

〔令和7年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東北部〕

令和7年8月4日 開催

【令和7年度第1回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東北部〕

令和7年8月4日 開催

1. 開 会

○本間課長：定刻となりましたので、令和7年度第1回目となります東京都地域医療構想調整会議〔区東北部〕を開催いたします。本日はお忙しい中ご参加いただき誠にありがとうございます。議事に入りますまでの間、私、東京都保健医療局医療政策部計画推進担当課長の本間が進行を務めさせていただきます。

本会議はWeb会議形式で開催しますので、事前に送付しておりますWeb会議参加にあたっての注意点を一読いただき、ご参加いただけますようお願いいたします。

また、本日の配布資料につきましては、事前に送付しておりますので、各自ご準備いただくとともに、予め説明動画を配信しておりますので、本日の資料説明は適宜省略しながら議事を進めてまいりますことを、ご承知おきください。

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、土谷副会長、ご挨拶をお願いいたします。

○土谷副会長：皆さん、こんばんは。東京都医師会の土谷です。

今回は、令和7年度第1回目の調整会議ですが、地域医療構想の目標年は2025年、つまり、ことしが目標年となっていました。

実際に迎えてしまったわけですが、そこで、今までどうだったかというのが、振り返りということで、今回の議事のテーマの一つになっています。

それから、今回はスタイルが変わっています。YouTubeで事前に動画を見ていただいて、説明を聞いて、それでこの会議に参加してもらうというスタイルになりました。

ですので、ディスカッションの時間を長く取りたいというのが、その意図するところです。

きょうも暑い一日でしたが、忌憚のないご意見をぜひいただきたいと思っています。どうぞよろしくお願いいたします。

○本間課長：ありがとうございました。

続きまして、東京都保健医療局医療政策担当部長の宮澤よりご挨拶を申し上げます。

○宮澤部長：東京都保健医療局の宮澤でございます。

ご参加の皆様方には、日頃から大変お世話になっております。本当にありがとうございます。

この調整会議でございますが、今年度も圏域ごとに2回開催させていただきたいと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

先ほど、土谷先生に、本日の議事、会議の進め方につきまして、触れていただきましたが、本日は報告事項といたしまして、今年度、都内医療機関の皆様方のご協力をいただきながら実施する予定でございます、地域医療に関する調査の概要について、説明をさせていただきます。

限られた時間ではございますが、新たな構想の策定、また計画の見直しに向けて、忌憚のないご意見を頂戴できればと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

○本間課長：ありがとうございました。

本会議の構成員につきましては、お送りしております名簿をご参照ください。なお、オブザーバーとして地域医療構想アドバイザーの方々にも会議にご出席いただいておりますので、お知らせいたします。

また、会議に参加のご希望のありましたほかの圏域の座長、副座長の先生方もWe b等でご参加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We bで参加されております。

また、会議録及び会議に係る資料については、後日公開となっておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を賀川座長にお願い申し上げます。

2. 報告事項

(1) 地域医療に関する調査について

○賀川座長：座長の、足立区医師会の賀川でございます。

それでは、まず、報告事項につきまして、東京都から簡単に説明をお願いいたします。

○井床課長代理：東京保健医療局医療政策部で保健医療計画担当をしております、井床と申します。

報告事項3点のうち、今回初めてご紹介いたします地域医療に関する調査についてのみ、簡単にご説明させていただきます。

資料1をご覧ください。画面でも共有いたします。

東京都では、昨今の物価高騰やコロナ禍以降の入院患者数の減少を踏まえまして、東京の地域特性を踏まえた持続可能な地域医療の確保に向けて、今年度、地域医療に関する調査、分析を実施することといたしました。

調査事項としては、大きく分けて3点ございます。

1点目は、患者の受療動向でございます。

都内では、高齢者人口の増加が続く一方で、高齢者を中心に入院受療率が低下傾向にございます。

そのような状況を踏まえまして、疾病構造や都民の受療に関する意識の変化を把握し、受療率低下の要因分析や入院及び外来患者数の将来推計を行いたいと考えております。

2点目は、医療提供体制でございます。

今後の高齢者救急や在宅医療の需要増を見据えまして、さまざまな連携における課題等について把握したいと考えております。

3点目が、病院の経営状況でございます。

昨今の物価高騰等が病院経営に与えている影響の実態把握のため、経営状況や医業費用の地域差の有無、また黒字、赤字要因等の分析を行いたいと考えております。

こちらの調査分析方法でございますが、調査対象によって4つに分かれてございます。

まず、①の病院調査でございますが、こちらは都内の全病院を対象に実施いたします。特に経営状況については、コロナ前後の経年比較のため、令和元年度、5年度、6年度の3か年分の状況についてご報告いただく予定です。

この病院調査への回答協力を今度の新規事業である入院患者1人当たり1日580円の支援金を交付する緊急臨時支援事業の交付要件としております。

続いて②の都民調査ですが、都民の受療に対する意識や行動の変化を把握するため、インターネットモニター調査を実施いたします。

また、この都民調査の補完といたしまして、③の患者調査で、都内の2病院にご協力いただき、医療の提供を受けている入院、外来患者に対して調査を実施いたします。

さらに、④の有識者等ヒアリングで、近年の医療提供体制や病院の経営状況等についてご意見をいただく予定でございます。

また、今年度、別途実施をいたします在宅医療に関する医療機能実態調査の中で、診療所に対して調査項目を追加し、これらの調査、ヒアリング結果やオープンデータも活用しながら分析を行い、年度末に最終報告を予定しております。

