

令和 6 年度 第 2 回
東京都地域医療構想調整部会
会 議 録

令和 7 年 3 月 1 0 日
東京都保健医療局

(午後 6時00分 開会)

○立澤計画推進担当課長 皆様、こんばんは。定刻の18時となりましたので、ただいまから令和6年度第2回目となります東京都地域医療構想調整部会を開会させていただきます。

委員の先生方におかれましては、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会議形式で行いますので、事前に送付をしております「Web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、事前にメールを送付させていただいております。お手元にございましたらご準備をお願いできればと思います。あわせて、議題の説明の際にも画面上に投影をさせていただきますので、そちらのほうをご確認いただいても結構でございます。

続きまして、本日の出欠状況について、ご報告をいたします。

本日は、新田委員、熊田委員、宮崎委員、北村委員、桃原委員、酒井委員の6名の委員の先生方より、ご欠席のご連絡をいただいております。

また、河北委員の代理として、河北総合病院副院長の水村先生にご出席をいただいておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

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の先生方にもご参加いただいております。本日は、東京科学大学から後藤先生、一橋大学から高久先生と加藤先生にご参加をいただいておりますのでお知らせをさせていただきます。

本日の会議でございますが、本会議の親会である東京都保健医療計画推進協議会設置要綱の第9に基づきまして、会議録及び会議に係る資料につきまし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。本日ににつきましては、会議資料及び会議録は公開としたいと考えておりますが、何かご意見等はございますでしょうか。

特にご意見等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)

○立澤計画推進担当課長 ありがとうございます。それでは、公開とさせていただきたいと思います。

それから、委員の先生方におかれましては、よろしければカメラをオンにして会議にご参加をいただけますと、我々もちょっと会議の進行上、進みが円滑にいくと思いますので、どうぞご協力をよろしくお願いいたします。

それでは、以降の進行を猪口部会長によりよろしくお願い申し上げます。

○猪口部会長 皆様、東京都医師会、東京都病院協会の猪口です。

今日は、１時間半で盛りだくさんの内容を進めようと思っておりますので、皆様のご協力を、ぜひよろしくお願いいたします。

それでは、お手元の次第に従いまして、最初の議事、令和６年度在宅療養ワーキンググループの開催結果についてです。事務局から説明をお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 それでは、資料３－１についてご説明をさせていただきます。

東京都保健医療局医療政策部地域医療担当課長の道傳と申します。よろしくお願いいたします。

こちらに、今年度の地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループの開催概要をまとめております。左側に記載のとおり、昨年１１月から２月にかけて、全圏域におきまして実施をしたところがございます。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いただきました複数疾患を有する高齢患者などの受入等に当たり、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をするか、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点につきまして、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。

続いて、資料３－２をご覧ください。こちらは、各圏域の意見交換で挙げた主な意見をまとめた資料となっております。なお、各圏域での挙げた意見の詳細につきましては、資料３－３で一覧にしてまとめておりますので、後ほどご確認いただければと思います。

テーマの一つ目、「どう効率的に多職種で連携するか」につきましては、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があるなどのご意見がございました。

また、テーマの二つ目、多職種連携の際の連絡方法、手段についてどのような課題があるかにつきましては、多職種連携の方法が定まっていない、ＩＣＴ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。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ございました。

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、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、ＩＣＴの活用と顔の見える関係の構築の使い分けが重要といった意見も多くございました。

私からの説明は以上となります。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。

では、迫村先生、このワーキングをリードされていた迫村先生からお話をいただきたい、コメントをいただきたいと思います。

よろしくお願いします。

○迫村委員 猪口先生、ありがとうございます。

私は、区西部でワーキングの座長を行いましたさこむら内科の迫村です。

区西部は、新宿区、中野区、杉並区が所属しております。今ご案内があったとおり、ワーキングは、最初に各区の行政の担当者から、ICTの活用を含めた連携、各区でどのように効率的な連携をしているのか、また、その情報共有などにおける課題についてのプレゼンをしていただいた後に議論をするというような形で進みました。

総じて言えば、やはりICTを使った連携というのが非常に多職種連携をする上では重要であり、それは共通の認識になってきています。各区でそれぞれのシステムを導入して運用しているということに関し、その必要性ということでは一致しているように思いました。ただ、実際使ってみている中で、デジタルツールを使うに当たっては、スキルの問題、特に介護職は使いこなせなかったり、そこまで浸透していなかったりというような面もあります。デジタルでやれば全てうまくいくかということ、必ずしもそうではないという部分もある。対面で話をするとか、あるいは電話を使って話をするとか、その場面場面でデジタルではない方法をうまく組み合わせて活用していくことについては、経験とスキルというのが必要になると感じました。

先ほど意見にも挙げたのですが、医療保険で医療は入る訪問や介護事業者は介護保険で入っていくというような形で、立てつけが分かれています。それぞれの仕事の範囲というのはある程度決まってしまう部分がありますが、実際の在宅医療の現場では、それぞれの職種がお互いにカバーしなければいけない部分というのは多々あります。例えばコロナ禍で顕在化したように、コロナ陽性になった高齢者に対して、誰がその人の生活を支えるんだとなったときに、医療であったり介護であったりという垣根を越えて、お互いにカバーしあうことが重要でした。今後、2040年に向け、高齢化社会が進んでいくと、コロナ禍と同じような状況が必ず生まれてくるので、そこをどうやってカバーしていくかということはたいへん重要です。ICTを運用することで、それぞれの職種がどういう仕事をしているのかという共通の理解が生まれてきます。医療介護チームをしっかりと形作る点でICT連携はしっかりやっていく必要があるというような議論がありました。

また、ICTにおける課題という点では、行政との連携が非常に取りにくい、特にセキュリティの問題で入りにくい。各区共通で感じている部分であります。

ICTが入りにくい行政組織の中で、中野区では、行政のそれぞれの部署でICTの連携ができていているというのは進んでいるなと感じた点であります。

さらに、水平連携という点では、ICT連携はうまく活用されています。病院との連携いわゆる垂直連携の点については、やはり病院もセキュリティの壁が非常に強いので、その部分はICT連携がなかなか進まないというのが、多分どこの地区でも共通の課題として挙げられるのではないかと思います。

また、杉並区の行政の方が、この在宅ワーキンググループの議論がどのように地域医療構想調整会議に反映するのかがちょっと分からないというご意見があつて、それは確かにそういう面があるなというふうに私自身も感じております。特に地域医療構想の会議は、どちらかという病床数とか、病院主導で進められている部分があり医療保険制度の枠組みの中で話をしています。一方在宅医療というと、医療保険制度と介護保険制度が絡むため、医療の枠組みを超えたシステム作りが必要です。最後に病院との連携においてもICT連携をしっかりと行うことで、病院から在宅に、患者さんをスムーズに返す、あるいは逆に、入院する段階でスムーズに入院できるように、入り口と出口の部分の環境を整えていく必要があるように感じました。

以上でございます。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

では、今のワーキング、在宅療養ワーキンググループの報告を聞いて、何かご意見がございましたらどうぞ。

そうですね、やっぱり在宅療養ワーキングだけではなくて、調整会議のほうですかね、そちらのほうでも出ているような連携の問題、それからICT、DXの問題というのが同じように出ているんだなというふうには思いましたけれども、ちょっと特殊なのが、やっぱり医療保険、介護保険の部分かなと思います。これは、医療のほうで別にないわけじゃなくて、医療のほうでもやっぱり介護保険、医療保険の問題はあるわけで、結局問題点としては似ているんだなという印象を持ちましたけど、何かご意見はございますか。なければ、どんどん進めていって、いろいろまとめていきたいと思います。

では、迫村先生、どうもありがとうございました。

最初の、令和6年度在宅療養ワーキンググループ開催結果については、以上とします。

では、その次、令和6年度第2回地域医療構想調整会議の開催結果です。事務局からお願いいたします。

○井床保健医療計画担当課長代理 それでは、資料4-1を用いましてご説明させていただきます。資料を共有いたします。

こちらに、今年度第2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、区西南部の1月10日から北多摩南部の2月14日まで、また、右側に会議で取り扱った報告事項と議事を記載しております。

報告事項については3点で、1の在宅療養ワーキンググループの開催については、先ほどご報告したとおり、各圏域の議論のまとめと、当該構想区域で挙がっていた意見をご報告しております。

