を差し上げたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

では、最後に会議の事務連絡をさせていただきます。

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、あるいはきょうお話しできなかったことがございましたら、「東京都地域医療構想調整会議ご意見」という様式がお手元にあるかと思っておりますので、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をいただけると大変ありがたいと思っています。

事務連絡は以上でございます。

それでは、本日の会議はこちらで終了とさせていただきます。長時間にわたりさまざまなご参加をいただきまして誠にありがとうございました。

(了)