医療機関の皆様におかれましては、既存のさまざまな調査報告に加えて、大変ご面倒をおかけいたしますが、何とぞご協力をよろしくお願いいたします。

資料の説明は以上となります。

○賀川座長：ありがとうございました。

ただいま説明があった内容以外でも、報告事項全体につきまして、ご意見が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：この調査は非常に重要だと考えています。

その1つは、(1)のところで、患者の受療動向ということで、調査があるということですが、

患者さんの数が、コロナの前ほど戻らないというのは、よく聞くところです。そういったことがこういった調査で明らかになるというのは難しいかもしれませんが、何か糸口がつかめたらいいのかと思っています。

もう1点は、その下のほうにあります、病院の経営状況を調査します。

この調査も非常に重要です。なぜかという、東京都さんに、ぜひ病院の経営状況を知っていただきたいということです。

これが何につながるかというと、先ほどご案内もあったように、民間病院に入院1人1日580円の支援金が出ることになっています。その580円というのが本当に妥当な金額なのかということも、こういった調査からまた勘案することになると思います。

調査自体は、非常に細かくて回答の数も多いと聞いていますが、ぜひ全ての医療機関がお答えいただきたいと思っています。交付の要件になっていますので、ぜひお答えいただきたいと思っています。

なお、こちらの調査の結果については、第2回の調整会議で公開される予定ですので、皆さん、関心を持って注目していただきたいと思っています。

○賀川座長：ありがとうございました。

ほかにご意見がなければ、次の議事に進みたいと思いますが、よろしいでしょうか。

3. 議 事

(1) 2025年に向けた対応方針について（協議）

○賀川座長：それでは、議事の1つ目は、「2025年に向けた対応方針について」です。

各医療機関の対応方針について、調整会議で確認及び合意を図るとされており、資料をご確認いただいている前提で、さっそくお諮りいたします。

前回までの取扱いと同様に、各医療機関の対応方針を圏域としての2025年に向けて対応方針として合意する。

このような扱いとしてよろしいでしょうか。何かご質問、ご意見はございますでしょうか。

例えば、急性期から回復期に流れている病床が多くなって、約600床以上になってきたかと思っております。

○土谷副会長：区東北部は、バランスがいいほうだと思いますね。

○賀川座長：よろしいでしょうか。

〔全員賛成で承認〕

では、ご承認いただいたことにさせていただきます。

（２）現行の地域医療構想の振返り（意見交換）

○賀川座長：それでは、次の議事に進みたいと思います。「現行の地域医療構想の振返りについて」、東京都から簡単にご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：まず、今後の調整会議の進め方について共有いたしまして、前半の現行構想の振返りについてご説明いたします。資料5－1をご覧ください。画面でも共有いたします。

今後の進め方といたしまして、新たな地域医療構想の国のガイドライン策定に先駆けまして、現行の構想の振返りや、東京都独自の調査等によるデータを共有するなど、来年度の新たな構想の策定を見据えた意見交換を進めてまいりたいと考えております。

今回は現行の構想の振返りに基づく意見交換、第2回では、先ほど報告事項としてご説明した東京都独自の地域医療に関する調査に基づく意見交換を行いたいと考えております。

また、来年度の調整会議では、新たな構想の骨子案や素案を適宜お示しして、皆様からご意見をいただきたいと考えております。

資料が飛びまして、5ページをご覧ください。

こちらは、構想策定当初の意見と東京都の取組みをまとめております。

左側が、構想策定当初の区域ごとのご意見を、生成AIを活用して分析したところ、左側にありますとおり、高齢者救急を含む救急医療、在宅療養、連携の3つに分類されまして、こちらに対比させる形で、右側に構想策定後の東京都の取組みをお示ししております。

資料の5ページに戻りますが、まず、救急医療についてでございます。

策定当初のご意見としては、救急医療の需要増加に対して、各地域で高齢者の救急医療体制を充実させるべき、また、患者が住み慣れた地域に戻れる地域完結型の救急医療の仕組みづくりが必要、といったご意見がございました。

これに対して東京都では、特に令和5年度以降、コロナ禍後の東京ルールの増加に対する取組みを実施しております。

次に、在宅療養についてでございます。

策定当初のご意見としては、高齢化に伴い在宅療養支援を充実すべき、多職種連携の重要性、退院後の住み慣れた地域に戻れるような支援体制が必要、といったご意見がございました。

これに対して東京都では、区市町村や地区医師会の取組みを支援、人材の確保、育成に向けた取組みなどを実施しております。

最後に連携についてでございます。

策定当初のご意見としては、地域内だけでなく、隣接する地域等の医療機関との連携が重要、介護施設との連携により、患者の退院後のケアをスムーズに行うための体制が必要、患者のケアが一貫して行われるよう、医療、介護、薬局など情報共有のシステムが必要、といった意見がございました。

