

令和 6 年度第 1 回
東京都地域医療構想調整部会
会 議 録

令和 6 年 1 0 月 1 6 日
東京都保健医療局

(午後 5時00分 開会)

○立澤計画推進担当課長 定刻となりましたので、ただいまから、令和6年度第1回東京都地域医療構想調整部会を開会いたします。

委員の皆様方には、大変お忙しい中、ご出席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、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、ウェブ会議形式で執り行いますので、事前に送付をしておりますウェブ会議参加に当たっての注意点、こちらをご一読いただきまして、ご参加をお願いいたします。

また、本日の配付資料につきましては、事前に皆様方にメールで送付をさせていただいておりますので、恐縮ですが、お手元にご準備をお願いいたします。

次に委員の紹介でございます。今回、新しく任期が始まりまして、初回の会議となりますので、新たに委員にご就任いただきました先生方をご紹介します。

恐縮ですが、お手元に資料1、東京都地域医療構想調整部会委員名簿をご用意いただければと思います。

まず、新任の委員の方のご紹介でございますが、初めに、下田委員でございます。

○下田委員 下田です。よろしくお願いいたします。

○立澤計画推進担当課長 ありがとうございます。どうぞよろしくお願いいたします。

続きまして、酒井委員でございます。

すみません、ちょっとまだ、ご参加いただいていないようですので、また後ほど、機会がありましたらご紹介をさせていただければと思います。

そのほか、新任の委員といたしまして、五十嵐委員、あと河北委員がご新任の委員でございますが、本日はご欠席とのご連絡をいただいております。

それでは続きまして、委員の皆様の出席確認でございます。参加状況につきまして、ご報告をさせていただきます。

本日は、先ほどご案内した五十嵐委員、河北委員、ご欠席のほか、新田委員、塚本委員、山口委員、進藤委員からご欠席のご連絡をいただいておりますので、ご了承いただければと思います。

また、本会議は、委員のほかに東京都地域医療構想アドバイザーである一橋大学と東京科学大学の先生方にもご参加をいただいておりますので、お知らせいたします。

それでは、本日の会議でございますが、親会である東京都保健医療計画推進協議会の設置要綱第9に基づきまして、会議録及び会議に係る資料については、原則として公開となります。ただし、委員の発議によりまして、出席委員の過半数で議決したときには、会議または会議録等を非公開とすることができます。

本日の取扱いですが、原則どおり公開としたいと思いますが、何かご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

特になければ公開とさせていただきますが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○立澤計画推進担当課長　ありがとうございます。それでは、会議等につきましては、公開とさせていただきます。

それでは次に、部会長の選任に移らせていただきます。

恐縮ですが、資料２、東京都保健医療計画推進協議会設置要綱をご覧くださいければと思います。

こちらの第７の２によりまして、部会長につきましては、委員の皆様で互選をしていただきたいと存じますが、こちらにつきまして、もしご意見があれば、お願いをいたします。

桃原委員、お願いいたします。

○桃原委員　桃原でございます。

部会長の互選につきまして、私のほうからご提案をさせていただきたいと存じます。

東京都地域医療構想の策定の際から、策定部会の部会長としてご尽力いただきまして、その後も本部会の部会長として、構想の実現に向けた取組の進捗管理や評価を取りまとめてこられました東京都医師会顧問の猪口委員にお願いするということで、いかがでしょうか。

○立澤計画推進担当課長　桃原委員、ご意見ありがとうございます。

ただいま部会長には猪口委員をというようなご提案をいただきましたが、皆様、いかがでしょうか。

特にご意見等ございませでしたら、猪口委員に、ぜひ本部会の部会長をお願いしたいと存じます。

それでは、猪口委員が今、会場にいらっしゃいますので、早速で申し訳ございませんが、猪口部会長から一言ご挨拶を頂戴できればと思います。

○猪口部会長　桃原委員にご推薦いただきまして、どうもありがとうございます。

東京都医師会、そして東京都病院協会の猪口でございます。

地域医療構想に付き合って１０年以上たっているんですが、この地域医療構想は、まだまだ今年、そして２５年、来年まで続きますけれども、それ以降もまた新たな地域医療構想を策定して続けていくという方針が国のほうで出ています。

この調整部会は、大事な将来のための地域医療構想を策定していくときに、その意見をまとめる、さらには医療計画、ここは多分、医療計画推進協議会の下部組織になっているんですね。ですから、地域医療構想及び地域医療計画において、我々の関係するところの意見を取りまとめて、この調整部会が発言するというのは、すごく大きなところでございますので、皆様には建設的にご発言をいただきたいと思います。

では、これからよろしくお願いいたします。

○立澤計画推進担当課長　猪口部会長、ありがとうございました。

それでは、以降の会議の進行を猪口部会長にお願いできればと思います。

○猪口部会長 それでは、お手元の会議次第に従いまして進めてまいります。

最初の議事は、令和6年度第1回地域医療構想調整会議開催概要についてです。

では、第1回目の地域医療構想調整会議の実施内容と議論の内容について、事務局から報告を受けたいと思います。よろしくお願いします。

○井床課長代理 保健医療計画担当の井床より、ご説明させていただきます。

資料を共有させていただきます。資料3をご覧ください。

こちらに、今年度第1回調整会議の開催概要をまとめております。

左側に各圏域の開催日、区南部の7月5日から島しょの8月21日まで、また、右側に会議で取り扱った議事と報告事項を記載しております。

議事については2点、協議事項として、2025年に向けた対応方針と、意見交換として、地域医療連携の更なる推進についてご議論をいただきました。そのほか、報告事項といたしまして、非稼働病床の取扱いについて、資料配付の形で外来医療計画に関連する手続の提出状況についてお示しさせていただきました。

続きまして、資料の4をご覧ください。

こちら、議事概要及び意見まとめについてでございます。

先ほどご説明いたしました2点の議事について、1点目の2025年に向けた対応方針について。こちらは、参考資料の1も併せてご覧いただければと思います。

本件は、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調整会議にご提出をいただき、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。

今年度第1回目の調整会議では、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、これまでの調整会議での協議と同様に、改めて圏域における対応方針としての合意を図っていただきました。

また、資料4のほうに戻りますが、今回の協議の結果でございますが、1のところにもまとめております。

一つの圏域では継続協議となっておりますが、それ以外の圏域では、各医療機関の対応方針のとおりで合意をいただいております。

2点目、こちらにございます2点目の地域医療連携の更なる推進に向けた意見交換については、こちらの概要のところがございますとおり、①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、②現状の医療連携の際の連絡方法・手段についての課題、この二つの視点から、各圏域で意見交換をいただきました。

下に意見をまとめておりますが、①の関係者間の連携については、受入れに関しては、介護が必要な高齢者が多く、介護士が不足して病床をうまく使えない、高齢者で合併症

の方は看護度が高く、空きベッドがあっても受けられないなどの意見が出るとともに、退院調整に関しては、入院時から退院後を見据え、家族や周辺施設と調整しているが苦慮している、限られた入院期間の中で、隠れた疾患も治療しながら退院調整するのは困難、介護施設で痰吸引ができず、誤嚥性肺炎の患者が受けられない例ありなどの意見が出され、関係者間での連携に関して、各現場で皆様方が直面している課題が多く挙げられたところでございます。

また、医療と介護の連携については、病院だけでは対応できない部分について、区市町村が連携調整を担う役割の充実が重要などの意見がございました。

さらに、退院に関する要望を持つ患者や家族がおり、医療事情の啓蒙、A C Pが重要などの意見が挙げられました。

次に、②の医療連携の際の手段についてでございます。

こちらは、現状はF A Xや電話などの手段が主流であり、地域医療連携システムの導入は少ないが、地区医師会が主導して在宅を中心とした医療と介護が連携したシステムを推進している例などのご紹介がございました。

また、地域医療連携システムの導入については、現状はコスト面や病院ごとにシステムが様々で連携が非効率といった課題が挙げられた一方、情報共有の手段として、医療、介護、病院、施設、地域を越えた統一されたシステムがあるとよいといった意見も挙げられました。

このほかに、全般として、看護師・看護補助者・介護福祉士の採用・定着が厳しいなどの人材不足の意見も多く挙げられておりました。

参考資料の2といたしまして、ただいまご説明した意見交換の圏域別の主な意見をまとめておりますので、こちらは後ほどご参照いただければと思います。

ここまでの調整会議でご議論いただいた内容でございまして、このほかに、調整会議では報告事項として参考資料の3にて、非稼働病棟の稼働をお願いする病院宛てのご案内の文書についてのご説明をさせていただきました。

また、参考資料4のとおり、外来医療計画に関連する手続について報告を行いました。

こちらは外来医療計画に基づき、診療所の新規開設の際、地域医療への協力意向を確認する手続と、共同利用が可能な医療機器について設置更新がある場合、ご報告いただく手続がございます。

それぞれ、前回の調整会議以降に新たに提出をいただいた医療機関からの報告を、調整会議でご確認いただきました。

①として提出のございました全117医療機関から地域医療への理解・協力について合意が得られるとともに、②として5医療機関から医療機器の共同利用計画書が提出をされております。

また、参考資料5-1に移りますが、以上に加えて、先ほどの議事の2点目、地域医療連携の更なる推進についての意見交換におきまして、今回の調整会議では、現行の地

域医療構想における新たな取組と２０４０年頃を見据えた新たな地域医療構想についてご説明をさせていただきました。

現行の地域医療構想についてですが、２０２５年に向け、増加する医療需要に対応し、患者の症状や状態に応じた効率的で質の高い医療提供体制を維持できるよう、グランドデザインと四つの基本目標を掲げた東京都地域医療構想を平成２８年度に策定をいたしました。

２０２５年まで残り１年と迫る中で、現行の地域医療構想を推進するため、国が新たに推進区域の設定といった考えを示しており、それに対する都の対応をこちらの資料でお示しをいたします。

こちらは、先ほどご説明した議事の一つ目、２０２５年に向けた対応方針にてお示しをいたしました。都では２０２５年に向けては、中央の赤枠部分にございますとおり、都の各圏域において、原則として各医療機関の対応方針を尊重することで合意をされております。

こちらは、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さらなる推進のために、各都道府県の地域医療構想区域の中から、新たに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の推進を図るとの考えを示しました。