2の外来医療計画に関連する手続の提出状況につきましては、資料4-2をご覧くださいまして、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といたしまして、提出のございました全69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、②として、2医療機関から医療機器の共同利用計画が提出されたことについてご確認をいただいております。

資料4-1に戻りますが、報告事項の3点目の新たな地域医療構想につきましては、国の取りまとめ資料にて報告をいたしまして、そちらの資料を用いて、後ほど本調整部会の報告事項としてご説明をさせていただきます。

続いて、議事については5点で、1の地域医療支援病院の承認申請についてと2の病床機能再編支援事業は該当の圏域のみで取り扱います、3の紹介受診重点医療機関と4の2025年に向けた対応方針についての協議、また、地域連携の推進に向けてといたしまして、都の推進区域の区域対応方針案についての協議と地域連携の推進に係る意見交換につきましては、全圏域共通でご議論をいただきました。議事の詳細については、この後、順にご説明をさせていただきます。

調整会議の開催概要は以上となります。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

資料4-3までの説明をいただきました。

○立澤計画推進担当課長 先生、今は4-2までです。4-3はこの後、医療安全課から。

○猪口部会長 これからか。4-2までですね。じゃあ続けてください。医療安全課からですね。

○白井医療安全課長 続きまして、調整会議で協議いたしました地域医療支援病院の承認申請についてご報告いたします。医療安全課長の白井と申します。よろしくお願いいたします。

資料4-3をご覧ください。地域医療支援病院の承認に当たりましては、医療法に基づき、あらかじめ東京都医療審議会の意見を聴くこととされておりますが、その前に、当該病院が所在する二次医療圏の地域医療構想調整会議において協議することとされております。今般、区南部では牧田総合病院、区西南部では東京都立広尾病院、区東北部では東京慈恵会医科大学葛飾医療センター、区東部では東京臨海病院から申請がありましたことから、それぞれの圏域の調整会議において協議いただきました。その結果、4病院全てにおきまして、各圏域の調整会議において了承されました。

説明は以上です。

○猪口部会長 ということで、地域医療支援病院の説明まで受けました。ここで、地域医療支援病院等の申請の内容について、何か、大体どこも承認を受けたのですけれども、何かご意見はございますか。

特にないですかね、それぞれの地域で、特にこれまでそういう事業、きちんと医療活動を行ってきた病院ばかりですので、それぞれの圏域で特に問題はなかったと思います。

では、続きまして、病床機能再編支援事業についてです。事務局から説明をお願いい

たします。

○道傳地域医療担当課長 それでは、資料４－４をご覧ください。地域医療担当課長の道傳よりご説明させていただきます。

本事業ですが、現在稼働している一般病床、療養病床のうち、高度急性期、急性期、慢性期の病床を１０％以上削減した病院及び有床診療所に対しまして、削減した病床数に応じて国が給付金を支給する事業となっております。この申請は都道府県において取りまとめますが、申請に当たりまして、各圏域の地域医療構想調整会議と各都道府県の医療審議会の意見を踏まえて実施することとされております。

今回は、西多摩圏域から１病院、青梅慶友病院から事業計画の申請がございました。地域医療構想調整会議においてご議論いただいたところ、特にご意見はございませんでした。今後、東京都医療審議会からの意見を踏まえまして、国に申請を行っていく予定となっております。

病床機能再編支援事業に関する説明は以上となります。よろしくお願いいたします。

○猪口部会長 これも、圏域のところでは、特に意見はございませんでしたが、この調整部会で何かご意見がございますでしょうか。

これ、病床を減らすというのは、どうやら青梅慶友病院には従前の金額なのですけれども、その後の補正予算のほうではかなり高い額がついていると。平均在日数を縮めるとか、今は必要度の縛りがかなり強くなっているから、それぞれの病院をこうやってコンパクトに機能的にするというのは、時代の流れというか、理にかなっている部分があって、今後増えていくのではないかなと思うのですけれども、どうですか、特にないですか。感想みたいなものも。

なければ、いいですかね。では、この次に進めていきたいと思います。

その次が、調整会議の座長として、調整会議の意見交換の内容について、事務局より説明をお願いいたします。

○井床保健医療計画担当課長代理 それでは、続きまして、資料４－６から以降について説明をさせていただきます。資料を共有いたします。

まず、１点目の紹介受診重点医療機関につきましては、令和６年度の外来機能報告に基づきまして、令和７年度に紹介受診重点医療機関と位置づける医療機関について協議をいたしました。こちらにお示ししております都の協議方針と、協議方針に基づいた７年度に紹介受診重点医療機関とする医療機関について、全圏域で協議が調っております。協議が調いました合計で１００の医療機関につきましては、こちらの資料の３ページ以降に記載をしております。

また、１ページに戻りますが、次に、２点目の、２０２５年に向けた対応方針、こちらにつきましては、資料４－７を合わ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2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ご確認いただき、全ての圏域で合意をいただいております。

続いて、3点目の、都の推進区域の区域対応方針（案）につきましては、2025年に向けた地域医療構想の取組を進めるため、国が設定した推進区域において策定することとされております区域対応方針について東京都の案をお示しし、こちらの内容についてご意見を伺いました。

東京都の案については、資料4－8をご覧ください。こちらに基づいて説明させていただきます。

国は、昨年3月に、2025年まで残り1年と迫る中で、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の推進を図るとの考えを示しました。推進区域に関する都の対応といたしましては、2025年に向けて各医療機関の対応方法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、東京都は全13構想区域を推進区域とすることを国に報告しており、その内容で国が推進区域を設定いたしました。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、こちら、概要の二つ目の丸にありますとおり、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等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、東京都では現在、地域医療構想の実現について、東京都全体で取組を推進しており、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、区市町村単位から東京都全域まで、事業ごとに推進区域を柔軟に設定、運用をしております。こうしたことから、区域対応方針（案）につきましては、圏域ごとのものではなく、東京都全体で一つの方針を作成して取組を進めていきたいと考えております。

区域対応方針（案）のポイントについて、引き続き、こちらの資料でご説明をさせていただきます。まず、グランドデザインといたしましては、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、その実現に向けた四つの基本目標を掲げ、取組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、上記の理念を計画の基本理念とし、地域医療構想の実現に向けて取組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、課題といたしましては、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超えた

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ます2040年を見据えますと、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る医療従事者確保の制約が指摘をされており、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。

この課題を踏まえました今後の対応方針等ですが、2025年に向けた対応といたしましては、医療機関等における地域や地域を超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としましては、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等の検討、また、入院医療と在宅医療関係者等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。

これらの取組の到達目標といたしましては、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東京都全体で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と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。取組といたしましては、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、到達目標といたしましては、議論の推進とともに新たな構想策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は次ページ以降におつけしておりますが、お時間の都合上、説明は割愛させていただきます。

調整会議では、医療機関間の連携において医療DXを進めていく内容が必要ではないかといったご趣旨の意見を頂戴いたしましたので、ご意見を踏まえて見直しを行う予定でございます。

続きまして、資料4-6に戻ります。続いての2ページ目のところになりますが、地域連携の推進に向けた意見交換については、各圏域で概要にお示ししている観点から意見交換をいただきました。下に、意見を幾つか分類して、まとめてございます。

まず、高齢患者の特徴といたしましては、一つの病名で入院期間が終了せず入院が長期化、独居で認知症の方が入院を機にADLが落ちて生活困難になり在宅の調整をする際に、認知症により本人のコンセンサスが取れず難渋するなどの意見がございました。

次に、高齢者救急の受入れに関して、一部の病院に搬送が集中しており、高齢者や軽症の方は搬送先を振り分けるべきで救急隊との対話が必要。初期の診断はいろいろな検査から対応が必要になり難しいので、初期の診断と下り搬送等で協力する医療機関を分

けるなど、地域全体で取り組むべきなどの意見がございました。

次に、高齢者救急の増加に対しまして、各医療機関の機能を生かすための下りの連携に関して、病病連携におけるシステムとして、病院ごとに電カルシステムが違って情報共有できないことが問題。病病連携に関して、どの病院がどのような体制でどのような疾患を診られるか分かるとよい、受入れに当たって各病院の状況がリアルタイムで見えるとよい、医療圏全体のペイシェントフローマネジメントを考えるべき、下り搬送のコーディネーターが必要。在宅医療や介護との連携について、介護医療院・介護老人保健施設の数や在宅医療を担うクリニックのキャパを含めて考える必要。院内の人材に関して、高齢患者の増加に対して病院内の介護力として看護助手の不足、スムーズな転院のためのMSWの不足などの意見がございました。