これに対して、東京都では、基盤整備が中心となりますが、医療情報等の共有の推進に向けた取組みを実施しております。

ここまでの前半の現行の地域医療構想の振り返りでございます。

平成28年度に調整会議が設置されてから、ご自身の病院や構想区域内で変わった部分、またこちらの資料上に記載のあるもの以外も含めた、東京都の取組みに対するご意見などをいただきたいと考えております。

説明は以上となります。

○賀川座長：ありがとうございました。

調整会議が設置されてから、ご自身の病院や地域で変わった部分、また都の取組みに対するご意見などということで、ご発言がある先生方はいらっしゃいますでしょうか。

約10年経過いたしまして、「またこれから」というところですが、何かございますか。

よろしいでしょうか。それでは、最後の議事に進みたいと思います。

（３）２０４０年に向けた課題及び取組みの方向性（意見交換）

○賀川座長：それでは、「２０４０年に向けた課題及び取組みの方向性」について、東京都から簡単にご説明をお願いします。

○井床課長代理：それでは、意見交換の後半についてご説明いたします。資料5-2をご覧ください。画面で共有いたします。

最初に、国の新たな構想のターゲットでございます2040年に向けて、国における将来の見通しなどの資料が続いておりますが、こちらの説明は割愛させていただきます。

5ページまで飛びまして、国の新たな構想の取りまとめの話になります。

これまでの入院医療だけでなく、外来、在宅、介護との連携、人材確保等も含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る構想を策定する方向性が示されております。

その中で、地域の実情に応じて、治す医療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て、医療機関の連携等を推進することが重要と示されております。

1 ページ飛びまして、7 ページですが、今後新たに実施されます医療機関機能報告により、医療機関機能の分類に沿って、役割分担の明確化や連携、再編、集約化を推進していくことが想定されております。

また、今回の外来、在宅、介護連携等も、新たな構想の中で対象とすることから、現在の二次保健医療圏単位の協議だけでなく、議題に応じてより狭い区域での協議の場の設定や、今後始まるかかりつけ医機能報告等のデータも活用して、課題共有や対応の検討、取組みなどにもつなげていく予定でございます。

2040 年に向けた現時点での国の議論の方向性は以上となります。

9 ページは、これに対して東京都はどうかというところで、2040 年に向けた都の課題例をお示ししております。

直近の令和4年度以降の調整会議におけるご意見を、こちらも生成AIを活用して分析したものでございます。

こちらに共通する意見を集約する前の、構想区域別の直近の会議における意見のまとめは、参考資料2に載せておりますので、こちらをご参照いただければと思います。

先ほどの資料5-1の、前半の構想策定当初の意見と同様に、高齢者救急を含む救急医療、在宅療養、連携と、「その他」ということで、意見が分類されておまして、それぞれの意見から抽出される課題を右側に挙げております。

11 ページですが、お示した2040年に向けた都の課題例を念頭に、自圏域に当てはまる課題やその他の取り組むべき課題があるか。その課題に対して、これまでの取組みを踏まえて、新たにに取り組むべき方向性があるか。

これらの観点から、2040年に向けて当該圏域として重点的に協議すべき課題と、取組みの方向性に関して、意見交換をお願いできればと考えております。

また、参考資料3といたしまして、前回の調整会議の際にお示したDPCデータを用いた地区診断のための関連データをお付けしております。

前回との違いでございますが、前回お示した令和4年度のデータと比較する形で、5年度のデータを追加しております。

また、構想区域ごとの資料ではなく、近隣のデータも確認できるよう、全構想区域をまとめて作成しております。

さらに、今回は慢性期から繰り返し発生する急性期疾患にデータを絞るとともに、MDCの16で脊椎圧迫骨折としてカウントされ得る疾患を追加して、また新たにMDCの06、消化器系疾患として、消化管出血、腸閉塞、胆嚢炎、胆管炎としてカウントされ得る疾患を追加しております。

こちらのデータも参考として、意見交換をいただけますと幸いです。

説明は以上となります。

○賀川座長：ありがとうございました。

2040年に向けて、区東北部としての重点的な協議すべき課題、そして、どのように取り組んだらいいかという方向性についてでございます。

先ほどから言っていますように、高齢者を中心とした救急医療、そして在宅療養、それから、いろいろな連携も「その他」と書かれていますが、広い範囲なものですから、少し論点を絞らせていただきまして、例えば、救急医療についてです。

中小病院も多いわけですから、さまざまな連携とかについてご発言していただければと考えております。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：私からも1点、振返りに絡めてお話ししたいと思います。

先ほどが2025年までの振返りで、これからが2040年に向けた課題で、どうしたらいいかということですが、先ほどからもお話がありましたように、「テーマを生成AIでまとめてみたら、3つになりました」ということです。

高齢者救急、在宅医療、連携ということですから、「じゃ、策定当時と今と、課題感としては一緒だけれども、話は変わってないのか」と言われるかもしれません。

私の印象ですが、「いや、そんなことはなくて、私たちがこうして集まって、話し合ったのは無駄ではない」と、皆さんにお伝えしたいと思っています。それは何かというと、ずいぶん心持ちが変わったんじゃないかというところです。

コロナ前にも意識づけはあったかもしれませんが、今までは「自分たちがやりたい医療は何なのか」ということを中心に、医療を提供してきたところもあったと思います。

この地域医療構想調整会議を通じて変わったと私が思っているのが、「地域の中で自分たちはどういう医療を提供すべきなのか」「自分達を中心じゃなくて、地域の中で自分たちがどうあるべきなのか」という心持ち、考え方がずいぶんついてきたんじゃないのかなと思っています。