続いて３ページでございますが、こちら推進区域設定の考え方が示されておりますので、時間の都合上、割愛いたしますが、後ほどご覧ください。

続いて、推進区域に関する都の対応でございますが、都では、先ほどご説明したとおり、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、その案を国に報告をいたしました。

国からは、７月３１日付で参考資料５－２のとおり事務連絡が発出をされておりました。この中で別添１で、こちらで、都としては全構想区域が推進区域として設定というふうに決定をされております。

推進区域設定後の取組といたしましては、区域対応方針を策定した上で、その方針に基づく取組を推進することとなっております。この下にございます別添２で、こちらで区域対応方針の様式例が示されております。

この中では、構想区域のグランドデザイン、現状と課題、また、今後の対応方針などの項目が例として示されておりますので、今後、都として、調整会議の先生方と相談しながら、区域対応方針を作成してまいります。

続いて、参考資料の５－３に移ります。

こちらですが、新たな地域医療構想に向けた国の動向についてご説明をさせていただきます。

これまでご説明してきた現行の地域医療構想は2025年を見据えたものでございますが、国は、2025年より先の2040年頃を見据え、新たな地域医療構想についての検討を本年3月より開始をしております。

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。

今後のスケジュールでございますが、年末にかけて国の検討会の最終まとめが予定をされており、令和7年度に都道府県での策定に関するガイドラインを発出、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、資料中にございますとおり、4月から5月にかけて関係団体等からのヒアリングが実施され、5月22日に東京都も参考人として参加し、意見を申し上げております。

次の7ページ、8ページは、ヒアリングの際に都が申し上げた意見の抜粋でございますので、後ほどご参照いただければと思います。

続いて、9ページでございます。

こうした流れを受けまして、第1回の調整会議では、今後の調整会議の進め方に関する方向性の案をお示しいたしました。

新たな地域医療構想は、令和8年度に策定予定でございますが、それまでに例年どおりのスケジュールであれば、令和6年度第1回目を含め、計4回の調整会議を開催できると考えております。

その間に、地域の医療提供体制の現状把握や課題の確認等に係る議論をしっかりとさせていただき、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、調整会議ご参加の先生方にご協力をお願いしております。

なお、10ページ以降の資料については、先ほど資料4でご説明いたしました地域医療連携の推進に向けての意見交換に当たり、調整会議でご紹介した資料となりますので、説明は割愛いたします。後ほどご参照ください。

調整会議の開催概要の説明は以上となります。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

今日の議題の(2)ですね。調整会議開催の概要ということで、説明をいただきました。

その中の後のほうのところであったところですけど、僕のほうから一つだけ質問させてもらおうと、現在の25年までのところの構想区域の区域対応方針というのは、こういうのを書くということになっていきますよね。これが、たった1年のために書くわけけれども、でも現実的には将来の東京都の新たな地域医療構想の土台ともなるというふうに考えてよろしいんですかね。

○立澤計画推進担当課長 おっしゃるとおりです。

○猪口部会長 だから、そうすると、そこに書かれている内容が多分書かれて、25年のときには結構いろいろそれを議論しながらまた進めていきたいと思いますときに、将来の構想を立てていくときにかなり役に立つものであるというふうに考えてよさそうだなと、私はちょっと感じました。

では、現実に調整会議の座長を取っていただいた区中央部の座長の藤田委員と、それから南多摩の田村委員がいらっしゃいますので、お二人からお話を聞きたいと思います。

まず、藤田委員、いらっしゃいます。

○藤田委員 どうも参加が遅くなって申し訳ありません。

聞こえていますでしょうか。

○猪口部会長 よろしくお願ひします。

○藤田委員 よろしくお願ひします。

区中央部並びに、また、座長の連絡会、意見交換会などありましたが、どこのエリアでも共通するところというところでは、やはり人手不足、それから、なかなか病院の経営環境が悪化しているという、この二つがやっぱり一番ベースになっていると思われます。

今までの医療連携と違って、やっぱりどうしても高齢者の方、既に資料にありますように、やはり認知症の方ですとか、単身世帯の方ですとか、入院よりもむしろ退院のほうの問題になってくる方というのがどうしても多くて、また、その退院調整に人手が割かれるという現状になっているというようなお話を伺っております。

特に現実には、熟練したスタッフによる退院調整によるところがかなり大きくて、それを何とかまた負担を減らしたいというようなところもあるんですが、そのシステムが果たして今、医療連携システムがうまく稼働していくのかどうかというところではないかと思います。

ただ、この新たなシステムを病院に新たな投資としてお願いするというのは、なかなかちょっと難しいような状況で、災害医療ですとか、そういうのと同じように、ある程度、行政のほうから公的なツールを使って調整してほしいとか、そういうような形でいかないとか、なかなか新たな投資をしていいのか、するのはあまり投資に見合わないことなのかというふうな、やはり判断になってしまいますと、なかなか先に進まないの、一気にDXを進めるためには、またそういったちょっと思い切った行政の介入が必要なのではないかと思います。

あと、単純にDXの話なんですけど、新たにDXを入れようとする、そのDXの習熟にちょっと時間がかかる、それ自体がまた手間になってしまうというような意見もあったりして、またそのきめ細かいフォローアップも必要かなというふうに考えられます。

そのほかでは、ACPなんかもやはり認知症の方、それから高齢者の単身世帯の方、大変重要な問題かと思うんですけれども、それもまたなかなかやっぱり病院側には少し負担になっているところもあるということもありますので、やはり運用の面でサポート

していく方法を、簡易的になのか、あるいは要因なのか、何かそういうようなところにちょっと配慮していただければなと思います。

私からは以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

じゃあ、続きまして、南多摩の田村委員、お願いいたします。

○田村委員 南多摩も基本的な問題意識というのは、ほかのところ、それから今、東京都のほうから説明されていたものと共通ではないかと思います。

議論で、特に南多摩の調整会議で出てきたのは、こういう地域連携を推進するために必要な人手とデバイスについてなんですけれども、デバイスについて、新たな総合医療ネットワークとか、こういうものについて非常にお金がかかる。それぞれの医療機関は経営状況はあまり楽ではありませんので、こういったものをどんどん推進、紹介されても、とてもついていけないと。かなり大きな基幹病院レベルでもそんな声がありましたし、中小病院レベルではもっとそういった声が切実でありましたので、その辺についての意見が多く出されました。

それから、人材不足についても、これもどこの地域と共有だったと思いますけれども、南多摩地区の場合については、こういう一般的な推進に向けた意見交換と同時に、新病院の進出という非常に大きなせっぱ詰まった問題がありまして、こういう中で、ただでさえ人手不足なのに新病院が出てきたら全く立ち行かなくなるという切実な声として、人員不足、マンパワー不足ということが問題にされたというふうに感じています。

大体そんな感じでした。以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

お二人の意見がございましたけれども、そのほか意見がとおりになる委員がおられたら、挙手の上、発言していただきたいと思います。

土谷委員ですね、どうぞ。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。

私も全部の調整会議に出ていったところなんですけど、意見としては、これまでの繰り返しになるところもあると思います。

一つ、意見を言いたいと思います。やっぱり今後、高齢者がずっと増えていって、退院調整というのが本当に多くの労力をそこに割かなきゃいけなくなってくると思います。それは医療だけの問題じゃなくて、介護とももっとさらに連携していかなくちゃいけないというところなんです。

ですけど、人材が今後、それをやっていけるだけの人材が確保できるのかと言われると、多分足りないだろう。じゃあ、どうするかというと、医療DXの話になるわけです。

ところが、藤田委員も田村委員もおっしゃいましたけれども、それを整理するための投資ですね。現状、なかなか難しい面もあるし、実際の調整会議のときも導入しているところは、そんなに多くはなかったです。実際にそれが活用されていると言われると、

またそれも少ないわけです。

医療については、各医療機関が責任を持って、目の前の患者さんをよくしたい、よくしようとして治療に当たるわけですが、医療体制そのものは、例えばネットワークをつくとか、それを各医療機関の役目かと言われると、お金の話だけじゃなくて、それも医療機関の役割かと言われると、体制整備ですね。決して各医療機関に負わせるものではないのではないかと思います。これは委員としての意見ですが、やっぱり体制整備、道路とか電気とか水道と同じように、ネットワーク体制の構築については、各医療機関が負うものではなくて、行政がしっかり整備するということが必要なのではないかなと思います。

私からの意見です。以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

土谷委員は、始まる前に、挨拶のときに必ず言っていた台詞があって、東京の必要病床数に合わせた病床機能をどうのこうのというよりは、それに関しては大体のところはみんな理解して収まっているけれども、病床整備するということ以上に何とかしなくちゃいけないのは、連携によって何とかしなくちゃいけないんだと。作戦は連携なんだということで、その連携という作戦をやっていくためには、今言ったような連携のための人材がいなかったら、DXをやらなくちゃいけないよという、そういう流れですよね。

だから、地域医療構想調整会議の中の地域医療連携の更なる推進というのもテーマとして出ているんだけど、これこそが東京の生き残る地域医療構想の一番根幹の部分だということを、土谷委員はよく挨拶でおっしゃっていましたよね。

○土谷委員 そうです。

○猪口部会長 ですから、そうだとするならば、今言ったようなことが大事だということになる。そういうことでいいですよ。

○土谷委員 はい。ただ、個々の医療機関でやるのは限界ではないかということですね。

○猪口部会長 分かりました。

ちょっとまとめさせていただいてありがとうございます。

では、2番として、宮崎委員の手が挙がっています。違うか。内藤委員が先ですね。

内藤委員、よろしくお願いします。

○内藤委員 ありがとうございます。内藤です。

先ほどからお話が出ていますように、地域医療連携というのは、本当にこれから重要なところになってくると思うんですけども、まさに皆さんおっしゃっているとおりで、医療連携という調整については、やはり非常に個々の問題もありますので、非常に労力と時間がかかってしまって、例えば情報のやり取りだけであれば早いかもしれませんが、実際に現場で患者さんであったり家族と話をしながら連携をしていくときには非常に大きな労力と時間を取ってしまっていて、やはり私としてはどちらにしても能力の