次に、患者側の意識に関しまして、患者や患者家族が病院ごとの機能を理解しておらず転院調整に苦慮。ACPについて開業医を巻き込んで取り組むことが必要などの意見がございました。

このほかに、現在の診療報酬では平均在院日数を減らしても病院経営が厳しい、高齢患者は医療行為より介護が主であり、そうした体制を充実させるための診療報酬が必要といった意見も挙げられておりました。また、島しょでは、介護資源が少なく家族の協力があれば在宅医療やみとり等も含め実施しているが、難しい場合は患者が本土に転居するなどの意見がございました。

また、資料4-9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。

調整会議の意見交換等の説明は以上となります。

○猪口部会長 調整会議のことを、まとめてお話をいただきました。

続いて、調整会議の座長として会議に参加された渡邊委員と田村委員から、先ほどの事務局からの報告に加えて、実際に会を取りまとめた感想やご意見をいただきたいと思います。

では、渡邊委員からお願いいたします。

○渡邊委員 聞こえますか、大丈夫ですか。

○猪口部会長 はい、聞こえています。

○渡邊委員 ありがとうございます。

今、会議で行われた話合いは、今ご説明があった内容で、ほぼ全部できているのではないかと思います。でも、どこの会でも、やっぱり人員が足りない、不足している、特に、医療者も看護師もみんな疲弊しているということで、何らかの形、人員が少ないだけではなくて、内容の人たちもかなり疲弊しているというご意見が多かったように思います。

また、やはり高齢者の問題、高齢者は、先ほども説明があったのですけれども、認知がある場合、そして多疾患を抱えているということで対応が非常に難しくなっている、

この辺りをどうしたらいいのかということも言われていたのですが、あと、ケア病棟なんかでは、2か月の期間では、こういったものを対応するのは非常に難しいということで、2か月の制限みたいなものも緩和していかなければ対応できないんじゃないかというお話もありました。

その中で、特に多く言われていたのは、上り下りの話なのですが、下りについては、病院のほうからの調整が、ケアマネジャーさんでもMSWとかがどうしても必要だということでお話がありまして、ソーシャルワーカーも費用補填なんかをどうしても捻出できないと、これは何らかの形で捻出していただかないとやっていけないというような意見があちこちから聞こえております。そういう意味で、スムーズに転院させることができれば、やはりどんどん受け入れることも可能だというような、高度急性期においても急性期においても同じようなご意見がありました。

それと、ACPという言葉を使っているのかも知らないんですけど、それに対して、開業医の先生方、患者さん家族、そして病院、大きな病院の医師、その辺りが、理解があまりされていないんじゃないかとか、考え方が若干ずれているんじゃないかというような形も言われています。中でも、患者さん家族というものが、かなりその理解ができていないということをおっしゃっていた方も気になりました。

今の状況で、高度急性期病院が、ここの中で言われていなかったんですけど、急性期病院が慢性期病院に移るということはほぼ考えにくいでしょうという意見もありました。こちらのほうのコメントの中には書いていないのですが、急性期病院に勤めている職員については、高度医療とか急性期医療をやっているということが病院のスタッフのモチベーションにもなっていて、そういったものに関わりたいという人たちが集まっているところで、そこを慢性期に移っていくということは、もう考えにくだろうと。それで、医療の若手を引き寄せる条件にも、医療スタッフのスキルアップにつながるような環境をつくらなければ今の医療人材も集まってこない、そういった意味で非常に悩ましいというような話をしているところもありました。

これは、開催後の意見なのですが、区西部なんかに関しては私のところだったんですけど、新宿、中野、杉並だと、新宿は三つの大学病院があるので、一部の病床は病床配分から外して考えていただかないと、ちょっと話がごちゃごちゃになっているんじゃないかと。そういう意味では、病床を外しての会議をしてもらいたいとかですね。それで、病院配分、病院でそれぞれの得意の診療科があったりするので、病床配分というよりは、診療配分なんかで物事を考えていく必要もあるんじゃないかというご意見もありました。そういう意味で、病床配分より診療科配分をすることで、役割分担を明確にすればよろしいんじゃないかと。そうでないと、現状でも患者の取り扱いやスタッフの取り扱いなどという状況が既に起こっていて、こういったことも改善できるんじゃないかという話も伺っています。

今度は苦言なんですけど、地域医療構想調整会議は前半が東京都からの報告で、その

後もある程度シナリオありきで進んでいて、実質の意見交換に最近なっていないんじゃないかという意見です。そういった意味では、地域の病院同士の意見交換の場をもうちょっと持ったほうが、こういったところでは、いいのではないのでしょうかというお話も伺いました。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

続きまして、田村委員、お願いいたします。

○田村委員 南多摩の座長の田村ですが、聞こえていますか。

○猪口部会長 はい、聞こえています。

○田村委員 南多摩医療圏も、同じような問題、上り下り、特に下りが難渋する問題とか、高齢者の診療にいろいろ苦勞しているという共通の問題があるはずなのですが、実際、ほかの医療圏に比べて、ちょっと盛り上がりが足りなかったなというのが率直な私の印象です。座長の私がもう少し積極的にいろいろな病院の意見を引き出すべきだったかという反省もありますが、ちょうどこの会議の時期に、急性期の病院も病床稼働率が低くて、経営的にちょっと危機的だと、ぜひ患者を紹介してほしいということを言っている時期でして、病院の中に、下りに転院させるべき患者がたまっていて困るという状況ではなかった、そんな状況もあったからかと思います。

南多摩地区の病院は、やはり病床の稼働率がどうしても上がらないということを非常にしばしば耳にしまして、どうしてここが、さらに病床が割り振られるのかなと、ちょっと疑問に思うところがあるわけですが。

それと、上にしても下りにしても、実は、出発点であり最終点であるのが地域のかかりつけ医なんです。そのかかりつけ医について少し議論ができないかなと思って話題を振ってみたのですが、病院の先生方からは、下りの終着点としてのかかりつけ医、総合診療的な、多疾患に対して対応できる、そういったかかりつけ医が増えてほしいなという、そんな希望が述べられた感じです。

それと、実際に、その地域でいろいろな問題がありまして、例えば私のおります多摩市は、大きな中核病院が移転するの、しないのという大きな問題がありますし、そういったことを、東京都から下りてくる議論してくださいという内容に入っているのかどうか、そういうことを議論してどういうふうに行き着くのか、そんな疑問もちょっとあるんですけれども、実際に議論すべき、議論して、都として調整会議で議論してほしい内容と、その地域独自のいろいろな問題をもう少しフランクに話せる場が、この調整会議であるのか、それとも、もうちょっと小さな単位のところであるのか、いろいろ考え方はあると思いますけれども、そういった機会が必要だなというふうに思いました。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

続けて、各圏域の地域医療構想調整会議に参加された地域医療構想アドバイザーの先

生方がいらっしゃいます。その報告をいただきたいと思います。

では、最初に、東京科学大学の後藤先生から、ご発表をお願いいたします。

○後藤委員 お願いいたします。資料の共有をお願いします。

○立澤計画推進担当課長 今、展開しておりますので、少しお待ちください。

○後藤委員 はい。今、こちらは共有できておりますか。

○立澤計画推進担当課長 はい、投影できております。お願いいたします。

○後藤委員 ありがとうございます。

各圏域での地域連携への推進に関する議論を踏まえて、当講座としての総括を報告させていただきます。今回の皆様の意見の繰り返しになる部分もあるのですが、今回調整会議で出された主なご意見として、患者像、施設運営、施設間連携、人材確保、そして、地区診断や会議体の五つの観点からこれまでの議論を整理した上で、主なご意見の振り返りを通じて考えた今後の着目点に関して提案させていただければと思っております。

まず、一つ目は患者像の観点になります。社会的・経済的背景に起因する療養困難な状況への支援が求められています。救急患者の中には生活破綻状態にある方が多く、看護師やケースワーカーへの負担が深刻化しています。また、費用面の理由で、療養病院への入院や、病院から施設への移行というものが困難なケースというものが存在します。