そういうことで、ベッド数については先ほども話がありましたが、これはもう自然とやっていくしかないのかと思っていますが、そういうマインドセットが変わったのは調整会議の効果ではないかと思っています。

これから、ディスカッションになりますが、どうぞよろしくお願いします。

○賀川座長：ありがとうございました。

それでは、2040年に向けたさまざまな課題、それに対する取組みをどのようにしていったらいいかというところで、最初にご発言、ご意見はございますでしょうか。

それでは、きょうご出席の先生方にご意見を賜りたいと思います。

まず、東京女子医科大学附属足立医療センターの塩沢先生、お願いいたします。

○塩沢（東京女子医科大学附属足立医療センター 病院長）：いろいろな資料を見させていただいて、認識不足のところもあるんですが、この区東北部では、特に高齢化率が今後非常に都内の中でも高いということはもう当然ですし、高齢者医療というのがキーワードであることは間違いなくと思います。

例えば、高齢者救急であるとか、全部高齢者に関係することばかりかと思うんですが、そのときに、今後すごく大事になってくるのがACP（アドバンスト・ケア・プランニング）ではないかと思っています。

ところが、都でもいろいろ普及活動をされていると思うんですが、私の病院の中では、ACPというのが今一つ、患者さんから私どもの医療従事者に提示されるというのが非常に少ないため、当院の間診票にも、ACPの内容をできるだけ

書いていただいて、患者さん自身がどのようなご意思なのかということ、できるだけ把握するようにはしています。

ただ、問題の一つは、コアとなる家族教育についてです。

ご本人の家族の教育のシステムが、実際国とか都で策定されているかどうかということが、非常に分からないところで、家族の教育がないために、非常に進まないということがあります。

ご本人も意思決定が不十分で、まして、認知症とかになってしまうと、なかなか本人が分からないために、家族、医療従事者で病院任せになったりとか、あるいは家族の強引な考えで、もうあらぬ方向に行ってしまうということで、本当の高齢者に対する医療がそれでいいのかということになってしまいます。

ですので、ACPをいかに周知した形で、その時々で変わるかもしれませんが、また書き加えていけばいいことだと思うんですが、いかにこのACPをきっちと高齢者が持つかということ、それからできればご家族への教育のシステムを考えていただきたいと思います。

例えば、介護保険の申請時に、ご家族も一緒にACPの勉強をしていただくとかいうような、家族への教育というのを加えていただくと、進むんじゃないかと思っています。

○賀川座長：大変貴重なご意見をありがとうございました。

ACPにつきましては、地域構想調整会議では、コロナの前のときにテーマがございまして、先生方と一緒に討論したという記憶があります。

確かに、ACPは非常に大事で、患者さんにご家族のコミュニケーションを強くしていきながら、それぞれやっていけるかどうか。

都のほうの進み具合はどうでしょうか。

○宮澤部長：どうもありがとうございます。

ACPに関しましては、都としても、都民への普及啓発であったり、人材育成の研修などを行っておりますが、まだなかなか進んでいないというのが、実感というか、そういう数字にもなっておりますので、ここはしっかりやっていく必要があると思っております。

特に、先生からもお話がありました家族へのアプローチについては、家族間での議論や理解が進んでいないというところがあるかと思います。

そのあたり、ご意見も踏まえまして、しっかり受けとめて、つなげていきたいと思っています。どうもありがとうございます。

○賀川座長：ありがとうございました。

高齢者救急では、どうしてもACPが大事になりますし、また、そこから転院するときにも、ACPが必要になってきますので、行政も含めまして、啓蒙していきたいと思っております。本当にありがとうございました。

では、東部地域病院の稲田先生、お願いいたします。

○稲田（東部地域病院 院長）：医療は本当に複雑で、いろいろな切り口があって、先ほど機能別ということもありましたが、疾患別というところで、確かに「高齢者」と言ってひとまとめにしても、なかなか受け入れがたい患者さんというのは、透析であったり、精神疾患を持っておられたりしますので、そういった疾患別でも切分けをしていく必要があるかと思っています。

先ほど、区東北部というところで見てみますと、連携が進んできていて、コロナ禍が終わったあと、区医師会の会長先生方が集まって話をしたりとか、訪問診療を受けている方が急患となった場合には、病院で受け入れるといったようなシステムもできているといったようなところもあります。

また、当院は、循環器内科で、近隣とは「心不全ネットワーク」という形でネットワークを組んで、心不全の治療に当たるといった、ローカルな働きもあると思います。

これは区東北部の話ですが、もう少し大きなところで考えてみると、「ケア」とか「キュア」といったようなことはもちろんですが、今後2040年問題を考えると、「予防医学」というのをもっとしっかりしていく必要があるだろうと思っています。

なので、誤嚥性肺炎をいかに防ぐか、それから、高齢者における低栄養をいかに防ぐかということで、今はお米が高くてちゃんと食べられないという人たちもいるんですが、栄養問題は非常に大きいと思います。