ある人材というのが大変必要ではないかと思っています。

実際問題、今、多分若い人たちの非常に多くの比率で医療従事者になっている方というのは多いというように聞いていますが、さらにこれ以上、また今後、ますます医療従事者の数は必要になってくると思うんですね。

ただ、じゃあ、現実問題としましては、例えば看護師さんたちがみんな卒業したらば医療現場に入ってくれるのかと言いますと、そういうわけにもいきません。場合によっては、能力のあるような看護師さんたちは、薬剤メーカーも含めて、周辺のIT関係にも就職してしまったりとかで、それはドクターも全く同じだと思いますけれども、そういったような意味でも、本当に連携においても人材、それから今後の医療において、非常にやっぱり人材というのがますます足りなくなっていくてしまうと思いますので、私としては、ここの場の連携という、地域医療構想というものの話はちょっと違うのかもしれませんが、先ほどの先生方もお話あったとおりで、とにかく人材を何とかする、それも医療現場にちゃんと残る人材を何とかするということをしていかないと、ここでの議論が全部机上のもので終わってしまうんじゃないかということをして、いつも懸念しておりますので、ちょっと発言させていただきました。ありがとうございます。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

この地域医療構想をやっていくに当たって、いろいろ頭の中、頭でっかちにいろいろ考えていくけど、実際問題、人手がないんじゃないかということですよ。

南多摩の医療圏で、新しい医療機関が進出するときの最大の課題はやっぱり人材不足なのに入ってくるのかと、人がいることを示せというようなことがありましたよね。人材不足はせっぱ詰まった問題と言えらると思います。

では、宮崎委員、お願いします。

○宮崎委員 宮崎です。どうもありがとうございます。

まず、先ほどの土谷先生のDXの話なんですけど、この間、都議の方とちょっとお話しする機会がございまして、そのときに、いろいろ話をしたときに、DX、電子カルテを導入している病院はまだ半分ちょっとじゃないかみたいな、あたかも病院の怠慢みたいな感じでちょっと言われて、それは全然違うよと。電子カルテ、例えば300床とか200床で入れるとすれば、何億かかるか知っていますかというふうなことで、そんなにかかるんですかということで、全然理解されていなくて、それを知っていただいただけよかったかなと思うんですけど。

聞こえますか。

○猪口部会長 聞こえていますよ。

○宮崎委員 すみません。

ちょっとびっくりしました。なので、先ほど土谷委員がお話されたように、やはりこれは病院、国保ではなくて、行政に進めていただくべきものじゃないかということと。

もう一つ、ちょっとDXを離れて、連携ということになりますと、地域医療構想調整

会議の二次医療圏というような単位で言いますと、私は西北部なんですが、常々思っているんですけど、170万以上の人口のエリアで、地域連携をそこで顔の見える関係にするなんて話はちょっとあり得ないなと思っていて、やはり地域連携という単位で言うと、もう少し各行政区とか、そういった少なくともそれぐらいの規模にもうちょっと縮小してやっていかないとできないのではないかなということと、もう一つは、先ほど土谷委員からも話がありましたけど、それを各病院でやるのは、なかなか限界とか、お金のこともございますので、それをぜひ行政につくっていただいて、主導していただきたいというふうなことです。

それとあと、すみません、幾つか、地域医療構想調整会議について、病床配分については、これも何度も何度も出ていますが、病床配分に関しては、各医療圏で足りないとかということを出すのはちょっと間違っているんじゃないかということで、東京全体としてこれを考えるべきだということで、地域医療構想調整会議の今の二次医療圏での構想区域で話し合う内容の病床配分ということに関しては、それは構想区域を考えないといけないんじゃないか。

それともう一つ、連携という意味に関しても、構想区域が負担適切でないということ。

もう一つ、病床配分に戻りますが、それぞれの病床の機能別のベッド数に関してのいつも話がございますけど、これもさんざん10年近くやってきて、医療需要推計とアンケートの結果が必ず食い違っていると。食い違っていることが分かっていることにもかかわらず、この機能が足りないとかいうふうな病床の配分の仕方をしているというようなことは、次の地域医療構想の進めるに当たって、必ず反省しないといけないと思っていますところがございます。

すみません、五月雨式で。以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。たくさんあったんだけど。

最初のDXの話というのは、もう一つ、僕も覚えているのは、東京総合医療ネットワークがあるので、それをやってくれ、推進してくれと東京都医師会も言っているんだけど、いや、あれ画像送れないからあれじゃなくて、僕たちは自分で別のやっていますよとか、堂々と言うでかい医療機関があったんだけど、そういうふうになってしまうと、結局のところ、全都的に同じようなネットワークシステムにならないから、でも、その医療機関の言い分もよく分かるので、これは東京都がある部分を補助金を出してやっていますけど、事実的にやっているのは東京都医師会と東京都病院協会が総合医療ネットワークをやっているじゃないですか。あれ、公認というか、東京都がしっかり推しているんだという宣伝をもうちょっとやっていただけるといいななんて、そのときはちょっと感じましたね。僕の意見ですけれども。すみません。

そのほか、構想区域と病床の話というのは、これからたくさんたくさん我々としては話していかなくちゃいけないことだと思いますので、宮崎委員、一緒に話をしていきたいでしょう。

多分、第9回の国の新たな地域医療構想に関する会議の中で、結構大きな二次医療圏を越えた基礎医療構想区域というものと、基本構想区域だったかな、それと二次医療圏の構想区域と、それと小さな在宅を中心としての構想区域とか、いろんな大きさが違うものが混ぜこぜになりながら、例示されていましたよ、たしか。

だから、そういうようなものを取り入れながら、新たな構想区域をつくっていくということで、宮崎委員の言っていることはすごく大切なことじゃないかなというふうに思っていました。

東京都の皆さん、何かございますか、ここで。

○立澤計画推進担当課長 先生、ご意見ありがとうございます。

いろいろいただいた意見を踏まえて、今後、新しい地域医療構想についても考えていかなきゃいけないというふうに思っておりまして、今、猪口先生からもご紹介ありましたが、新しい地域医療構想では、在宅であるとか、介護といったところも含めて考えていかなきゃいけないということが今、国で示されております。また、ちょっと後でご紹介させていただきますけれども。

その際に、やっぱり今の二次医療圏単位のところだけじゃなくて、各在宅の部分だったらもう少し狭い範囲であるとか、入院医療が関わるようであれば二次医療圏を中心に、それをさらに統括するのは大きな都道府県単位の会議といったように、階層的にどういうふうに進めていくかを議論すべき場を設定するというふうなことが今、国の中で議論されておりますので、そういったところを踏まえながら、都の医療としてどういうのがふさわしいかというのを考えていかなきゃいけないかなというふうに今、思っております。

ちょっとまた、国の動向も踏まえながら、いろいろ先生方とご相談させていただきたいなというふうに思っております。よろしくお願いいたします。

○猪口部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。横田委員、ずっと手を挙げていてくれたんですけど、横田委員、どうぞ。

○横田委員 ありがとうございます。横田でございます。

私は、救急医療対策協議会の立場でこの委員会に出ています。救急医療の視点から言うと、皆さんおっしゃったように、人材不足が大きな要因であり、その解決法として、土谷委員がおっしゃったDXは、救急医療対策協議会でも同じような議論がありました。

しかし、直ちにはできないとは思いますが、救急の視点から考えると、医療アクセスや医療情報の支援を行い、それを利用する都民にいかに周知するかという視点もこの構想の中に入れるのは大切なのかなと思っています。

というのは、私、東京ルールをつくるときのメンバーの一人でしたが、東京ルールの三つ目の柱に、「都民の参画と理解」を入れていただきました。医療は、社会全体で守っていくものだという考えが非常に重要だと思います。

その背景には、救急医療を利用する都民の基本的理解と、救急医療を利用するときに容易に様々な情報が手に入るということ、特に高齢者、独居老人が増えている中で、医療アクセスへの情報が容易に入手できることが大切で、そのような状況にすることが調和の取れた救急医療になっていくと思います。そのような視点が大切なのかなと思っています。

もちろん、医療の人材不足というところは、全ての領域で関係しますが、その解決策としてDXも重要ですけども、救急医療を利用する側の視点も考えていいのではないかと考えています。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。大事なご指摘だと思いますが。

事務局、いかがですか。

○立澤計画推進担当課長 ありがとうございます。

都のほうでも、例えばひまわりのほうで医療機関案内、今、全国的な検索サービスは国のほうでナビイというものを新しく今年度から導入しておりますけれども、そういったものを活用したりであるとか、あと、その他いろんな周知啓発物を使っておりますけれども、やはり先生のおっしゃるとおり、まだまだ足りていない部分も当然あるかと思えますので、多分新しい地域医療構想に向けてもそうですし、今の体制を維持していくという面でも、そういった周知を引き続きしっかりやっていきたいなというふうに思っております。

ありがとうございます。

○猪口部会長 最近、横文字でヘルスリテラシーというような形で言っていますが、やっぱりACPが大事なんだとか、それから救急というのはこんなに大変なんだとかという、そういうことを分かっていってもらいたいのはすごく大事ですよ。知事が一生懸命やっている、カスタマーハラスメントにつながるような話でもありますしね。分かっているかわらないと、こっちがやっていないように見られるというのもあるので、ぜひともよろしくお願ひしたいと思います。

○横田委員 提供側はもちろん頑張る必要がありますが、救急医療を利用する皆さんにもいろんな情報が得られるように発言しました。

以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

では、続いて、越永委員、どうぞ。

○越永委員 越永です。

人材不足の中で、特に介護の必要な患者さん、高齢患者さんに対して介護士が不足しているというお話なんですけれども、実際、介護士を病院とかで増やすということが今はちょっとできないような状態になっているんですね。

これはなぜかという、うちは病院と介護施設も両方とも経営しているのでよく分か

るんですけれども、特養とか老人ホームに勤めている介護士さんには、処遇改善加算と
いって給料が爆上がりするようなお金が支給されているんですよ。ですが、病院に勤め
ている介護士さんにはその支給がないものですから、どうしても病院で勤めている介護
士さんと介護施設に勤めている介護士さんとの給料格差というのが物すごく大きくて、
病院に勤める人というのはやっぱりよっぽど病院で勤めたいという意識のあるような人
じゃないと来ないということなんですね。