さらに、Advance Care Planning (ACP) の推進体制の構築が望まれます。ACPが十分に実施されていないために、医療機関での治療方針決定時に戸惑いが生じるケースが多発しています。かかりつけ医を早期から巻き込み、平常時から患者の意向を明確にする取組が求められます。また、患者や家族が各病院の医療機能を十分に理解していないことも課題です。さらに、各医療機関において、ACP情報を共有可能なシステムを導入することで、医療連携の質の向上が期待されます。

次に、施設運営の観点からですが、高齢患者の複合的な課題に対応するため、体制の強化が必要です。高齢救急患者は複数の疾患を抱えていることが多く、対応範囲の判断が難しいだけでなく、入院期間の長期化により、経営面での負担が増大しています。認知症患者や独居高齢者の増加に伴い、手厚いケアの必要が高まる一方、人的及び経済的負担が深刻な課題となっています。2040年を見据え、サブアキュート対応可能な病床の拡充や、地域包括医療病棟の機能強化が望まれます。また、複数科が連携した総合診療体制の構築や、精神科との連携による効率的な医療提供も期待されます。さらに、診療報酬の低さや病床稼働率の変動に伴う財政難も深刻な課題であり、経営の安定化策が求められています。

三つ目は、施設間連携の観点です。救急患者の円滑な受入れのため、医療機関間の連携体制の整備が急務です。急性期治療後の転院先や退院先が不足しており、新規患者の受入れに支障が生じています。特に、療養病院や在宅・施設環境の調整、さらに、夜間・休日の下り搬送システムの整備が求められています。また、かかりつけ医と専門医との連携強化も重要です。かかりつけ医がマルチモビディティ患者の診療に対応し、専

門的な医療が必要な場合にはスムーズに紹介できるような地域体制の構築が望まれています。さらに、情報共有やシステム連携の強化により、各医療機関が対応可能な疾患、重症度、得意分野の情報を可視化し、圏域を越えて共有することで、連携の円滑化が期待されます。

四つ目は、人材確保の観点です。医師、看護師、看護助手などの医療スタッフの不足が深刻な問題であり、特に夜間や急変時の対応が困難となっています。経営の逼迫、スタッフの高齢化、労働人口の減少に伴い、地域全体での人材確保が難しくなっております。また、特定看護師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、ケアマネジャーなどの各専門職の需要も高まっています。医療行為に加えて介護の比重が増しているという現状から、介護人材の充実に向けたインセンティブの提供も求められています。

最後に、地区診断や会議体についてです。地区診断においては、客観的なデータの分析と現場の経験に基づく解釈を組み合わせ、地域の実情に即した対策を講じることが重要です。患者、つまり医療需要と、人材や施設、供給体制といった、双方に対する分析というものが不可欠になります。今後の分析では、介護データの追加、急性期以降から施設までを含む移動フローや在宅医療機能の可視化、救急においては、入院のみならず、外来機能を含む評価、さらに、高度医療機関を除いたような、より地域医療を反映する形でのデータ評価が求められており、当講座でも、これらのデータ解析に関して検討中であります。また、行政主導の下で、地域特性を踏まえた連携体制の構築、会議体の運営、データ整備も望まれます。

今後の着眼点としては、客観的データと現場の経験に基づき、地域の実情を適切かつ継続的に把握し、効果的な対応を行う姿勢が重要です。2040年に向け、社会的・経済的困難、多疾患併存、高い介護ニーズを抱える高齢患者への対応強化が求められます。

医療・介護提供体制においては、施設・病床といったハード面に加え、人材確保や多職種連携といったソフト面への配慮が必要です。

上記を達成するためには、既存の医療圏にとらわれず、急性期から回復期、維持期まで、患者の流れに即したシームレスな連携体制の構築が望まれます。

以上、ご清聴ありがとうございました。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

都のほうでも、かなり会議内容をまとめていただいて、いろいろな意見を列挙していただいておりますけれども、非常に分かりやすく会議の内容をまとめていただいて、その困っている部分、課題というのが抽出された後、その課題がどうして起きているかというようなところも踏み込んでいただいて、最後のところは着目点まで示していただきまして、本当にどうもありがとうございます。

○後藤委員 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した。

続きまして、一橋大学の高久先生から、お願いしたいと思います。

○高久委員 先生方、お疲れさまでございます。共有が、画面の共有。

○井床保健医療計画担当課長代理 先生、もしよろしければ。

○高久委員 先生方、画面共有できていますでしょうか、これ、今。

○井床保健医療計画担当課長代理 ちょっとできていなそうなので、もしよろしければ私のほうで共有させていただいて、ご指示いただければ。

○高久委員 はい。ぜひよろしくお願いします。すみません。

○井床保健医療計画担当課長代理 ちょっとお待ちください。

○高久委員 はい。最初ですが、関係ないんですけど、高額療養費の凍結について、都の声明、非常に興味深く拝見しました。ありがとうございました。

それで、画面共有していただいて、私のほうでは、東京科学大学のほうから包括的な振り返りということでしたので、1点、少し気になった点というのを少し書いたということではございます。

今回の調整会議では、産業医科大の松田先生が、もともとこうしたらいいんじゃないかということで作成されていた「地区診断」と呼ばれる資料が提示されていたんだと思います。それで、これについて、いろいろ会議も聞いておりましたが、診断したなら、医療従事者であれば当然、次には何か処方して、治療してということなのだけでも、どういうふうにつながっていくのという意見が出たり、先ほどの後藤先生の発表でもありましたけれども、もうちょっとデータが必要なんじゃないかという意見もあったりしたところだったかと思います。

それで、改めて、地区診断は何のためにやっているのかみたいなことを、本年2月13日になりますけれども、内閣府の、私も委員をしておりますけど、「経済・財政一体改革推進委員会」というのがございまして、財政諮問会議の下にある会議体でございます。それで、そもそも松田先生は、どういうことで地区診断、都も今回資料を作っておりますが、やったらいいんじゃないかということで提出されているかといいますと、これは次のスライドになりますけれども、病院のタイプを分けるのに使ったらいいんじゃないのという話をしていたところでした。どういうタイプかといいますと、今、映写されておりますタイプAと呼ばれます、これは新たな地域医療構想ですと急性期の拠点の病院なんだと思いますけれども、タイプAの病院と、それから、地域と切れ目ない医療のためのタイプBの病院というのを分けるために使えるんじゃないかという話をずっとされておまして、今回東京都でも資料を提出されておりましたので、これは改めてそういう目で資料を拝見させていただきますと、スライドを下に行っていただいて、例えばこれは松田先生の提出されている資料になりますけれども、D P Cのデータを持ってきました、これは肺の疾患の、M D Cの4の疾患の症例の件数というのを持ってきました、これが肺の疾患で、おおむね誤嚥性肺炎がほぼほぼ全ての肺の疾患の患者だということになりますと、これはタイプBの病院だと区分できるのではないかと。それから、反対に、そうではなくて、もっと肺の悪性腫瘍とか、そういった病気を診ている病院であ

れば、タイプAの病院に区分できるのではないのかというような形の用い方をしてほしいということを言っておられまして、国のほうでそういうふうに話しているところで、東京でもそういう資料を作っているということでしたので、改めて、都のデータでどういふふうに見えるかということで、資料の下のほうに行っていただきまして、例えば多摩の三鷹とかの辺りですけれども、これは同じように資料を作られておりますので、肺炎であるとか誤嚥性の肺炎が肺の疾患のほぼほぼ全てを占めている病院かどうかという観点で資料を見ますと、タイプBと私は青でくくっておりますけれども、そうした病院だと、タイプBと判定できるということではございます。

ただ、これは非常に画一的な話ですので、例えば小児総合医療センターとかは、全然こういうくくりには入ってこない特殊な病院というのももちろんあるわけではございますけれども、第一義的に、こういうふうに区分を少し明確化したらいんじゃないかということで、方向性として示されているところだと認識しています。