それから、フレイルを防ぐための運動療法であるとか、いろいろな体操であるとかをすることによって、予防というところにも力を入れた形で、病院が参加していく必要があるだろうと思っています。

○賀川座長：ありがとうございました。

予防医学の話も出していただきました。戦前から「予防医学」という言葉があったということを思い出されます。

「心不全ネットワーク」というところで、慢性期の患者さんは繰り返して心不全を起こされますので、大変だと思いますが、貴重なご意見をありがとうございました。

それでは、岡田病院の岡田先生、お願いいたします。

○岡田（岡田病院 理事長）：最近、高齢者救急が大変多くなってきました。

ところが、独居という方が結構多くて、退院させるのがなかなか大変という状況は結構多いです。この点が特に目立っているところです。

○賀川座長：ありがとうございました。

それでは、等潤病院の伊藤先生、お願いいたします。

○伊藤（等潤病院 院長）：先ほど、土谷副会長からも振返りがあって、地域医療に関心が進んできたのではないかという話がありましたが、私もそれを感じているところです。

高齢者救急に関しましては、我々、中小民間病院が担うことになってくるかと思うんですが、東京都から新しい補助が出るということがあるということですが、実際に事業体としての存続も懸念されるような状況もありますので、その辺のところが明確にならないと、新たな取組みを進めることに対するインセンティブがなかなか働かないのかなというところを、危惧しているところです。

それから、連携に関しては、医療機関同士の連携は今でも結構やっていますし、ある程度のところがあると思うんですが、在宅とか介護施設との連携というのは非常に課題が多いです。

まずは、医療機関側が、介護保険の仕組みであるとかいったところを十分理解できていない部分があつて、進まないというところもあると思いますので、そのあたりについて、地域医療調整会議を含め、東京都の支援で、広まっていくことを期待しているところです。

○賀川座長：貴重なご意見をありがとうございました。

東京都から、今回いろいろ支援が出されましたが、土谷副会長もおっしゃったように、その助成が果たして十分なのかどうかというところだと思います。

それでは、平成立石病院の大澤先生には、またあとでご意見を賜りたいと思います。

それでは、木村病院の木村先生、お願いいたします。

○木村（木村病院 院長）：先ほどの資料で、「区東北部は医師と看護師の確保が重要」という記載があつたんですが、私の実感としては、一番足りていないというか、集めるのに苦労しているのは、介護・看護補助職になります。

医師や看護師は、それぞれ国家資格を持っているので、ほかの業界に流れることは余りないと思うんですが、介護の資格を持っていらっしゃらない方も、介護として働くということが多くございますので、そうすると、ほかの業界にも流れていってしまっているところがあるかと思います。

あとは、病院よりも介護施設のほうが報酬がよかったりとかいうのもあつて、病院における看護補助職がますます需要が高まりそうですが、そこが今後足りないことがどんどん深刻化しそうだと思っております。

○賀川座長：ありがとうございました。

看護補助職の方については、病院よりも高齢者施設、介護施設のほうが、給料の面で高いということも聞いております。

救急の中でも、東京ルールを含めて、特に、休日夜間においては、看護補助者の助成も出ていますので、それも活用できていらっしゃるかどうかというところですが。

それでは、柳原リハビリテーション病院の八巻先生、お願いいたします。

○八巻（柳原リハビリテーション病院 院長）：今まで、先生方、あるいは関係者の方がおっしゃったとおりかと思います。

思うところの一つは、全国的にこの2040年に向けての話というのは、どの都道府県なり自治体でもやっていると思うんですが、東京都というのは、数も多いし、病院も多いし、患者さんも多いし、利用者さんも多いしということで、連携をとっていくのがすごく大変で遅れているという話なのか。

それとも、全体像としては、いろいろ補助の問題とかも、もちろん東京都が一生懸命進めてくださっていることと思いますが、進んでいる話なのかという、全体像が見えないというところですか。

あとは、ことは東京都がいろいろ補助してくださって、病院の経営も何とかしていこうという流れにはなっているようですが、昨今はとにかく物価高で、おまけに医療なり介護、福祉の点数を上げてくれないので、とにかくもう経営が大変です。

連携をとっていく前に、さっきも話が出ていましたが、本当に病院なり施設が淘汰されてしまうんじゃないかという危機感の中でやっているのは事実なので、全体の中でどう調整をとっていくかというのを、本当に東京都としてはどう考えていらっしゃるのかというのが見えてこないんです。

雑誌とかいろいろな情報だと、厚労省は「ベッドを減らしたっていいんだとか、潰れたっていいんだぐらいの、すごく乱暴な勢いで本当に推し進めようとしている」みたいなことも聞こえてきたりしています。

ですので、本当にこの先やっていけるのかというすごく不安なりの中にいるというのが、我々の率直な感想というか、思っているところでございます。

○賀川座長：ありがとうございました。

「連携」「連携」といっても、医療機関と介護の連携というのは、これからだと思います。

より一層連携が進んで、「地域医療・介護連携構想」という名称も出始めていますが、病院の経営が非常に大変厳しい中で、高齢者が多いものですから、高齢者のために、例えば、施設、あるいは個別の患者さんと、いろいろな意味で連携し

ていきながら、2040年に向けた連携を進めていく必要があるということだと思います。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：八巻先生、ご意見ありがとうございます。