東京都も小池都知事を中心に、介護士さんにお金を支給するという施策を取っている
んですが、それもやっぱり病院に勤めている介護士さんは除外されているんです。そう
すると、どんどん、どんどん格差が出てしまって、病院に勤めている介護士さんはどん
どん減っていくという状況になっていくというのは、これから明らかなんだろうと思う
んですね。

そうになると、どんなに連携を早くして情報共有を早くしたとしても、お断りするのが
早くなるばかりで、実際問題受けられるということはなくなるんじゃないかなという
のが、僕のちょっと危惧するところだと思うんですが、皆さん、いかがでしょうか。

○猪口部会長 投げかけがありましたけれども。でも、先生、それご意見で、多分みんな
が同意しているところだと思います。

全ての医療圏で介護士が足りないと。介護人材が足りなくて、病院で受けられないと
おっしゃっていますので、みんな同意だと思いますよ。

○越永委員 それだと、実際それを何とかしなきゃいけないのであれば、例えば病院の介
護士さんの給与格差を少なくするように東京都が何か是正をするような方策を立てたり
とかしていただかないと、病院での介護士さんは増えないと思います。

要するに、東京都自身も介護士さんを支援するということはしているんだろうけれど
も、実際には病院の介護士さんまでは支援をされていないというのが現実なんだろうと
思うんですね。ですので、そこをしない限りは、実際問題、今の問題って総論では解決
するかもしれないけれども、各論では解決しないと思うのですが、いかがでしょう。

○猪口部会長 じゃあ、どうぞ。

○立澤計画推進担当課長 先生、東京都でございます。ご意見ありがとうございます。

調整会議の場でも先生からもご意見いただきまして、この場でびしっとした回答がで
きるわけではないんですけれども、都して医療提供体制をどうやって確保していくか
という中で、そういったご意見も含めて考えていかなきゃいけないというふうに考えてお
ります。

ご意見ありがとうございます。

○猪口部会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○越永委員 実際考えているだけだと何も進まないのが現実です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

多分DXの話も人手不足、人材不足の話も、結局そこに何らかの予算がついて、実際に動いてもらわないとできないんだろうということで、そういう提案、要望が今出ているということだと思います。

どうもありがとうございました。

ちょっと長くなってきましたけれども、ほかに何かご意見はございますでしょうか。

今後、医療計画のほうにまた入れてもらって、実際の予算に落とし込んでもらうようなことが必要だろうと思いますので、ここで皆さんが言っていただくということが、お話をいただくということが、推進協のほうに伝わって医療計画になっていくというようなところございますので、どうぞ、発言があれば。

(「なし」の声あり)

○猪口部会長 よろしいですかね。一段落したということで、これまでの第1回調整会議の開催概要については、以上とさせていただきます。

次に、(3)「東京都地域医療構想」の実現に向けた設定指標の達成状況の確認についてです。

保健医療計画では、地域医療構想の実現に向けた取組指標を設けております。本調整部会は、地域医療構想の実現に向けた進捗確認をする場でもありまして、今回は改定前の保健医療計画における取組指標の進捗状況について事務局より説明いただき、意見交換を行いたいと思います。

それでは、事務局からの資料の説明をお願いいたします。

○井床課長代理 それでは資料5をご覧ください。画面共有もさせていただきます。

地域医療構想の実現に向けた取組に対して、保健医療計画の中では二つの評価指標を設定しております。

当調整部会では、毎年、その達成状況を確認していただいております。今回は令和6年3月に改定した保健医療計画の前の計画について、令和5年度実績を確認させていただくものでございます。

一つ目の指標は、病院の退院調整部門の設置数と割合を増やす、上げるという目標について、策定時と比べて令和5年度実績はいずれも数値が上昇していることから、達成状況をAとしております。

二つ目の指標は、病床機能別の病床稼働率を上げるという目標でございますが、こちら策定時と比べて病床稼働率の数値が低下しております。この実績は令和4年4月から令和5年3月までを取りまとめたもので、その期間は新型コロナウイルス感染症の影響により病院の入院患者数が落ち込んだことなどの影響が考えられ、計画策定時と単純に比較できる状況ではないため、達成状況としては昨年度と同様に、その他としたいと考えております。

ご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。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

これを見て、皆さん、このA評価、それから評価できないというこの評価、いかがでしょうか。

宮崎委員が笑っていますかね。にやついているような気がするんだけどね。宮崎委員、発言したかったら手を挙げてください。手を挙げたの。じゃあ、どうぞ。

○宮崎委員　すごい稼働率だなと思って。そもそも、あの稼働率でどうやって経営していくんだろうという、すみません。それでちょっとあきれて見ていました。

以上です。

○猪口部会長　取りあえず、退院調整部門設置数及び割合のほうに関しては、69.3%まで非常に増えてまいりました。これに関してAということで、これに関してはあまり意見がないですかね。よろしいでしょうか。

(「なし」の声あり)

○猪口部会長　よろしいでしょうか。

もう一つのほうの稼働率に関しては、何か意見ございます。

僕は、バーで評価できないという、その評価できないという結論に対してあまり異論がないんだけど、目標と掲げている80%、76%、どうのこうのというところは、確かに何をもってこれが正しいとしたのかというのは、そもそも分からないような気がするんですよね。

多分、地域医療構想をつくっていったときに高度急性期が70%、たしか78%ぐらいだったかな、急性期が80%ぐらいで、回復期がもっと高い値だった。それを目標にしながら現状からそっちに近づけるという策定時の目標をつくっていったわけですが、でも、この地域医療構想のさらにもうちょっと上の計画で、地域医療計画で基準病床数を決めていくじゃないですか。その段階から今になって思うと、基準病床の策定が低い病床稼働率で割り返していくという矛盾をずっとやり続けているんだから、こんなの合うわけないんだよね。

と僕は思うんですけども、どうですか。このまま稼働病床目標値というものを、これを上げるためには、基準病床数のカウントの仕方とか、いろんなものを変えないと、結局のところ僕たちの努力だけで病床稼働率なんて上げられないと僕は思うんだけど、どうでしょうね。意見はないですか。

土谷委員、どうぞ。

○土谷委員　土谷です。

病床稼働率については、病床の配分も大きく影響するところではあります。ですので、今年度は病床の配分がなかったので、すごく調整会議も第1回は穏やかだったし、第2回も穏やかに進むかなとは思っていますが、病床の配分については慎重に考えなきゃいけないと思います。

そして、病床稼働率、目標値上げとなっていますけれども、医療機関側から言うと、もしかしたら維持するか、あるいは下がって、病床稼働率が上がるということは現場が

忙しくなるということであって、いい医療が提供できるのか、安全な医療が提供できるのかというと、もしかしたら逆かもしれません。となると、病床稼働率を上げて効率的な医療をと皆さん言うんですけれども、効率的なのと医療の質、安全とは裏腹かもしれないので、目標値として上げるというのも、今後の達成状況の指標として適切なのかというのは、よくよく考えなきゃいけないのではないのかなと思います。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

強力な意見を持っていそうな石川ベンジャミン先生、石川先生の話をもっと聞きたいな。よろしくお願いします。

○石川委員 画面共有をさせていただいてもよろしいでしょうかね。

恐らく、まず猪口先生がおっしゃった件なんですけれども、もともとの地域医療構想の策定の時点では、実は高度急性期75%、急性期が78%、それからあと回復期が90%、それに慢性期が92%というのが使っていたデータでした。

これに対して、実際の地域医療計画における基準病床数のほうは、もう少し実質に合った数字に移行しているんですけれども、正直この数字をつくったときには、そもそも高度急性期や急性期というのは、病床が空いていないときちゃんと患者さんを受けることができないだろう、その余力も含めたという値で結構低めの数字になっていたというところがあります。

なので今回、今出てきている東京都の74%あるいは68%という数字の部分に関しても、これがある意味では医療提供体制としてのゆとりを生む状態であればいいと思うんですけれども、それをさらに上げていこうということに関しては、やはり病床稼働率自体を上げていっていいのか、上げるだけが目標なのかということは議論していただく必要があるんじゃないかなというふうに思っています。

むしろ、この中で重要なことは、例えばなんですけれども、高度急性期が74%、それからあと急性期が60数%で収まっていることに関して、むしろ全体としての流れですね。特に例えば回復期の82%というのは、現状で高度急性期から急性期に対して患者さんを退院させていくのに当たって十分なゆとりがあるのかなのかというような観点もありますので、できれば病床稼働率だけではなくて、実際に患者さんの流れとして停滞しているところがないかということも見ていただく必要あると思います。

そういった観点からも、必ずしも病床稼働率は高ければいいというわけではないので、もしかすると今後、地域医療構想の目標設定としては、何らかの調整というのが必要になるかなというふうに思っています。

まずは以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

事務局に聞く前に、次、宮崎先生、お願いします。

○宮崎委員 まず、先ほど猪口先生もおっしゃられたように、何をもってこの稼働率の目

標とするのかということの目線なんですけど、私が先ほどえっと思って発言させてもらって、要は経営的な観点から言ったら稼働率からすると、とてもじゃないですけど、これは多分なかなか経営的には成り立たないんじゃないかなと思っています。

ですけど、そういうことではなくて、需給関係とかということであれば、これが適切なものか、それともまだベッドが余っているのかとかというふうな議論に持っていくためのものであるのかということで、この数値をどういう目的、目標として掲げているのかということがちょっと分からなかったの、私は経営的な観点から、ちょっとこれではなというふうなことで、先ほどお話をさせていただきました。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

そうなんですよね。病院の運営上の質的な観点と、それから地域にとって、ニーズとしてこれだけの患者さんがいると地域の病院のベッド数だとこれぐらい稼働しないと需給関係でうまくいかないという視点と、あともう一つ、宮崎先生の言った、今の診療報酬だと稼働率はこれぐらいいいかないと経営はうまくいかないんだよという、三つぐらいの視点がこの稼働率に思いが込められちゃうんですよ。非常に難しいものを指標としているなというふうには、私自身は思っています。

