

令和 8 年度
東京都地域医療構想策定部会
第 1 回
会 議 録

令和 8 年 7 月 1 0 日
東京都保健医療局

(午後 6時01分 開会)

○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8年度第1回東京都地域医療構想策定部会を開催いたします。委員の皆さま方には、大変お忙しい中ご出席をいただき、御礼申し上げます。

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。

この会議は、ウェブ会議形式で執り行います。事前にお送りしておりますウェブ会議参加にあたっての注意点を一読いただきましてご参加いただきますようお願いいたします。

本日の資料の確認でございますが、事前にメールで送らせていただいております。各自、ご準備をお願いいたします。

この会議は、東京都地域医療構想調整部会から策定部会へ改組後の初めての会議となりますので、新たに就任された委員の方をご紹介します。資料1の東京都地域医療構想策定委員会委員名簿をご覧ください。名簿順に申し上げます。

東京都訪問看護ステーション協会会長の篠原委員でございます。

○篠原委員 よろしく申し上げます。

○計画推進担当課長 東京都介護支援専門員研究協議会理事長の相田委員でございます。

○相田委員 相田です。よろしく申し上げます。

○計画推進担当課長 東京都老人保健施設協会副会長の中本委員でございます。

○中本委員 よろしく申し上げます。

○計画推進担当課長 ありがとうございます。特別区保健衛生主管部長会より、渋谷区健康推進部長兼保健所長の猿田委員でございます。

○猿田委員 よろしく申し上げます。

○計画推進担当課長 ありがとうございます。東京都市福祉保健主管部長会より、立川市保健医療部長の渡貫委員でございます。

○渡貫委員 よろしく申し上げます。

○計画推進担当課長 特別区福祉主管部長会より、葛飾区福祉部長の鈴木委員でございます。

○鈴木委員 よろしく申し上げます。

○計画推進担当課長 西多摩郡町村保健衛生課長会より、瑞穂町健康課長の山内委員でございます。本日はご欠席でございます。

最後、東京都立多摩総合医療センター院長の今村委員でございます。

○今村委員 今村です。よろしく申し上げます。

○計画推進担当課長 ありがとうございます。

続きまして、委員の皆さまの参加状況につきましてご報告いたします。本日は、熊田

委員、桃原委員、山内委員よりご欠席のご連絡をいただいております。

この会議には、委員のほかに東京都地域医療構想アドバイザーであります東京科学大学と一橋大学の先生方にもご参加いただいております。また、こちら東京都側でございますが、医療政策部長はじめ事務局である医療政策部及び関係部局の職員も出席させていただきます。

本日の会議でございますが、親会であります東京都保健医療計画推進協議会設置要綱第9に基づきまして、会議録及び会議に係る資料は原則として公開となります。ただし、委員の皆さまの発議により、出席委員の過半数で決議した時には、会議または会議録を非公開とすることができます。そういった規定がございますけれども、本日ににつきましては公開としたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(異議なし)

○計画推進担当課長 特に異議がないということで進めさせていただきます。ありがとうございます。

次に、開会に先立ちまして、事務局を代表いたしまして医療政策部長の新倉よりごあいさつをさせていただきます。

○医療政策部長 皆さん、こんばんは。東京都保健医療局医療政策部長の新倉でございます。皆さま方におかれましては、日頃より都の保健医療行政に多大なるご協力を賜りまして厚く御礼申し上げます。また、本部会に委員としてご協力いただきまして、重ねて御礼申し上げます。

都では、これまで2025年、これを目途としました現在の地域医療構想、これに基づきまして、この間さまざまな取り組みを進めてまいりました。しかし、2040年に向けると、医療と介護、これらの複合ニーズを抱える高齢者の増加、また生産年齢人口の減少が見込まれており、地域医療を取り巻く環境については、このあと大きく変化していくことが想定をされております。こうした変化に的確に対応し、将来にわたり都民が必要な医療を安心して受けられる、こうした体制を確保していくためには、東京の特性を踏まえまして新たな地域医療構想、これを策定して関係者の皆さまと認識を共有しながら取り組みを進めていくことが非常に重要でございます。

この部会では、2040年を見据え、入院医療のみならず外来医療、そして在宅医療、さらには介護との連携、また人材の確保、これらを含めた医療提供体制全体の在り方についてご議論をいただき、都が目指すべき方向性を将来的に将来のビジョンとして整理をしてみたいと考えております。