私は立場上、東京都の方ともよく折衝するところですが、国の感じと東京都の感じとは違うかと思っています。

国については、東京都以外はもう人口が減っていますので、医療機関の数が多過ぎて、余っているという認識だと思います。それが地域医療構想の出発点だったところですので、「潰れればいい」と言ったら言い過ぎですが、何とかソフトランディングできないものかというのが、国の考え方だと思います。

一方、東京都においては、医療従事者のほうがなかなか増えないといった中で、医療需要はまだまだ増え続けるということで、そのギャップが大きな課題だと認識しておられると思っています、1人1日当たり580円の補助金が出るというのは、そういう表れだと思っています。

行政のことは、いろいろな言い方があると思いますが、東京都においては、医療機関を支えていかなければいけないという認識であると思いますので、私たちの医療界全体としても、東京都と一緒に、病める人を支えていかなければいけないと認識していただいてよろしいかと思っています。

○賀川座長：ありがとうございました。

それでは、葛飾リハビリテーション病院の永島先生、お願いいたします。

○永島（葛飾リハビリテーション 名誉院長）：今までのお話を伺っていて、私は回復期のほうですので、その立場からお話を申し上げます。

各区域の資料をいろいろ拝見していると、回復期の要請が非常に高い地域と、もうほぼ充足に近い地域があって、非常にばらつきがあると思われます。

これも、東京都のほうで分析してもらった結果ですが、これをここに出して、その辺を分析して、「これをどうしようか」ということですが、その先が見えてこないというのが一つあると思っています。

例えば、回復期にこれから入ろうという組織、病院団体があつたとして、回復期の場合は、ご存じのように、基本的には全部包括医療になっていますから、2040年に限らず、2025年もそうですが、回復期リハビリというのは、高齢者の方が非常に多いわけです。

そうすると、高齢者の方が急変したとき、どういうふうに対応してもらえるのかとかいったようなことで、医療資源が回復期の場合は急性期ほどないわけですから、限られた医療資源の中で、急変された方にどのように医療資源を投入するかというのは、いつも問題になって、恐らく2040年になっても解決できないと思うんですね。

だから、問題点は抽出できるけれども、抽出された問題点に対して答えがなかなか見つけにくいというのが、正直なところじゃないかと思っています。

○賀川座長：貴重なご意見をありがとうございました。

回復期に入院されている患者さんの急変対応が、例えば、大病院、大学病院から来られて、その患者さんが急変して、じゃ、大病院、大学病院に戻れるかといいますと、なかなか難しいと思います。

ですから、地域の急性期の病院にお願いせざるを得ないのですが、急性期側は悩ましいところがあるということを、以前から聞いておりますので、これからの課題というところだと思います。

それでは、佐藤病院の富松先生はいらっしゃらないということですし、坂本病院の坂本先生はご欠席ということですので、それでは、東京都病院協会の青井先生、よろしくお願いいたします。

○青井（東京都病院協会、江戸川病院高砂分院 院長）：いろいろな先生方のご意見を伺って思うところですが、一つは、2040年に向けた地域医療構想において、東京都の高齢者人口はまだまだ増えるという想定のもとに話を考えていかなければいけないということだと思っています。

それにもかかわらず、現在の保険診療が、例えば、病院に関して言うならば、高度急性期、急性期、回復期、慢性期も全部そうですが、それに即した患者さん

の状況を反映できるような保険医療体制に変えていかなければいけないと思われるんですが、どうもそれが遅れていると思っています。

その結果として、既に、いろいろな病院が保険診療を行っていて、どんどん赤字に陥っているという状況が起きているじゃないかということが想定されて、これがこのまま進んでいきますと、どこかの医療機関も、特に、民間病院はやっていけなくなることが想定されると思うんです。

そうすると、東京都さんが、ある程度補填をするような話がありましたが、その程度ではとても賄いきれないんじゃないかというところがあると思います。

あと、地区医師会の立場で申し上げますと、在宅診療や診療所の先生方が、高齢者の患者さんを、内科の診療所などで診るにあたって、果たして、最初に女子医大の先生がおっしゃったみたいなACPの話をいきなり、例えば、血圧の薬をもらいに来ているお年寄りに聞くことができるかという、そういう問題でもないと思っています。

また、介護保険の申請をするからといって、医者の方からいきなり「介護保険なんだからACPだ」なんていうことを言えるかというと、現場ではなかなかそれは難しいんじゃないかと思われます。

ですので、この辺は、地域包括などの行政側が、保険の導入にあたって、こういったものの考え方に関して、申請されるご本人やご家族様と話し合っていくという体制づくりが必要なんじゃないかと思っています。

その上で、適切な「地域救急」というのが、現場に即してなされるべきなのかなという感じはいたしました。

加えて申し上げますと、人材の話になるんですが、看護助手が病院の中で足りないというのは深刻な問題ですが、実は介護士の数も高齢者施設において決して充足していないという問題がございます。

これは、当分の間、介護を必要とするような高齢者の人口が増えるにあたって、地域の在宅で療養される方も含めて、人の取り合いになるんじゃないかということが想定されます。

実際に、我々葛飾区医師会でも、ヘルパーステーションに人がいなくて、閉院したというところがございますので、どこに行っても、それに対する人材が十分に足りていないということが、喫緊の問題になってくると思います。