土谷委員、追加があったらどうぞ。

○土谷委員 ちょっと筋が違う話なんですけれども、評価がつかないという理由として、新型コロナウイルス感染症の影響ということなんですけれども、今後もコロナがなくなるわけではありません。ただ、影響は随分減っているはず。影響は減っているはずなんですけれども、それでもまだ、これは去年の話ですけど、今年度について言うと、病床稼働率はそんなに増えていないんじゃないかなと思うんです。今年、来年の評価をしていくときに、コロナの影響でまた評価できませんというのは違う、コロナの影響だけに起因するわけではないんじゃないのかなと。

○猪口部会長 おっしゃるとおりですね。

○土谷委員 その言い訳は使えなくなるんじゃないかというのを一つ、コメントしておきたいと思いました。

○猪口部会長 要するに評価できない理由が、このコロナのせいにしていいのかというお話ですね。僕もそれはちょっと感じているところです。

横田委員、その前に事務局にちょっと答えてもらっちゃっていいですか。すみません。じゃあ、どうぞ。

○横田委員 横田も全く今、同じ意見です。

○猪口部会長 そうですか。どうもありがとうございます。

じゃあ、事務局から、全部ひっくるめて、どうでしょう。

○立澤計画推進担当課長 ありがとうございます。先生方、いろいろなご意見いただきまして。

今年度6年の3月に保健医療計画を新たに改定する際にも、実は同じ指標を入れております。指標自体は数値は変わっておるんですけども、病床稼働率を上げるといったことが目標として定まっております、こちらにつきましては、いろんな多分病床の配分の観点とか、効率的な医療提供体制といった考え方がもともとあったところによるものではないかなというふうに、ちょっと想像をしております。すみません、今、昨年度改定時の確たる背景を押さえておりませんので、大変申し訳ありませんが、今そういうふうに想像しておりますが、先ほどから先生方からご指摘あったとおり、こちらの数値は多分、分母がどうなるかによって大分変わってくるといったところがあるのかなといったところと、猪口先生にもおまとめいただきましたけど、医療の質の観点と需給の観点と、あとは先生方の経営の観点といった要素で多分見られていくのかなというふうに思っております。

特に分母の病床のところについては、今、新しい地域医療構想のところで、もともとあった基準病床数の考え方と、また、地域医療構想で推計すべきと言われた2025年の病床の必要量、こっちの考え方がずっと乖離しているというご指摘がありまして、そこを含めてどうするのかというのを今、国のほうでも議論しております。

その状況を踏まえながら、病床というのが多分どうなるのかという考え方が今後出てくるのかなと思っております、そこも含めてこの取扱いというのを考えていかなきゃいけないかなというふうに思っております。

すみません、以上でございます。

○猪口部会長 宮崎委員、どうぞ。

○宮崎委員 すみません。先ほどから、この見方をというか、誰がどう見てどう判断するかということで、ちょっと思ったのは、例えば某公的なあまり経営に関係しないような病院がこの稼働率を見て、自分たちの稼働率はそんなに悪くないんだとか、だからこれでいいんだとか、そういうふうに勘違いされるおそれがちょっとあるかなと思いました。

以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

この話、だから結論というか、この調整部会としては、達成状況の評価に関して、この評価はこれでいいよとか、どうということと言わなくちゃいけないわけですけども、これに関してバーで評価できないというのはいいんですが、果たして新型コロナウイルス感染症の影響だけというふうに言い切れるかどうかというのが、今日のお話ですかね。

そして、この指標が今後も使うべき正しい数字なのかどうかということは議論の余地があると。何らかきちんと考え直さなくちゃいけないというところがあるということで、今日の調整部会は、お話をまとめるでよろしいでしょうか。

どうぞ、お願いいたします。

○岩井医療政策担当部長 医療政策担当部長の岩井と申します。いつも大変お世話になっ

ております。

昨年度、今年３月に改定しました保健医療計画のいろいろ改定の手続の中で、こちらの地域医療構想に関する指標に関しましては、当初、前回の計画のときにも設定しておりました退院調整部門の設置数及び割合と病床稼働率、それぞれ増やす、上げるというところを、そのまま今年の３月に改定した計画にも一旦引き継ぐという形にしております。

その理由としましては、地域医療構想が２０２５年も目標としているものであるということから、それまで目標にしてきたものを、指標をそのまま引き続き設定するということで、一応昨年度の調整部会等でも、そちらご提示して一旦ご議論はしていただいたところですが、今後、新たな２０４０年頃を見据えた地域医療構想の策定に併せては、新たな指標を設定するという一方で、一旦ご説明を差し上げたところでございます。

状況としては以上でございます。

○猪口部会長 渡邊委員、どうぞ。手が挙がっています。

○渡邊委員 ありがとうございます。

私もいろいろと調整会議に長く参加させていただいているんですけども、今回の病床稼働率、皆さん、ご意見いただいたのは病院の先生方ばかりで、私みたいな開業医のほうから見ていると、病床稼働率というのは非常に本当に分かりにくいという形があります。

それでそういった意味で、今回、都立病院の病床稼働率は発表になったのは物すごい少ない数字が出ていたりとかしていましたし、一体今後、病院はどうなっているのかな、経営大丈夫かなというのと同時に、コロナ後は落ち着いて戻ってきたと言いながら、普通の診療所の外来の患者数もかなり減ってきているのが事実だと思っています。

そういう意味では、コロナ禍が原因と言われるのであれば、コロナ後にやはり医療の受診抑制が何らかの形で結構かかっちゃっているのかなというのが少し心配で、診療がとか、治療、医療が受けにくい状況にむしろ患者さんたちはなっているのかなというふうにちょっと感じているんですけども、そういったところも今後の検討に加えていただければというふうな気持ちで、一応意見だけ言わせていただきました。よろしくお願いします。

○猪口部会長 ありがとうございます。

今、岩井担当部長のほうから、２０２５年までの指標だからという話があったんですけども、そのとおり、今、指標をがんがん変えていくべきものかどうかというのは微妙だと思うんですけども、今後の新たな地域医療構想といったときに、こういう指標をそのまま考えないでというよりは、ここで議論が出たということはやっぱり大事だと思いますので、それで、その中にやっぱり考え方、いろんな視点があるわけだから、稼働率をもって地域医療構想の成功を占うかどうかというのは難しいなというような、ここで議論されたということが大きなところじゃないでしょうかね。

それから、この今まで認められてきたというのと、今年になって稼働率というものの意味合いというものが、はっきり我々医療機関にとってかなり大きなもので難しいものだということが分かるようになったというところはちょっとありますよね。コロナ後、一気に患者さんが非常に少なくなってきた、この原因は一体何だったんだということを考えるようになったというところが大きいかなというふうに思います。

だから、今年こういう意見が出たというのは一つの流れだと、僕は思いますけれども。

じゃあ、この件、これを踏まえた上で、また、事務局にはまとめていただくということとよろしいでしょうか。

（「異議なし」の声あり）

○猪口部会長　じゃあ、ここまでの議題、議事に関しましては、以上であります。

この次は、報告事項にまいります。

事務局からお願いいたします。

○井床課長代理　資料6をご覧ください。資料、共有をさせていただきます。

こちらの資料は、今後の調整会議の進め方をお示しするものでございます。

1ページ目でございますが、今年度第2回目の調整会議は令和7年1月から2月頃の開催を予定しており、これを受けて、本調整部会は3月頃の開催を予定しております。

第2回調整会議で予定している議事といたしましては、2025年に向けた具体的な対応方針に関する協議、そのほかに、医療機関からの意向があった場合において、該当の圏域で外来機能報告に基づく紹介受診重点医療機関に関する協議、地域医療支援病院の承認及び病床機能再編支援事業を議事として予定しております。

これらに加え、先ほどの参考資料5-1、5-2でご説明をいたしました現行の地域医療構想に関する推進区域の区域対応方針（案）の協議を予定しております。

続きまして、2ページ目でございますが、こちら先ほど参考資料5-3でご説明をいたしました2040年に向けた新たな地域医療構想の検討に関して、今後の調整会議の進め方案をお示ししております。

調整会議で地域の医療提供体制の現状把握や課題の確認等を行い、国の検討会の議論も踏まえながら、新たな地域医療構想策定に向けた準備を進めてまいりたいと考えております。

なお、新たな地域医療構想は、現行の地域医療構想と比べて大きく変わる点があると考えられるため、ここでお時間を頂戴して、検討会の議論の状況をご紹介させていただきます。本部会の先生方にも国の状況をご理解いただければ幸いです。

3ページ以降では、国のほうの検討会で示された内容をまとめておりますが、実際の国資料を用いてご説明をさせていただきます。

なお、国の資料の容量が大変大きいため、参考資料6として検討会の資料のホームページのリンクを記載しておりますので、ご自身でご確認いただく場合はこちらをご活用ください。

まず、国のほうの検討会第6回の資料でございます。

国は、本年3月から本検討会を始めて、5月までに関係団体等からのヒアリングを行っております。このヒアリングを受けて、新たな地域医療構想に関する論点が第6回で示されております。

23ページのほうに移ります。

新たな地域医療構想に関する論点でございます。

その後、32ページのところから35ページにかけて、方向性（総論）と具体的な内容や、その達成に向けた取組（各論）、こちらが示されております。

1の総論といたしましては、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加への対応、一方で、生産年齢人口の減少等に伴う医療従事者のマンパワーの制約、さらに大都市部、地方都市部、過疎地域等の地域差の拡大といった課題が想定され、新たな地域医療構想を通じて、どのような医療提供体制の姿・方向性を目指すか。地域の類型ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデルをどう考えるか。また、新たな地域医療構想としてどのような視点・手法で進めていくことが重要と考えるかといった論点が示されております。

2の各論といたしましては、入院（病床の機能分化・連携等）、外来医療、在宅医療、医療・介護連携、人材確保、医療機関機能、構想区域、医療提供体制のモデル、また、地域医療構想調整会議、地域医療介護総合確保基金、都道府県知事の権限、市町村の役割等といった六つの論点が示されました。