今後、新たな地域医療構想もあるわけなのですけれども、やはりある程度、タイプAなのかタイプBなのか、それぞれの病院に自覚していただいて区分を分けるという方向性は今後示されていくのかなというふうに思ったものですので、今、渡邊先生と田村先生のご意見を聞いて、やっぱり難しいところもあるのだろうというふうに思いましたけれども、そういうことについて、都として意見をしっかり固めていくというのは、今後、非常に大事なことなのではないのかなと、そういうことを意識して調整会議が動いていくと、今後、非常にいいディスカッションになるんだと思います。

区分を分けるということでしたら、個人的な見解にはなりますけれども、やはり今、病床の稼働率が慢性期でも非常に低くて、都から300億円の入院基本料の加算が民間病院に出されていると。今後、診療報酬の改定は2年に1回ですので、インフレで物価が上がっていったときに、2年に1回の診療報酬改定ですから、これは病院の経営は非常に厳しいということになるんだと思います。特に中小の病院は厳しいですので、例えば、タイプAの病院であるのであれば、ある種のDRGタイプの1人院包括にさせていただいて、どんどん、入院したら出ていくという形の病院の在り方に改めてもらったりすると、中小病院も生き残りがしやすいですし、非常に限られた財源ではございますけれども、地域のためによりよい医療ができるんじゃないのかなというふうに、ちょっと考えているところではございます。

これは私の個人的な意見ですけれども、少なくとも、国のほうでは今後、タイプAなのかBなのか、もう少し分けたらどうかというような意見も出されているところではございますので、都のほうでも少し、そういったことについて考えを整理したりすることは重要なんじゃないのかなというふうに考えているところです。

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。

このタイプA、タイプB、特にタイプBは、地域医療構想でずっと言っていた、急性

期なのか回復期なのか、そのラインはどこにあるんだみたいな話をクリアに説明していただいている内容だと思うんです。タイプBの病院が回復期をかなりこなしているのにもかかわらず、地域医療構想で、病床機能報告で、まだ回復期が足りない、足りないという話をずっと10年間もやってきたという、こういう分け方が最初からあればどうってことなかったという話かもしれない。そういうことを非常に明確に示していただいたと思ってまして、本当にありがたかったなと思います。

では、これまで報告がありましたので、いろいろな発表もございました。調整会議の意見交換の内容についてご意見を伺いたいと思います。ここに時間を取りたいと思いますので、どうぞご発言があれば。どなたからでも結構です。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 ありがとうございます。

先ほどこから、患者が医療機能の分化を理解していない、それからACPの理解もないというのは、これは本当にそうだと思います。特に東京都は、これから高齢者が急増していくという状況の中で、地域医療構想はもともと住民参加でというふうなことを言われてガイドラインの作成から始まったのですけれども、なかなか住民参加ということができていない面もあると思います。やはり東京都として、もう少し住民への情報発信ということを、どういう形でするのかということを、さらに考えていかないといけないんじゃないかと改めて感じました。

質問なのですけれども、都の推進区域の区域対応方針というところのご説明があったんですけど、そこで情報共有とか連携強化ということがちりばめられていたのですが、とても大事なことだと思うのですけれども、こういう情報共有とか連携強化をしようと思うと、現状をどこかが把握して、ハブになるようなところが必要だと思うのですけれども、それは、この区域対応方針を進めていく中で、どこがそういう役割、機能を担うという想定になっているのでしょうか、調整会議ということなのでしょうか。ちょっとその辺がどうなのかなと、分からなかったので教えていただければと思います。

○猪口部会長 ありがとうございます。

じゃあ事務局から、どうぞ。

○立澤計画推進担当課長 先生、ありがとうございます。東京都事務局でございます。

先ほどご説明さしあげました推進区域の対応方針につきましては、現行の地域医療構想が2025年までといった中で、来年度、2025年度になりますけれども、あと1年間どういうふうに進めていくかといったことを対応方針として策定するようというふうに、国から連絡があったものでございます。

我々としては連携を進めていきたいというふうに考えておりますけれども、あと1年間といった中ですと、まず既存の調整会議、あるいは病院間の連携といったところが中心になるのかなというふうに考えておりますけれども、これをただ1年間だけで議論するのではなくて、次の2040年につなげていきたいというふうに考えておりまして、

まずは今の調整会議でのご議論をベースにしながら考えていきたいというふうに考えております。

ただ、一方で、2040年ということは、次、介護とか区市町村の関係者もご参加いただくということを考えていかなきゃいけませんので、対応方針の、2040年を見据えた対応にも記載しましたけれども、次に、在宅であるとか介護のところから医療のところまでつなげるように、必要な協議の場というのも考えていかなきゃいけないというふうに考えておまして、併せてそちらのほうの対応もやっていきたいと思います。ちょっとまだ、ばくとした会となって恐縮なんですけども、いろんな側面から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。

以上でございます。

○猪口部会長 山口委員、どうぞ。

○山口委員 ありがとうございます。結局、調整会議で、その辺りの情報共有などをしていくということの理解でよろしいですね。

○立澤計画推進担当課長 ありがとうございます。あと、調整会議の場も、多分この二次医療圏ごとの病院を中心にしたところだけではなくて、もうちょっとそれ以外のところにも広げて考えていかなきゃいけないというふうに思っておまして、その準備を進めていきたいと思っております。

○山口委員 ありがとうございます。

○猪口部会長 資料4－8では、25年に向けた対応で「地域を越えた」と書いてありますから、そういう部分を考えていらっしゃるんでしょうね、きっと。

山口委員、いいですか。

○山口委員 はい、分かりました。

○猪口部会長 では、続きまして土谷委員、よろしくお願いします。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。私から、三つほどお話ししたいと思います。

一つは、会議体の、会議の在り方なんですけど、今回の会議、非常にボリュームが多くて、ちょっと聞いている、参加している人たちは集中力が続かなかったかもしれないなと思っています。ですので、例えば事前に、かつてやったんですけど、動画を撮っておくとか、それを視聴してもらおうとか、あるいは会議そのものも区市町村ごとでやるとか、二次医療圏でやる意味はどこまであるのか。区市町村ごとにやって、あと全体会議をやるとか、都全体ですね。会議の在り方をちょっと見直したほうがいいかもしれないなと思いました。それが1点です。

それから、二つ目が、意見交換についてです。先ほど高久先生からありました、タイプA、タイプBで分ける、松田晋哉先生のものをご紹介いただきましたけど、あれはやっぱりすごく重要だと思います。分かりやすかったですし、これまでもずっと、回復期とは何だとかいうものはやっていましたけど、猪口部会長も言っていたけど、かなりクリアになったと思います。

あれがすごく重要だと言ったのは、今後、東京の医療で大きな問題となるのは高齢者救急になります。高齢者救急の対応に当たっては、タイプAなのかタイプBなのかということがすごく大事になってくるんじゃないかなと思います。タイプAというのは、考えてみれば、コロナで先進的に見ていた病院だし、あるいは地域医療支援病院だとか紹介受診重点医療機関とかそういう病院で、Bというのはそれ以外ということになるので、AとBの連携というのは、高齢者救急ではすごく大事になるのかなと思います。

それから、あと、これはちょっと危ない言い方ですけど、患者さんもAとBと分けられる可能性があると思うんです。Aに行く患者さんなのか、Bに行く患者さんなのか。この辺りは、ACPとかそういったものもきちんと進めていくと交通整理がつくんじゃないかなと思います。それが二つ目ですね。

それから、あと、三つ目ですけれども、意見交換のときに、地域連携について語り合ったわけですけど、もうその前に、ほかの委員の方も言っていましたけど、もう病院経営がままならない。地域連携どころじゃなくて、経営が大変だという話です。それぐらい病院の経営が大変だという意見で、議論が深まらなかった圏域もありました。そんな中で、東京都、緊急、臨時的な支援事業を行ってもらいましたので、本当にこれで足りるのか、足りないのか、病院の経営ですね、その辺りが大きな問題になっていたというのが三つ目の話です。

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。これに関して、都から何かご発言はございますか。最初は会議の在り方でしたね。

○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。東京都事務局でございます。

会議のご意見につきまして、先生からもご指摘いただきまして、あと、調整会議でも、本当に様々ご意見を頂戴しているところでございます。

次の新しい地域医療構想のところでも、一応論点として出てまいりますけれども、これまで二次医療圏単位の会議体だったところが、もうちょっとそれを超えて、都全域で話すべき内容については都全域で、逆に、区市町村に寄り添って、在宅であるとか介護であるとか、そういったところについてはもっと圏域を細かくしてやっただけかというふうな視点も示されております。