それに関して、何らかのシステムを変えていかないと、2040年に十分に対応できるような体制をつくるのは難しいかと思っています。

最後に連携の話ですが、区東北部は、そんな中でも割と、私が見る限りにおいて、比較的地域の中でもって、荒川、足立、葛飾の3区の中の急性期、慢性期の病院のやり取りでもって、うまく回っているほうじゃないかと思います。

ただ、実際のところ、高度急性期の疾患においても、年齢に関係なく、中央部の高度急性期医療を行っている大学病院やセンターのほうに、患者さんが行くというアクセスがあるので、区東北部だけでもって完結しなければいけないとかというような構想は、もう難しいんじゃないかという気がしています。

実は、慢性期に関しても、長期入院になりますので、患者さん自身の経済的な背景が大きく関わってきますから、意外とエリアの外からの需要があって、そこで患者さんを引き受けるという形が、今後伸びてくる可能性もあります。

ですので、この城東地区における地域住民の方、独居の高齢者が増えてくと思うんですが、そういう方々の経済的背景も含めたシステムを見ていかないと、救急医療にそこがかかってきますから、大きく問題が残るんじゃないかという気がしています。

○賀川座長：いろいろご意見をありがとうございました。

民間病院の赤字というのは、2040年というよりも、今後5年間ぐらいで変わるように、いいように変わればいいんですが、そのようには思っております。

あと、ACPにつきましても、例えば、包括さんをお願いしたり、さまざまな連携こそ、医療・介護連携の中でのACPコミュニケーションじゃないかなとは考えております。

あと、確かに青井先生がおっしゃいますように、高度急性期については、区東部のほかにも、区中央部、区西北部がありますし、確かに、東京ルールの区東北部の救急の患者さんが、区東部を含めまして、区中央部、西北部に、確か2割から3割流れているんです。

ですから、また戻ってくるんでしょうが、そういう数値は、区東北部の救急会議でいただいております。

大変な、貴重なご意見をありがとうございました。

それでは、成仁病院の片山先生、お願いいたします。

○片山（東京都病院協会・精神領域、成仁病院 理事長）：今まで、精神科病院としては、地域医療構想会議にオブザーバー出席だったんですが、今年度ないし来年度から正式メンバーとして入ることになりました。

それで、この東北部に関しては、精神科病院が約6病院か7病院あって集中しているんですが、逆に、ほかの地域にはないみたいな偏在がございます。

それで、精神科病院の場合は、二次医療圏が全都なんです。精神科以外の一般科の病院は、二次医療圏が細かく分かれていますので、そのあたりで、どのような形で参加させていただくのかということに対して、またご指示いただけたらと思います。

精神科も同じく、人件費比率が非常に高いものですから、診療報酬が上がらないことにはもうやっていけないようなところもどんどん増えております。

これから正式メンバーとしてやらせ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。

○賀川座長：ありがとうございました。よろしくお願いいたします。

前回も申し上げましたように、精神科の医療機関が多いのは、足立区、練馬区、板橋区でしょうか。病床数を結構持っていらっしゃいますので、ぜひ片山先生、いろいろな面でよろしくお願いいたします。

それでは、薬剤師会から、和田先生、お願いいたします。

○和田（東京都薬剤師会 常務理事）：引き続きのことになってしまうんですが、さまざまな連携をしっかりと強化させていただいて、尽力してまいりたいと思っております。

例えば、ポリファーマシーについても、処方医の先生とはもちろんですが、保険者さんともしっかりと連携して、そういった課題の解決につなげていきたいというところもあります。

独居の高齢者の方が多い地域ですので、例えば、認知機能の低下の早期発見であつたりとか、生活に変化があつたりというのが、来客時とかに見られた際にある程度チェックすることができます。

在宅療養に入られる前でも、私たちも、例えば、おうちでどのような服薬状況であつたりとか、生活状況であつたりというのを、かかりつけの患者さんであつたりすると、見に行かせていただくこととかもありますので、そういった際の情報連携とかを、地域包括センターさんともしっかりと引き続き行ってまいりたいと思っております。

あとは、入退院時の連携強化というところと、在宅対応薬局について、それぞれが持っている対応時間であつたりとか、対応機能についても、リストを作成しております、引き続き情報整理だったり、更新についても、しっかりと行っていきたいと考えております。

あと、無菌対応ができる薬局がまだ不足しているのではないかなと感じておりますので、そういったところでも、拡充、また維持をしてまいりたいと思っております。

○賀川座長：大変細かくありがとうございました。

先週、日本経済新聞で、OTC医薬品（一般用医薬品等）の記事が載ってまして、勤務の先生方は、6割、7割、特に風邪薬、シップ薬は要らないんじゃないかとか。

きょうはきょうで、朝日新聞が、がんの治療薬が非常に高いものですから、その辺の記事が出ていました、

今後の医療逼迫で、潰れてしまうんじゃないかということを考えて、和田先生、ご自分のご意見はございますでしょうか。

○和田（東京都薬剤師会 常務理事）：先ほども申し上げたポリファーマシーもそうですし、あとは、例えば、先ほど予防という話が出ていたんですが、健康を維持するためのものとしても、薬局からも啓発活動して、まず健康でいていただくということと、重症化させないというところに、しっかりとセルフケアとして、ちゃんと対応していけたらとも思っております。