続いて、35ページでございます。

さらに先ほどの総論の目指す方向性のイメージ案といたしまして、二つ目の矢印にございますが、身近な地域におけるかかりつけ医機能や、それを支える入院機能など、より広い区域における二次救急等を受け入れる機能、さらに広い区域における三次救急の機能等の確保など、階層的に地域で必要な医療提供体制の確保を目指すこととされ、視点・手法（イメージ案）といたしましては、こちら一つ目の矢印にございますとおり、将来の病床・外来・在宅等の医療需要の推計や医療従事者の確保見込みを踏まえ、外来医療、在宅医療、介護施設、事業者、住まい等との連携などについて、身近な地域で協議を行うとともに、入院機能についてより広い地域で協議を行い、全体を都道府県単位で統合・調整を行うことにより、地域の医療提供体制全体の将来ビジョン（方向性）を示すとされました。

検討会当日の議論では、新たな地域医療構想の方向性について、おおむね賛成の一方、地域医療構想と医療計画の関係に関する整理が必要、策定の段階で住民の参画が必要といったご意見が出ておりました。

続いて、第7回の議論でございますが、前回、第6回で示された総論に当たる、新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療について、2ページにございますとおり、2040年頃の医療を取りまく状況と課題、これまでの地域医療構想を振り返った上で、2

040年頃を見据えた目指すべき医療が示されております。

3ページにございます、2040年頃の医療を取りまく状況と課題について、26ページのほうでまとまっております。

こちら、上から順に、医療需要につきましては、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢者人口は大都市部を中心に増加が見込まれること。医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加し、その方々の救急搬送や在宅医療需要の増加が見込まれること。このうち、高齢者救急は、軽症・中等症の救急搬送が増加すること。在宅医療の需要は、多くの圏域で増加が見込まれること。逆に入院医療は病床利用率が低下傾向にあり、2040年にかけて手術件数が全診療領域において減少、外来医療の需要は既に減少傾向にあることが示されております。

また、マンパワーにつきましては、生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保がますます困難となる中、働き方改革も進めていく必要があること。特に医師は、地域偏在、診療科偏在の是正、勤務環境改善も喫緊の課題であり、診療所の医師は高齢化しており、二次医療圏単位で人口が少ないと診療所数は減少傾向、人口が多いと診療所数は増加傾向にあることが示されております。

さらに、地域差につきまして、地域ごとに人口変動の状況が異なり、求められる医療提供体制の在り方も様々であること。都市部においては、増加する高齢者救急や在宅医療の受皿の整備が課題であり、過疎地域においては、人口減少、患者減少に対応した医療提供体制の維持が課題であることが示されております。

続いて、27ページ、これまでの地域医療構想について、こちら37ページのほうでまとまっております。

これまでの取組といたしましては、現行の地域医療構想は、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、病床の機能分化・連携を通じて、質の高い効率的な医療提供体制の確保を目指してきたこと。その中で四つの病床機能に着目し、二次医療圏を基本とする構想区域の単位で2025年の病床の必要量を推計した上で、病床機能報告制度により医療機関から病棟単位で病床機能等の報告を受け、調整会議での協議を行うなどして進めてきたことなどが示されました。

続いて、評価といたしましては、病床の機能分化・連携を進めない場合は、高齢化により、2025年時点で全国で152万床程度の病床が必要と推計されたところ、現行の地域医療構想では、2025年時点の必要病床数を119.1万床とする目標を掲げており、2023年の病床機能報告による病床数では119.3万床となり、目標と同程度の水準となっていること。機能区分別に見ても、急性期が減少し、回復期が増加、在宅・介護施設等への移行により慢性期が減少し、病床数の必要量に近づいており、全体として進捗が認められると示されました。

一方で、課題といたしましては、医療機関の機能転換・再編等は医療機関の経営に大きく影響することから、合意形成に時間を要し、構想区域ごと、機能ごとに必要量との

差異が生じており、2040年頃に向けては、医療需要のピークやその後の減少にも対応できるさらなる取組が求められること。病床の機能分化・連携を図る仕組み等についての指摘として、病床機能報告制度の高度急性期と急性期、急性期と回復期の違いや将来の病床の必要量と基準病床数との関係が分かりづらいこと。病床数に着目した議論をしてきたため、医療機関の役割分担・連携の推進につながりにくいこと。病床数の必要量の議論が中心となり、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた議論が十分になされていないということが示されております。

以上を受けまして、2040年頃を見据えた目指すべき医療といたしまして、40ページにまとまっておりますが、目指すべき医療提供体制の基本的な考え方の案が示されました。

こちら2ポツ目のところにございますが、今までは病床の機能分化・連携が主眼でございましたが、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含め、地域における長期的に共有すべき医療提供体制のあるべき姿・目標として、地域医療構想を位置づける。人口や医療需要の変化に柔軟に対応できるよう、二次医療圏を基本とする構想区域や調整会議の在り方などを見直した上で、医療・介護関係者、都道府県、市区町村等が連携し、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「治す医療」を担う医療機関と「治し、支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築すると示されました。

具体的な内容については、1点目にございますが、増加する高齢者救急に対応するため、受入体制を強化し、入院早期からリハを提供し、早期に生活の場に戻ることを目指す。その際、医療DXの推進等により、救急搬送や状態悪化の減少等が図られるよう、在宅や高齢者施設等を含む対応力の強化を目指す。

2点目といたしまして、増加する在宅医療需要に対応するため、必要に応じて現行の構想区域よりも小さい単位で24時間在宅医療提供体制の構築と効率的かつ効果的な在宅医療の体制強化を目指す。

3点目として、医療の質やマンパワーの確保のため、必要に応じて現行の構想区域を越えて、一定の症例や医師を集約して、高度医療・救急を提供する体制の構築を目指す。

4点目として、必要な医療機能を維持するため、特に過疎地域において、地域で不可欠な医療機能について様々な手法を活用し、生産性の向上を図り、機能維持を目指すとして示されております。

続いて、41ページのところで、基本的な方向性の案として3点示されております。

1点目といたしましては、地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想として、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定すること。

2点目として、今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築として、病床機能だけでなく、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ、医療提供体制を構築すること。

3 点目として、限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現として、医療DXや地域の医療・介護連携強化等を通じて、持続可能な医療提供体制モデルを確立することと示されております。

検討会当日の議論では、国資料についてはおおむね賛成でございました。ただ、個別に議論する際には、地域差の考慮や、より詳細なデータに基づく議論が必要といったご意見が出ておりました。

続きまして、第8回の議論でございます。

ここからが各論の議論となっております。初回は入院医療についてといたしまして、医療機関機能と病床機能について示されております。

24 ページ目に移りますが、まず医療機関機能として、高齢者救急に関する機能の論点が示されております。

1 ポツ目から順に、85 歳以上の高齢者の入院において、頻度の高い疾患の種類は限定的で、手術の実施が伴うものは少なく、多くの病院で対応されていること。高齢者は入院早期からの離床やリハ、早期の退院が重要であること。入院でのリハよりも通所でのリハが有用な可能性などの状況を受けまして、下の矢印、以下のところですが、高齢者救急の受皿となる医療機関においては、救急搬送を受けるだけでなく、入院早期からのリハ等の離床のための介入を行うことが必要。また、必要に応じて、専門病院等と協力・連携するとともに、高齢者が抱える背景事情も踏まえて、退院調整を行うなどにより早期退院につながり、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハを継続できるような体制が必要ではないかと示されました。

続いて25 ページでございます。

次に、救急・急性期に関する機能の論点が示されております。

1 ポツ目、多くの急性期病院において、病床利用率は低下しており、2040 年に向けて、高齢者救急以外の急性期の医療需要は減少すると見込まれること。

また、4 ポツ目でございます。医師の働き方として、脳外科や産婦人科等で時間外労働が多く、特に大学病院や救急医療を担う病院で労働時間が長い傾向にある。

こういった状況を受けまして、矢印の下でございますが、地域での緊急対応を含む救急・急性期に関する機能については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するため、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関が必要ではないかと示されました。

また、34 ページのほうに移りますが、こちらは新たな地域医療構想における病床機能の案について示されたもので、以下のとおり論点が示されております。

1 ポツ目から順に、地域医療構想における必要病床数の推計においては、四つの病床機能、高度急性期から慢性期に区分しており、病床機能報告では、その四つの区分のうちから一つを選択することとされております。

ただし、高度急性期と急性期、急性期と回復期の違いが分かりづらいこと、また、

構想策定後に急性期と回復期の両方の機能を有する病棟が新設されたことなどから、医療機関の報告に課題が生じていることが示されました。

こうした中、2040年頃を見据えると、急性期・回復期の医療ニーズの質・量が変化し、多くの医療資源を有する急性期医療は減少する一方で、増加する高齢者救急に対して、入院早期からのリハを通じた急性期と回復期の機能を併せ持つことが一層求められていることが示されました。

こうしたことから、矢印の下でございますが、国は、病床機能区分については、これまでと同様4区分としつつ、病床機能と併せて高齢者救急の受入れ、救急・急性期の医療の提供を広く行う医療機関機能を明確にし、医療機関機能を報告するという考えが示されております。

続いて35ページに、以上の整理のイメージがございまして、新たな地域医療構想においては、病床区分ごとの必要量、医療機関機能の明確化、医療機関の報告等の三つの観点に基づき、病床機能、医療機関機能の整理を行い、医療提供体制を構築していくと示されました。

その次の36ページは、医療機関機能のイメージでございます。

上段に、地域ごとに求められる医療提供機能といたしまして、高齢者救急に関する機能、在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能、救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能が示されました。

また、下段に、より広域な観点から医療提供体制を維持するために求められる機能として、医師の派遣機能、医育機能、より広域な観点で診療を担う機能と示されました。

検討会当日の議論では、医療機関機能を明確化していくことは重要であるとともに、既存の病床機能の考え方を踏襲することはおおむね賛成である一方で、現行の地域医療構想の考え方で病床の必要量を推計すると実態とのずれが生じるので、見直しなども組み込み、病床の必要量を考えるべきことや、病床機能の4区分、特に回復期については、定義や名称の見直しが必要では、などといったご意見が出ておりました。

最後、第9回になりますが、こちらは第8回に引き続き、各論の議論でございまして、回復期・慢性期・在宅医療と、構想区域・医療機関機能・病床機能について、それぞれ国の考えが示されております。