次の2040に向けては、多分そういったことをやっていって、今の二次医療圏圏域だけの議論では多分収束しないと思いますので、そこに向けて、我々もちょっと準備をしていきたいというふうに考えております。

あと、タイプA、タイプBの話につきましても、新しい地域医療構想の話で恐縮ですが、次に、医療機関機能というふうな報告制度を新しく設けるというふうに今、国が言っておりまして、病床の機能だけじゃなくて、その医療機関がどういう役割を果たすのかといったものをこれからご報告いただくといった制度が検討されております。

そういったものも見ながら、恐らくタイプA、タイプBというふうなことを病院のほうでご検討いただいて、それを見ながら医療政策を進めていくというふうな形になろうかなというふうに思っております。

あと、病院経営につきましても、調整会議のほうで様々ご意見いただいておりますので、都としましても、医療体制を確保できるように必要な支援というのを考えていかなきゃいけないというふうに認識をしております。

以上でございます。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。医療機関報告の、どのように活用していくかというのは、また国からいろいろ、これから出てくる部分もあるんですね。それを踏まえてみんなで話し合うということなんだけど、土谷委員の言ったことはすごく大事なことだと思います。

土谷委員、ありますか。どうぞ。

○土谷委員 病床機能報告って、ずっとやっていたんですけど、やっぱりあんまり機能しなかったなというのがあって、病院、医療機関機能報告制度、新たに始まるそうなので、もう東京は前倒しして早くやっちゃってもいいんじゃないかな。あなたはAかBかみたいな感じで。そういうものを始めてもいいかもしれないなと思いました。

ありがとうございました。

○猪口部会長 ありがとうございます。ほかにご意見はどうでしょうか。

この地域医療構想というのは、それぞれの医療機関がそれぞれ病床機能を報告して、将来に向けた必要病床をみんなで話し合いながらつくっていきましようというのですけれども、先ほどの後藤先生のご発表のように、いろいろ意見が出てきているものをまとめていくと、医療機関だけが話し合ったって何も作り上げられないものが多くて、やっぱり都だとか国だとか、それから患者さんも全部巻き込んで作り上げていかないといけないんだなというのは非常に、ここに来てはっきり見えてきた部分ではないかなと思います。これは、在宅療養ワーキングのほうも同じようなところがあるのではないかなと思うので、この話し合いだけで終始するよりは、この話し合い、今度はこういう作戦でやるから、この作戦の使い方はどうしようとか、一歩進んだような会議にぜひなってもらいたいなと私自身は思っているんですけど、何か意見はありませんか。このままだと私1人で何かしゃべっちゃいそうだから。ありませんか。

指名してもいいのかな。多分、ベンジャミン先生のは固定している写真かな。

○石川委員 すみません、固定しているというのか、動いてなくてごめんなさい。動きません。

○猪口部会長 何かありますか、先生、今まで聞いて。

○石川委員 今、高久先生ほかからもご指摘がありましたけれども、今後やっぱりどうしても、医療機関機能の部分の議論というのを、うまく見ていただきながら、地域ごとに必要とされる機能と、それから、あと、地域医療というのを見ていただく必要があると

いう認識は私も同様に持っています。

ただ、タイプA、タイプBというのを取りあえず松田先生が出していただいているのですが、疾患のパターンであるとか、それをより明確にしていく部分の議論というのは、どうしても新年度になってから、新たな地域医療構想のガイドライン策定、策定ガイドラインのほうで議論されると思いますので、ちょっと状況を見守っていただきながら、来年度またご議論いただけるといいかなというふうに思っているところです。

○猪口部会長 ありがとうございます。ちょっとむちゃぶりで申し訳ない。

あと、学識のところでは横田先生がいらっしゃるのかな。横田先生、入られていますか。

横田先生、どうでしょう。今までの議論を聞かれていて。先生、あまり調整会議をお聞きになっていなかったと思うのですが、ご感想でもありますか。

聞こえないかな。ミュートが外れた。横田先生、動いていらっしゃると思うんだけど、聞こえてないかな。

横田先生、聞こえていますか。

○横田委員 横田です。聞こえています。ありがとうございます。

○猪口部会長 どうでしょう。

○猪口部会長 はい。感想でも。

○横田委員 私は、救急医療対策協議会、救対協のメンバーとしてこの会議に出ています。お話を聞いて感じているのは、ポイントとして、連携と思います。今、猪口先生が言われたワーキングにしても、資料3-1を見ると確かに開催はされているのですが、具体的に、頻度的にはどのぐらい開催されているのか、頻回に情報共有をしないと、なかなか連携ということもできないと思います。ワーキングを何回もやるというわけにはいかないの、東京都が主体となって、いろんな対応をしていただくといいのかなというふうに思っています。

それから、資料4-6の2ページ目でしたか、救急隊との対話が必要だと思います。これも連携というふうな形になるのですが、例えばこんな資料を私、よく出すんですけど、共有できますか。

○井床保健医療計画担当課長代理 大丈夫です。共有していただければ。

○横田委員 共有できますか。ちょっと待ってください。

○猪口部会長 お願いします。

○横田委員 ちょっと今、共有画面が。

○立澤計画推進担当課長 今、画面上、映っております、はい。

○横田委員 今、出ていますか。

○猪口部会長 出ています。

○横田委員 スライドショーにします。

これ、令和5年と書いてありますが、国の直近のデータです。それで、119番してから救急車が医療機関に搬送するまでの時間を全国47都道府県のデータを見える化しました。119番をしてから医療機関に患者さんが収容されるまで、富山や愛知と比べると東京は倍の時間がかかっているわけで。

連携ということをキーワードにすると、果たしてうまくいっているのかなということも考えられるので、地域、あるいは医療圏ごとに頻回で、情報交換を目的に、可能であれば、当初は行政主導でしていただきたいなというふうに思っています。東京都が難しいのは何ととっても規模が大きいということで、全国的にうまくいっているところは、大き過ぎない、小さ過ぎないところなんですよ。東京都に当てはめていくかって非常に難しいのですけれども、軌道に乗るまでは行政主導のほうの形で何か体制づくりをしていただくとスムーズなのかなと思って、意見を拝聴していました。

以上でございます。

○猪口部会長 ありがとうございます。先生、今、出ているのは、実を言うと医療機関到着までの時間じゃないですよ、現場到着までの時間になっています。

○横田委員 失礼しました。

○猪口部会長 はい。多分、ロールモデルがあつて、だけれども、東京ではなぜうまくいかないかという部分がもし分かると解決策になるのかなというふうに思うのですが、ロールモデルそのままやろうとは、多分、東京も思っていないと思うのです。東京消防庁も。

○横田委員 これは今、現場到着時間ですか。

119番をして救急車を要請してから医療機関に到着するまでの時間は富山、愛知が33.4分なのですが、東京は63.9分で、倍かかっているのです。先ほどの資料4-6の2ページ目、救急隊との対話、連携という形が重要なのかなと思いました。

以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。石川先生と横田先生、ご発言どうもありがとうございます。

ほかは、調整会議等でいろいろこの会議に触れている方たちばかりだと思いますけれども、何か発言がございましたらどうぞ。いいですか。

共有を外していただいたほうがいいかな。これは横田先生が出しているんだよね。横田先生、共有を外しちゃってください。すみません。

○横田委員 外そうとしているのですが、何か外せなくて、そちら、ホストのほうで外せますか。

○立澤計画推進担当課長 ちょっと作業しますので、お待ちいただけますでしょうか。すみません。

○横田委員 ありがとうございます。すみません。

○猪口部会長 ほかはよろしいですか。

じゃあ、この後は、新たな地域医療構想とか将来の話になるんだけど、今回いろいろ、この第2回の調整会議をやって、課題ははっきり分かったと。もう課題の話はいいんじゃないかなと思うぐらい課題はたくさん出てきていて、この後、解決策を東京都がいろいろ示してくれたら、それを話し合いたいな。それから、解決策の何かのアイデアに基づいた、先ほど来、小さな会議、大きな会議みたいなものがありましたけれども、頻度を多くするんだったら小さい会議をまずやっていく。それで、小さい会議を基にしながら大きな会議をやるというような、そういう立てつけの話なんかも、もう解決策としてもいろいろ出ている。