そういったことに向けたスキルアップということで、最近、薬剤師会でも結構そういった研修を多く行っておりますので、引き続きそういったところでもしっかりと連携させていただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○賀川座長：大変ありがとうございました。

それでは、東京都看護協会の植山さん、お願いいたします。

○植山（東京都看護協会 東部地区 理事）：看護協会なので、人材確保に関して、東京都のご協力もいただきながら、東京都看護協会ではナースプラザ、それから、潜在看護師の再就業ということで、復職支援だとかプラチナナースの取組みをしています。

少しずつ一定の効果を上げつつあるんですが、根本的な解決には至っていないという状況ですので、こちらに関しては、地域で働き続けられる仕組みというのを、続けていかなければいけないと考えております。

また、先ほどから上がっております看護補助者の就業に関しては、今年度、4月からナースプラザでも職業紹介を無料で開始していますので、ぜひともご利用いただけると、枠組みが広がっていくかと思っておりますので、ご参考によりしくお願いいたします。

人材不足に関しては、なかなか人も集まらないので、効率的な看護の提供というところで、DXの導入だとかというところも進めながらというところですが、僕らとしては、人にしかできないケアを守りながらDXを導入していくというところを考えながら、看護職が苦手とするDXに適用できるように、情報リテラシーの教育だとかというところも進めていきたいと思っております。

また、ACPに関してですが、ACPの研修をすると、普通の研修の倍ぐらいの人数が結構集まるぐらい、看護界でもかなり意識が高まっているように感じています。

現場で単なる治療方針の決定とかという枠組みに収まらないように、地域にいるときから取り組めるACPというところで考えています。

この辺に関して連携ができるように、東部地区支部では、地域包括センターの保健師さんたちと顔の見える関係をつくっていこうということで、今年度、研修の相互参加などを通して、関係をつくっていきたいと思っております。

○賀川座長：大変ありがとうございました。

ＡＣＰについて非常は大事なものですから、ぜひよろしく願いいたします。

それでは、保険者代表の宮本さん、お願いいたします。

○宮本（全国健康保険協会東京支部 業務第２部 業務サービスグループ長）：いち保険者といたしましては、これまでと同様ですが、がん検診も含めて、予防に引き続き取り組んでいきたいと思っております。

○賀川座長：ありがとうございました。

それでは、行政のほうから、足立区衛生部長の馬場さん、お願いいたします。

○馬場（足立区 衛生部長）：私からは３点申し上げたいと思います。

まず１点目は、先ほど来出ているＡＣＰについてです。

厚生労働省では「人生会議」という愛称も付けているということですので、ぜひ、足立区医師会の先生方とも話し合いながら、区としても何らかの周知、啓発ができないかということは、今後検討させていただきます。

２点目は、看護師の人材確保についてです。

よく賀川先生をはじめとして、看護師さんがいないと外来の稼働率、ベッド稼働率も上がらない、経営状態にも影響すると聞いておりますので、区としましては、今後、潜在看護師の復職支援について、ナースプラザの方ともいろいろ連携してとは思いますが、区としても少し予算をつけて、看護師の人材確保というところを進めたいと考えております。

あと３点目は、独居高齢者が多いということです。

その予備軍である５０代の男性の単身者も、区には何割かおります。先ほど薬剤師会の和田先生からは、少しヒントとなる、「独居の方で具合が悪い方がいたら、キャッチできたら適切なところにつなげる」という話もいただきました。

正直、どんな準備をすることが、この独居高齢者に対して効果的なのかとか、予防的な役割がとれるのかということ、まだまだいろいろ検討していかないと、見えないところがありますので、この部分も区しては重点を置いて今後検討を進めたいと考えております。

○賀川座長：ありがとうございました。

葛飾区健康部長兼保健所長の清古さん、お願いいたします。

○清古（葛飾区健康部長兼保健所長）：葛飾区では、「在宅医療セミナー」というものを、年に4回ぐらいやっているんですが、最近やっと在宅療養を考えるとところが増えてきているようで、結構な人数が集まるようになってきております。

それから、ACPについてですが、葛飾区の社協のほうで、「エンディングノート」というものを無料で配布しておりまして、そこで「最期をどう迎えるか」というのを記入できるようなこともやっておりますので、その辺についても、医師会の先生方と一緒にまた検討していきたいと考えております。

○賀川座長：ありがとうございました。

それでは、先ほどの平成立石病院の大澤先生にご意見をお伺いできればと思ったのですが、いらっしゃらないようでございます。

それでは、さまざまな活発なご議論をいただき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共有をする場ですので、その他の事項でぜひ情報提供したいという先生がございましたら、挙手をよろしくお願いいたします。

よろしいでしょうか。それでは、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返しいたします。

4. 閉会

○本間課長：皆様、本日は活発なご議論をいただきましてありがとうございました。

最後に事務連絡がございます。

本日会議で扱いました議事の内容について、追加でのご意見やご質問等がある場合は、「東京都地域医療構想調整会議ご意見」と書かれた様式をお使いいただき、東京都医師会宛てに会議終了後1週間以内にご提出してください。

それでは、本日の会議は終了となります。長時間にわたりありがとうございました。

(了)