まず4ページ、回復期医療についてでございます。こちら24ページに現在の状況として、様々な論点が挙げられておりますが、こちらまとめると、矢印の先、25ページ目、1ポツ目の前段のとおりでございます。現行の病床機能報告の回復期は、急性期後の在宅復帰に向けた医療やリハを提供する機能、特に、急性期後の脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADL向上や在宅復帰を目的としたリハを集中的に提供する機能と定義されております。

一方で、回復期を担う主な病床として、回復期リハビリテーション病棟、いわゆる回リハ病棟と地域包括ケア病棟、いわゆる地ケア病棟がございまして、回リハは急性期後

の集中的なリハを担っており、地ケア病棟は急性期後のリハに限らず、高齢者の急性期疾患にも対応しているなどの状況が示されております。

2040年に向けて増加する高齢者救急の受皿として、これまでの急性期と回復期の機能を併せ持つことが重要となることなどを踏まえ、回復期については、急性期の機能の一部を担うこととして位置づけ、名称や定義の変更をどう考えるかと示されました。

また、入院での早期のリハや集中的なリハが効果的な場合は入院でのリハを提供しつつ、その他の場合は他施設とも連携しながら外来・在宅等での提供も含め、患者の身体機能等に応じて適切な場でリハを提供することが必要ではないかと示されました。

検討会当日の議論では、おおむね賛成である一方で、回りハ病棟と地ケア病棟は同じ扱いとすべきではないなどといった意見が出ておりました。

次に、慢性期在宅医療でございます。こちら57ページに論点が示されております。

1ポツ目、療養病床は、地域医療構想の取組等に伴い、減少していること。2ポツ目後段、2040年に向けて在宅医療の需要増加が見込まれ、地域の状況に応じて供給力を高める必要があること。下から3ポツ目でございます。病床・診療所での死亡の割合は2005年をピークに減少し、自宅や介護施設等での死亡の割合が増加していることなどが示されました。また、一番下のポツ、増加する高齢者救急への対応に向けて、A C Pの取組の推進、医療機関と介護施設等の連携、体制構築などを通じて状態悪化を防ぎ、必要時に円滑な入院につなげる対応力の強化が重要などの考えが示されました。

こうしたことから、58ページでございます。

1ポツ目になります。医療機関機能の一つとして、地域での在宅医療提供を確保するための医療機関機能を位置づけてはどうかと示されました。また、2ポツ目で、慢性期の医療提供体制については、療養病床だけでなく、在宅医療や介護施設等と併せて構築していく必要があるのではないかと示されました。さらに3ポツ目で、在宅医療の提供体制については、都道府県において適切な在宅医療の圏域を設定し、より実効性のある体制整備を進めることが必要という考えが示されました。

検討会当日の議論では、おおむね賛成でございましたが、医療・介護連携を進めて、在宅で軽症のうちに対応することで、救急搬送や急性期入院の負担を軽減することが重要。在宅医療については、施設在宅と自宅在宅は別物なので、改めて議論する必要があるなどといった意見が出ておりました。

続いて、76ページに移ります。

構想区域・医療機関機能の考え方の前提として、上から2ポツ目でございます。人口20万人未満の構想区域においては、2040年に生産年齢人口が3割程度減少、高齢人口が1割程度減少と見込まれ、現在の二次医療圏を基本とする構想区域では、医療提供体制の確保が困難である可能性があること。在宅医療については、介護保険事業計画を作成する市町村において、在宅医療・介護連携推進事業が実施されるなど、二次医療圏より狭い区域において取組が行われていること。調整会議は病床の議論が中心で、在

宅医療や介護との連携等について具体的な議論ができていないことなどが示されており
ます。

一方、先ほども触れました、医療機関機能といたしましては、地域ごとに高齢者救急
の受皿となり、地域への復帰を目指す機能、在宅医療を提供し、地域の生活を支える機
能、救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能を確保することが考えられると示さ
れました。

77ページに、こうしたことから構想区域・医療機関機能の考え方といたしまして、
1ポツ目、新たな地域医療構想における構想区域の範囲については、医療需要の変化や
医療従事者の確保等の観点から、医療提供体制上の課題がある場合、必要に応じて構想
区域を拡大する必要があるのではないかと示されました。また、2ポツ目でございます。
在宅医療については、二次医療圏よりも狭い区域での議論が必要であり、在宅医療の圏
域ごとに医療機関、訪看、介護施設等が連携しながら、在宅医療提供体制を確保すると
ともに、市町村の在宅医療・介護連携推進事業の取組との連携をより一層深めることが
できる枠組みが必要ではないかと示されました。さらに3ポツ目でございます。医療機
関機能としては、地域ごとに、高齢者救急の受皿となり、地域への復帰を目指す機能、
在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能、救急医療等の急性期の医療を広く提供す
る機能、その他地域を支える機能として位置づけることとしてはどうかと示されてあり
ます。

78ページ、こちら最後に医療機関が行う報告として、新たに医療機関機能報告を新
設するほか、病床機能報告の病床機能の区分については、引き続き四つの区分で報告を
求めることとしてはどうかと示されました。

検討会当日の議論では、おおむね異論はなく、全体を通したところとして、高齢者救
急についてはどのような医療で対応していくか、別途検討が必要ではないかなどといっ
た意見が出ておりました。

長くなりましたが、検討会の議論の状況のご説明は以上となります。

なお、国の検討会は明日も行われる予定となっており、医療機関機能、外来医療につ
いての議論が予定をされております。

繰り返しになりますが、都はこうした国の動向を踏まえながら、新たな地域医療構想
策定に向けた準備を進めてまいりたいと考えております。

報告事項の説明は以上となります。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

非常にボリュームがあったんですけども、何か質問はございますでしょうか。

複雑怪奇になってきて、これを全部国の思ったとおりにいろいろやるというのは、僕
は、また無駄ばかり多くなっちゃうような気がするので、東京都には、目指すべき将来
の医療提供体制というのは考えるとしても、どういう形でやっていくかというのは、東
京都オリジナルでなるべく進めてもらいたいなというようなのは本当に思います。だっ

て東京は、先ほど来、出ている20万以下区域とか何とかというのはないんだから、島しょは別ですけども、100万超の区域しかない、それがほとんど密接している状況の中で、やっぱり東京オリジナルという考え方が必要じゃないかなと思うんですけども、何か質問ありませんかね。

医療機関機能だっけ、あれだって分かりづらいよね。慢性期どこに行っちゃったんだというふうに思うし、一番左と一番右って非常に近いなというふうに思うし、ピンク色の下のピンクのところは大学病院のことを言っているんだろうなと思う。それ以外のところを振り分けると、上の部分の三つになるんだとか、そんな感じなんですけど、非常に複雑怪奇ですよ。

ごめんなさい、しゃべっちゃって。石川先生、どうぞ。

○石川委員 猪口先生からのご指摘があったとおり、非常に複雑怪奇になっていると思うんですが、幾つか多分参考となるものとして追加でご覧いただくとしたら、手短にお話をしていこうと思うんですが、まず一つ目、今ありましたように、東京都というのは、基本的には、いわゆる過疎地域になりますのは島しょだけです。人口が今は2万数千人という状態で、人口密度も低いと。

一方で西多摩に関しては、実は大都市型になれなくて、地方都市型という状態になっております。なので、青梅市立総合病院を中心とする西多摩と、それからあと島しょの部分の医療を、これは厚労省の立場から言うと、こうしたところはどこかの親となるような基礎構想区域に多分合併をするという方針が出てくると思うのが、この二つの状況だと思います。

それ以外の地域に関しましては、人口が20万人以上かつ人口密度が2,000人以上ということで、大都市部として様々な機能を完結させなければいけないというような状態だと思います。

今日はちょっと都のほうからはご説明がなかったんですけども、恐らくそうしたことも踏まえて、9月30日の会議の中では、これまでの構想区域というものに関して医療機関の機能を意識せずに話をしてきたんだけど、それをできれば2040年においては、例えば各病院ごとに在宅医療を展開する、支援する病院、高齢者救急をきちんと行っていった上で、地域への復帰を目指す機能であると。あるいは、救急の機能ですね、高齢者以外の部分の救急も含めて対応していくような機能というようなことを分けた上で、それぞれの医療機関ごとに機能をつけていていただきたいということが言われています。

恐らく大きな構想区域の中でも、100万人ぐらいの対象地区になりますと、当然在宅を展開できる、あるいは高齢者救急等を展開するというのは、ある程度、地域に密着した部分があると思うので、そのクラスターみたいなものをつくっていった上で、全体としての構想区域の機能を見ていてもらいたいと。

こうしたものがある中で、恐らく地域の中では、高齢者救急の受皿となって地域の復

帰を目指す機能、これは多分・・・も出てくると思います。

また一方で、在宅医療を提供し生活を支える機能に関しましては、これは慢性期の病床、あるいは軽症、急性期も含めた対応というのが若干入ってくるでしょう。一方で、救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能というのは、高齢者に限らず全世代型で専門診療等を展開してもらような機能というような形で出てくると思いますので、これはいずれにしても、ある程度の疾患ごと、ないしは受け入れる患者さんごとに見ていくということがあるんだろうと思います。

最後、ちょっと一つだけ補足になるんですが、慢性期の機能はどうなるのかということなんですが、猪口先生からもありましたが、実は慢性期というのは病床30万に對しまして、例えば介護老人福祉施設は全国で64万床、有料老人ホーム、介護保険医療施設等を考えますと、実は高齢者の慢性期の管理に関しては、医療側からすると非常に慢性期の病床30万床の価値は大きいということになるんですが、そうしたものの中で、医療資源の投入量であるとか専門診療の提供の状態から考えると、むしろ施設型ないしは・・・といった部分に関するアウトリーチを検討していくことが必要だというふうにこれからされていくと考えられます。

それもあって、もともと先ほどご覧いただきました中で、医療機関機能に関しては、今まで高度急性期、急性期、回復期、慢性期という話があったんですけども、どちらかという高齢者を中心として、救急と地域復帰、あるいは在宅慢性期の部分と、全年齢型の急性期の機能というような形で、今後整理がされてくると思います。ぜひとも、明日の状況等も見ていただいた上で、明日もこの方向性が続くということになりますと、かなり地域医療構想の目指すものの姿が固まってくるかなということだと思いますので、よろしくお願いいたします。