それから、今日のまとめの中にはなかったけれども、第1回のときから結構出ているのは、連携のためのICTはインフラなんだから都がしっかりつくってくださいと、医療機関レベルではもうつくれませんよという話も、結構、第1回、第2回と出ていたような気がします。だから、解決策のアイデアは相当出ているので、次回からは、この調整会議は、解決策をどうやって利用するか、もしくはその解決策では駄目なのだから、そういう会議になったらいいなというのが僕の希望ですけどね。いかがでしょうかね。

いいですか、この辺で。この調整会議のまとめについては。

では、今日の議事の(1)(2)はこの辺にしておいて、次は報告事項ですね。

報告事項(1) 新たな地域医療構想について、事務局よりお願いいたします。

○井床保健医療計画担当課長代理 それでは資料5をご覧ください。画面でも共有をさせていただきます。

こちら、新たな地域医療構想について、国で昨年の3月から検討会を設置して議論が行われておりましたが、昨年12月18日に検討会の取りまとめが公表されており、各圏域の調整会議でもお示しをした国の資料を用いまして、概要をご紹介します。

なお、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ございます。その上で、明確に方向性が示された点を幾つかご紹介させていただきます。

まず、現行の構想については2025年を目標年として、病床や入院医療についての議論が大きなテーマとなっておりますが、こちら、下の枠、左側(1)基本的な考え方の1ポツ目にございますとおり、新たな構想では、85歳以上人口の増加や人口減少がさらに進む2040年を目標として、病床や入院医療の話だけでなく、外来や在宅、介護との連携なども含めて医療全体のことに取り組むこととされております。

また、3ポツ目にございますとおり、現行の構想は医療計画の記載事項の一つという位置づけでございましたが、新たな構想は、医療計画の上位概念と位置づけ、医療計画は、新たな構想に即した具体的な取組を進めるための実行計画とするとのことでございます。

次に、(2)①病床機能報告は、今後も継続をされますが、これまでの「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」、こちらを追加、いわゆる高齢

者救急を含めまして、「包括期機能」と名称を変えて位置づけるとのことでございます。

さらに、②番、先ほど来上がっております医療機関機能報告、こちら、新たに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、今後の方向性等、これまでの病床機能報告とは異なり、医療機関そのものがどういった機能を持っているかを報告する制度を設けるとされてございます。

加えて、③といたしまして、協議の場につきましては、新たな構想では、入院だけでなく、外来や在宅、介護との連携など、協議の場で議論いただくこととなりますため、現行の調整会議では議論が深まらないおそれがございます。つきましては、テーマに応じて、調整会議より広い範囲、あるいはもっと小さい範囲で議論するなど、柔軟に協議の場を設定することを考えていく必要がございます。

そのほかに、右側（４）②基準病床数と必要病床数の整合性の確保等とございます。こちらの概要の資料ではなく、こちら、後ろにつけております取りまとめの本文に記載がございますが、保健医療計画において定めている基準病床数と、地域医療構想において定めている必要病床数の関係が分かりづらいとのこれまでの指摘を受けまして、医療計画の基準病床数について、新たな構想の必要病床数も勘案した算定などを検討することとございます。

また、一番下のところ、（６）新たな地域医療構想における精神医療の位置づけでございますが、新たな構想では、地域の医療提供体制全体の中に精神医療も含めることとし、具体的な内容は十分な期間を設けて検討することとされております。

最後に、今後のスケジュールでございますが、次のページの中ほど、青いラインにございますとおり、２０２５年、令和７年度に国がガイドラインを策定し、令和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、令和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、連携の協議などを進めていくとされました。今後も、ガイドラインの内容が分かり次第、ご報告していきたいと考えております。

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

新たな地域医療構想についての説明は以上となります。

○猪口部会長　ただいまの説明につきまして、ご意見等がございましたらどうぞ。ありませんか。

僕としては、将来、新たな地域医療構想をまとめて、基本的な考え方、ここに書いてあるとおり、そのときに実行計画という言葉を使っていたので、地域医療計画にしても何にしても、例えば連携を図るというような、じゃあ、連携を図るのは分かるんだけど、どのように連携を図るのかとか、そういう方法論がないと、よくないと思うんです。単なるメニューブックはやめていただいて、その中身としてどういうふうにするんだという実行計画をしっかりと示していただくような形になるとうれしいなと思

っていますけど。また僕が意見を言っていますけど、ほかは大丈夫ですか。意見を言いたければ。

よろしいですか。進藤先生、うなずいていたけど、何か言わなくていいですか。

○進藤委員 進藤です。そのとおりだなと思って聞いていました。すみません。

○猪口部会長 じゃあ、（１）新たな地域医療構想については以上として、次は報告事項（２）来年度の地域医療構想調整会議の進め方について、事務局からお願いいたします。

○井床保健医療計画担当課長代理 それでは資料６をご覧ください。

画面でも共有いたします。

こちらは来年度の地域医療構想調整会議の進め方でございますが、スケジュールにつきましては、本年度と同様の時期、６月から７月頃に第１回目の調整会議、年明けの１月から２月にかけて第２回目の調整会議を予定しております。また、１０月から１２月にかけて、在宅療養ワーキンググループの開催も予定をしております。こちらは例年どおりのスケジュールで作成をしておりますが、こちら、下の議事予定の一番下の四角にございますとおり、来年度は令和８年度以降の新たな地域医療構想策定に向けて、必要な議論を進めていかなければならないと考えております。

つきましては、国の新たな構想に関するガイドライン策定の検討状況等の動向も見ながら、都において、この部会の進め方も改めて整理いたしまして、決まり次第ご案内をさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

簡単ではございますが、来年度の地域医療構想調整会議の進め方についての説明は以上となります。

○猪口部会長 いかがでしょうか。ご意見ございますか。

この１３圏域の調整会議は年２回ということで、そのときに話し合われるテーマはその都度必要に応じて行われるのだろーと思っておりますけれども、今度のガイドラインが出てきて、実際の新たな地域医療構想をつくっていくときでもありますし、それから、もう待ったなしで動いていますから、先ほど来、意見が出ているような、小さな区市町村単位の会議体だとか、それから、場合によってはこの調整部会、そういったものも、もうちょっと頻度を上げてもいいんじゃないかというのが私の意見なんですけれども、何か意見はございますか。むやみやたらに会議を増やされても、みんな困るでしょうから。ただ、何か実行をするということが今後はすごく大事だと思いますので、実行に向けたものを進めていきたいなというふうには、僕の個人的には思うところなんですけれども、何か意見はございますか。

見えているところでは誰かな。何か意見を言いたそうなのは。土谷先生が言いたそうかな。聞こえてないか。これ、もしかして聞こえが悪いのかな。

土谷先生、何か言えますか。聞こえてないのかな。

○土谷委員 私ですか。

○猪口部会長 そう。土谷委員、どうぞ。

○土谷委員 はい。ちょっと手を下げるのが、ボタンを押しても下がらなくなって、挙げっ放しなのですけれども、会議、今までのずっと繰り返しになっていますので、実行的に、がらっと変えてもいいんじゃないかなと、さっきも言いましたけど、変えたほうがいいかなというか、もう変えるべきじゃないかなと思います。

○猪口部会長 普通に考えると、こういう進め方、スケジュールになるけれども、もう待ったなしの状態から考えると、実行案が欲しいですね。

○土谷委員 ええ。それから、さっきも言った繰り返しになるんですけど、高齢者の救急が増えていく。だけど、医療事業者、医療提供者は増えない。そういうものを解決していかなくちゃいけないので、もう困ってからじゃ動けなくなるので、できるときから早く動いていかないといけないんじゃないかなと思います。その踏み台といいますか、始めるに当たって、やっぱり調整会議はうまく活用できるんじゃないかと思います。

○猪口部会長 ありがとうございます。よろしいですかね。

ほかに意見がなければ、その次ですかね。

報告事項（３）主な令和７年度新規事業等について、事務局からお願いいたします。

○井床保健医療計画担当課長代理 それでは資料７をご覧ください。

画面でも共有いたします。

こちら、本部会には医療機関の代表の方に多くご参加いただいておりますので、我々医療政策部で来年度予定しております新規事業等について、ご紹介をさせていただきます。

こちらは、次年度の予算案の発表時に例年公表をしております東京都予算案の概要で、そのうち医療について主要な施策をまとめております部分を抜粋した資料でございます。こちらの資料を用いてご紹介をさせていただきます。

まずは、１ページおめくりいただいた下段の部分、新規事業といたしまして、地域医療確保緊急支援事業でございます。こちら、現下の状況を踏まえまして、都内民間病院等に対して緊急的かつ臨時的に、入院患者１人当たり１日５８０円の支援金を交付する、地域医療確保に係る緊急・臨時支援事業を実施するとともに、高齢者受入れのための病床確保料をお支払いする、高齢者受入体制確保事業や、小児・産科・救急医療の患者受入れを推進するための体制を確保する病院を支援いたします小児・産科・救急医療受入推進事業を実施いたします。こちら、合わせて３２１億円の予算を計上しております。

次に、１ページおめくりいただきました上段、こちらも新規事業といたしまして、看護職員等宿舍借り上げ支援事業でございます。看護人材の確保及び定着を図るため、医療機関に勤務する看護職員等の宿舍の借り上げを支援いたします。

続いて、医療施設近代化施設整備費補助事業でございます。こちらは、医療資源の効率的な再編及び地域医療の確保に配慮しつつ、患者の療養環境の改善を進める民間医療施設に対し、施設整備を促進するため、１㎡当たりの補助単価を引き上げて実施をいたします。

続いて下段、電子カルテ導入支援に係る各種事業でございます。

導入前の支援といたしまして、導入準備のポイント等を相談できる窓口の設置や、電カル導入のメリットなどを周知する出張講演会などを実施する、医療機関デジタル化推進サポート事業を行います。また、電カル導入時のコンサル活用等に係る費用の補助を行う、医療機関診療情報デジタル導入支援事業、また、電カルの整備等を支援する、医療機関診療情報デジタル推進事業については、こちら、対象を200床以上の病院と無床診療所まで広げまして、補助率も引き上げて実施をいたします。

導入後の支援といたしまして、電カル運用に係るサイバーセキュリティ対策の強化に係る経費を支援する、医療機関診療情報サイバーセキュリティ対策支援事業につきまして、こちら、補助対象を拡大して実施をいたします。

さらに、医療DXに関連する知識・技能を有する人材の育成を図るため、職員の関連研修受講費用などを支援する、医療DX人材育成支援事業を新たに実施いたします。

次に、また1ページおめくりいただきまして、上から5点目、新規事業といたしまして、救急外来体制強化事業でございます。こちらは、救急搬送される高齢者の受入体制の強化のため、指定二次救急医療機関の救急外来における看護補助者配置に係る人件費を支援いたします。

続いて、二つ下、こちらも新規事業といたしまして、NICU入院児相談支援事業でございます。NICU入院児の成長発達の促進や、家族の不安軽減に取り組むファミリーセンタードケアを推進いたします。

最後に、こちらの一つ下、こちらも新規事業といたしまして、ドナーミルク利用支援事業でございます。NICUにおけるドナーミルクの使用やドナー登録を行う医療機関を支援し、ドナーミルクを必要とするNICU入院児等が利用できる体制を整備いたします。

以上は一例でございますが、今回ご紹介した新規や拡充する事業だけでなく、既存の事業も含めて着実に実施してまいりますので、ご協力のほど、何とぞよろしくお願いいたします。

新規事業等についての説明は以上でございます。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。本当に、ほかの道府県ではやっていない、医療機関のことをよく考えていただいた事業を展開していただいて、本当に感謝するところなのですけども、何か委員の方からご意見はございませんでしょうか。

東京都でないとなない事業はたくさんあるので、東京都はすごいなと思うものがたくさんあるんですけど、どうでしょう。意見はありますか。いやいや、これだけでは足りないというのも、あってもいいとは思いますが。

ないんですかね。みんなおとなしいですね。行政の方もいらっしゃるけど、どうですか、行政の方から。西東京の五十嵐さんですか。西東京市、そうですね。

○五十嵐委員 ご発言、よろしいでしょうか。

○猪口部会長 どうぞ、よろしくお願いします。五十嵐委員。

○五十嵐委員 西東京市の健康福祉部の五十嵐と申します。

今、東京都のほうから様々来年度の事業のお話があったところでございます。自治体のほうでも、様々東京都様と連携をして、市民に対する各事業を展開しているところですが、財源の部分で様々ご支援いただく部分もございますが、一応やっぱり事業の中で、市から、いろんな医療職や、また、様々な職種の方がいらっしゃるような、医療機関であったり事業者であったりしますけれども、そういうところは委託のような形を取りながらやる事業も一部ある部分がございます。そうした中で、なかなか多摩地域等におきましては、場所によっては、委託先での人材確保が難しい中で、市との調整、いわゆる市民サービスの事業をなかなか受けていただけないような場面も時としてある場合もありますので、ぜひ、いい事業については広く展開していきたいところなのですが、やはり、その辺の人材というところも、今日のお話の中にも一部ありましたけれども、一緒に今後も考えていただけると、より広く、よりまた市民の方のニーズに近づける事業展開ができるかなと思いますので、今後ともよろしくお願いいたします。

以上です。

○猪口部会長 よろしいですか。事務局から、特にはないですか。

どうぞお願いします。

○立澤計画推進担当課長 五十嵐委員、ご意見ありがとうございます。人材のところにつきましては、調整会議の病院の先生方からも、本当になかなか確保が難しい、不足しているというご意見をいただいています、多摩部でもすごくいろんな、そういったご意見をいただいたところがございます。

都としても、人材確保の事業をいろいろ設けてございますけれども、そういったところで今後も協力させていただきながら、一緒に取り組ませていただければと思いますので、引き続き、どうぞよろしくお願いいたします。

○五十嵐委員 ありがとうございます。よろしくお願いいたします。

○猪口部会長 ほか、よろしいでしょうか。時間は過ぎているんですけども。

また僕が話しちゃうとあれなんだけど、電カルだとかIT関係のほうも、物すごくお金をつけていただいているのですけれども、先ほど来、会議で、連携とICT、DXという話がたくさん出ているので、ここで一気に東京都、何百レベルの話で金をつけていただいて、一気にプラットフォームをつくってくれるとありがたいなと思っているんですけど。何かそういうことを委員から言っていただけるとありがたいんだけど。僕ばかり言っちゃって。

いらっしやいませんか。塚本委員、さっきから笑ってないで、何かきちんと話してください。

○岩井医療政策担当部長 ミュートが外れていないようです。

○猪口部会長 だから、塚本委員、どうぞ。ミュートを外してください。

○塚本委員 医療DXにおける電子カルテの問題なのですが、電子カルテの導入にはすごくお金がかかるし、ランニングにもお金がかかります。それからセキュリティーにもお金がかかって、病院経営にはすごく負担になるんです。しかし、もう入れざるを得ない状況なので入れているわけですが、精神科病院は、病床数が多くても1人当たりの売り上げが悪いものですから、一般病院と比べると、一般病床の半分ぐらいしか売上げが上がらない。下手すると3分の1ぐらいです。そういう中で、200床以下の医療機関しか補助金がつかなかったというのはすごく痛かったんです。それが今回少しでも改善されるというのでしたら大変うれしく思います。

どうもありがとうございます。

以上です。

○猪口部会長 よろしいですか。これ以上長引くと、また私1人でしゃべっちゃいそうだから、この辺にしておきましょうか。

ということで、今日の予定されていた議事は以上となります。

本当によろしいでしょうか。

では、事務局にお返しいたします。よろしくお願いします。

○立澤計画推進担当課長 皆様、本日は、活発なご議論と大変様々なご意見を頂戴しましてありがとうございます。

最後に、事務局から事務連絡をさせていただきます。

本日の議事録でございますが、作成しましたら、委員の皆様に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ご連絡をいただければと思います。その後、資料と併せて東京都保健医療局のホームページに掲載させていただきたいというふうに思っております。

また、次回の調整部会でございますが、先ほど資料6で例年どおりのスケジュールといたった形をお示ししておりますけれども、また必要な議論ができるように、都のほうで改めてスケジュールを整理いたしまして、開催時期が決まりましたらご連絡を差し上げたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

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誠にありがとうございました

(午後 7時43分 閉会)