私のほうからは以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

がちゃんことするのは、何も弱いところと強いところだけじゃなくて、強いところ全部が混ざっても僕はいいと思っていますので、そうじゃないと東京の場合は線引きが難しいなというのは僕の意見としては思います。それから、在宅を担う医療機能と、それから慢性期を一緒にたにしているんだけど、在支病はどちらかという急性期をやっているようなところも結構やっているんですね。だから、在支病と慢性期は一致しないから、真ん中に全部くくれるかという、難しいんですよ。だから、難解だなと思っていて、また病床機能のときと同じように、自分たちどこに入れたらいいんだと、また分からなくなる。先生、そこに関与しているんだったら言ってください。もうちょっと分かりやすくしてくださいと。

○石川委員 恐らく可能な範囲でそういう対応等も出てくると思いますし、今言われたように、在宅医療の支援の部分と、それからあと高齢者救急という話があったんですが、この二つのところの切り分けは、これから先も少し議論になってくると思います。

ただ、イメージとしては、高齢者救急の受皿の側は、例えば骨折、リハビリテーション、在宅復帰みたいなものがあるのに対して、もしかするとこの真ん中の部分は、例えばなんですけれども、心不全急性状態に陥って、それをどうするのかであるとか、切り分けが難しいのが、いわゆる誤嚥性肺炎等の部分の状態を左側に位置するのか、右側に位置するのか、もしかするとリハビリがないとしたらば、そうしたものは右側のほうに入ってくるかもしれないかなといった、疾患ごとの多分状況の切り分けというのは出てくるのかなと思っています。

○猪口部会長 石川先生、東京の救急の五十傑を見ると、大学病院がほとんど入っている。二次救急ですよ。二次救急のところの大学病院がほとんど入っているのはなぜかという、高齢者救急をやっているからなんですよ。だから、一番下のほうのピンクのほうだけに大学病院が入るわけじゃなくて、大学病院って右上のところもやっているんですね。高齢者救急の切り分けで、高齢者救急を専門にやっている病院なんてほとんど今やないんですよ。いろんなことをやっている。だから、これは分かりやすい解説をきちんとつけてくれないと、みんな迷うと思いますよ。よろしくお願いします、先生。

○石川委員 恐らく地域医療計画のほうでも頑張っこの説明ができるように、多分今年度末の間で進めていくんだらうと思います。

○猪口部会長 よろしくお願ひいたします。

すみません、僕がしゃべっちゃいました。何か質問だとか、言いたいことだとか、本当に質問が大事なかもしれないけれども、どうですか。

下田委員、どうぞ。

○下田委員 すみません、ちょっとまだ膨大な資料で、なかなか読み込めていない部分もあるんですけれど、お伺いして感じてのが、医療を受けるほうの立場でお話しさせていただくと、やっぱり高齢者救急とか、医療は高齢者の方、看取りも含めてというところの視点がどうしても強くなってしまうのは分かるんですけれども、多分抜け落ちてしまうのが、若い方でがんになられてしまって、在宅で過ごされる方、特に介護保険で拾えない方とか、あと難病の方ですね、本当に医療に長く関わらなきゃいけなくなってしまふ方に対して、ここで議論になるのか、例えばリハビリが必要な方でしたら、回復期リハの中に吸収されるのかもしれませんが、先ほど構想の中では、回復期の名称がなくなってしまったりとか、今回の診療報酬で整形疾患の方の時間数が減ってしまっているというのはあって、もしかしたら地域包括ケア病棟に吸収されちゃうのかなと感じたところがありまして。あと島しょ部の方とも仕事に関わった時に、広尾病院とか、ドクターヘリで急性期の方が運ばれて、結局島のほうに戻れないといって、実際にはかなり高齢者の方は都心部のほうでお過ごしいただいている方が多いんじゃないかなというのが、ちょっと実感としてありますので、診療所が1個しかないの、なかなか特養にも戻せなくて、島しょの方って、結局都心部のところで看取りの枠に入っていかれるというのが、仕事での経験ではそういうところがあるので、私自分自身は3世代で都内

に住んでいる人間なので、東京の医療はすごく充実しているとは分かってはいるんですが、どうしてもやっぱり議論の中でこぼれ落ちてしまう方というのにも、行政のほうは目を向けていただけるといいかなと思います。ACPの話もそうですけれど、なかなかちょっと分かりにくいというのが、正直ACPって何というところから、やはりちょっと分かりにくいことが多いのと、システムは複雑怪奇になっちゃっているなどというのは、医療を受ける側の意見としてはありますので、その辺りも少し議論があるといいかなというのが思いました。

質問というよりは感想になってしまいましたが、よろしくお願いします。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。機能分化、機能分化といってしまうと、そこに抜け落ちる部分というのが起きてくるなどというのは、本当に下田委員のご指摘のとおりだと僕は思いますので、そういう部分を考慮しながら策定していってもらいたいなと思いますけれども、事務局、何かありますか。今のことに關しては。

○立澤計画推進担当課長 ありがとうございます。今、大きなところでは、国は高齢者救急といったところなどから、多分議論していますけれども、医療提供体制を都全体でどう考えるかというのは、我々が考えていかなきゃいけないところなので、ご指摘のところも踏まえて、どう構築するかというのを考えていきたいというふうに思います。ご意見ありがとうございます。

○猪口部会長 ありがとうございます。

もう一つ手が挙がっていたような気がするんだけど。

迫村先生、どうぞよろしくお願いします。

○迫村委員 すみません、ずっと聞かせていただいています。私、一応在宅医療の代表でこの会に参加させていただいているので、2040年の国の今のお話を聞いていると、やっぱり東京都も高齢者が多くなってまいりますので、在宅医療にかなり域を置いた絵柄を今お話を聞いている、すごく感じました。在宅医療を担っている地域の医者からすると、かなり負担感が、どんどん大きくなっていくというのは一方であって、そのときにどういうふうに考えるかということになるんですけど、全てを医療で高齢者のところを見ていくというのは、なかなかやっぱり難しいところがあるので、基本的に在宅医療も我々医者は医療保険で在宅へ行っていますけれども、多くは介護保険で訪問看護であったりとか、理学療法士であったりとか、いろんな多職種と連携しているその部分、介護保険で入っているわけなので、医療と介護の連携というのはずっと言われているとおり、非常に重要だと思います。

先ほど、冒頭のほうで、越永先生でしたかね、病院のほうで介護士が給料が上がらないんじゃないかということですね。我々、コロナ禍で認知症の患者さんを病院に入院させると、病棟で歩き回ってしまって、看護師がそれどころでは、看護師の仕事ができないという話を、病院のスタッフのほうから随分聞いたりしまして、やっぱりそうすると、病院に介護の部分が入らないと、今度成り立たないということがあります。

一方で、在宅のほうでも、例えば介護施設に入ってる人から、自分の患者が具合悪くなったときに、自分が行って果たして診療報酬が得られるんだろうかというようなところがあるので、医療保険と介護保険に入るところを非常にシームレスにうまくやらないと、絵に描くことはそのとおりだし、大事なことなんですけど、実際各論として、誰が行くのかとか、誰がそういうふうに役割分担をするのかというところが、きちんとその辺の費用的なところもちゃんと確保したような、非常にきめ細かい計画にしないと、実際うまく動かない部分が出てくるんじゃないかなというふうにも思いました。

一応意見ということで、よろしくお願いします。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

今日はたくさんの意見をいただきました。司会が本当に下手で、30分ぐらいもう超過していますけれども、最後までどめで誰か話したい方がいたら、あとちょっとだけ。いいですか。

土谷委員、どうぞ。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。

非常に多くのことが盛り込まれているんですけど、出てきたことって今まで私たちがずっと話していたことで、そんなに目新しい話はないんじゃないかなと思っています。ただ、これ全部を東京都地域医療構想でやれと言われると、できるかというのと、とても多くてできないと思います。あるいは、やろうとしても議論が深まらない可能性があります。ですので、私としては、東京都において大きな課題、重要な課題に絞って、地域医療構想を進めていただけたらよろしいんじゃないかなと思います。

あれもこれもじゃなくて、大事なことを絞ってやっていただけたらと思います。私からは以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

いいですかね。

最後の先ほどの資料6のところのスケジュールを見ていただくと、我々今いる調整部会員たちで議論を進めていくという部分がありますので、皆さん、国の求めていること、国の求めているだけではなくて、東京は独自にやろうよというようなことも深く考えながら、皆さん大変だと思いますけれども、今後この調整部会で話し合わなくちゃいけないことが多いですから、よろしくお願いいたしますと思います。

今日はこれでよろしいですかね。では、本当に遅くまで、どうもありがとうございました。事務局にお返しします。よろしくお願いします。

○新倉医療政策部長 私、医療政策部長の新倉でございます。本日は長い時間にわたりまして、活発なご議論をありがとうございました。

本日は病床の稼働率の点や、また、病床配分の話、それにDX、またさらには介護職員をはじめとした医療人材の確保、また医療を逆に利用する側の都民の参画と理解、こういったことについても、お話をいただきました。今日いただいたご意見、ご議論や、

また各圏域ごとに行っております調整会議でのご議論、こうしたことを踏まえまして、我々としても行政、東京都として何ができるのか、こうしたことをしっかり考えた上で、具体の取組に少しでもつなげていきたいというふうに考えてございます。

我々保健医療局のミッションとしては、都民の命と健康を守るというところでございます。そこに向けて、これからも皆様方と連携しながら一緒に取り組んでまいりたい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。

また、事務的なことを補足で追加させていただきます。

○立澤計画推進担当課長　皆様、本日は活発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。最後に事務連絡でございます。本日の議事録でございますが、委員の皆様は事前にご確認いただきまして、修正等が必要な場合には、後ほどご連絡をいただければと思います。後日、資料と併せて保健医療局のホームページで公開をさせていただきます。

また、次回の地域医療構想調整部会ですが、1月以降に調整会議の第2回を予定しておりますので、その後に開催を考えてございます。また開催時期が来ましたら、改めてご連絡を差し上げます。

事務局からは以上でございます。

それでは、本日はこれもちまして会議を終了とさせていただきます。お忙しい中、長時間にわたりましてご出席いただきまして、大変ありがとうございました。

(午後　6時58分　開会)