本日の部会では、この部会の役割、構想策定の進め方、そして今後のスケジュールについてご説明をさせていただきます。また、先般、国から示されました構想の策定ガイドラインの概要や、昨年度東京都で実施をいたしました地域医療に関する調査の結果が取りまとまっておりますので、これらについてもご紹介させていただきながら、東京の医療提供体制の将来像について幅広い視点からご意見を頂戴し、次回以降、具体的な議

論につなげてまいりたいと考えております。

皆さま方には、策定に向け非常に短い期間でご議論を重ねていただくこととなりますが、ぜひご協力くださいますようお願い申し上げまして、私からのあいさつとさせていただきます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○計画推進担当課長 それでは、続きまして部会長の選任に移りたいと思います。

資料2の東京都保健医療推進協議会設置要綱第7の2によりまして、委員の皆さまの中から部会長を互選していただきたいと思いますのですが、この件につきましていかが取り計らいますでしょうか。ご発言ある方お願いいたします。石川先生お願いいたします。

○石川委員 この部会につきましての、委員長の互選について提案させていただきたいというふうに思います。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され、その後も調整部会の部会長として構想の実現に向けてさまざまな取り組みの進捗管理や評価を取りまとめてこられた、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はいかがでしょうか。

○計画推進担当課長 ただいま石川委員より部会長には猪口委員をとというご提案がありました。この提案につきまして、皆さまいかがでしょうか。ご異議ある方いらっしゃいますでしょうか。

(異議なし)

○計画推進担当課長 特に異議がないということで、ありがとうございます。

それでは、猪口委員に本部会の部会長をお願いしたいと存じます。早速で申し訳ございませんが、猪口部会長から一言ごあいさつをいただければと思います。

○猪口部会長 今、部会長にご指名をいただきました東京都医師会顧問の猪口です。石川先生からのご紹介があったとおりに、2013年から2015年くらいにかけて地域医療構想の策定というところで、策定部会の部会長をさせていただきました。

もう10年以上前です。ですから、年を取っておりますし、複雑な内容を全部まとめていけるかどうかちょっと心もとないところもありますけれども、前回の地域医療構想の時には、医療資源の投入量によって高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった病床機能と病床機能報告との整合性について、地域医療構想を作ったあともずっとみんなが理解できないまま、ずっと苦労したという経緯があります。

今回は、その蒸し返しにならないとは思いますが、医療機関機能と、医療機関機能に基づく役割分担といったところは、話は分かりやすいけれども、それぞれの医療機関にとっては経営上の死活問題、いろんな要素が含まれていると思います。作っていくのは非常に難しいんですが、現状投影型というよりは、将来、こういう世界になっていくんだということを皆さんでいろいろ共有しながら、東京都の新たな地域医療構想をぜひ皆さんと協力の下に作っていくことができたらと考えております。

ぜひ、皆さんの協力と、あと積極的な参加、よろしくお願いしたいと思います。以上です。よろしくお願いします。

○計画推進担当課長 ありがとうございました。

それでは、以降の進行を猪口部会長にお願いいたします。

○猪口部会長 はい。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。

本日の議事は新たな地域医療構想に関する検討についてです。事務局よりご説明いただき、意見を交換したいと思います。では、事務局、資料の説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、事務局より資料の3、新たな地域医療構想の検討についてご説明いたします。それでは、資料を投影いたします。

ご説明の流れとしましては、まず、国のガイドライン等で示された新たな構想の考え方をご説明した後、全国及び都内の医療状況や2040年の目指す姿を見ていき、検討体制及びスケジュールについてご説明いたします。最後に、新たな構想の検討の視点や、東京の医療提供体制の将来像について、皆さまより幅広い視点でご意見等いただき、次回以降の具体的な検討につなげてまいりたいと思います。

それでは、こちら、資料のスライド2ページになります。

新たな地域医療構想の概要となります。上段2の部分ですが、現構想では2025年を見据え、主に入院医療を対象とした病床の機能分化、連携を進めてきましたが、85歳以上の増加や生産年齢人口の減少が見込まれる中、2040年とその先を見据えたあるべき医療提供体制の姿やビジョンを示すために新たな構想を策定するものです。

左側、策定理由と方向性ですが、1つ目、85歳以上の増加と救急需要等の変化として、医療と介護の複合ニーズの高まり、軽症者を中心とした高齢者救急、在宅医療、介護需要の増加、そして今後の需要に応じた役割分担の明確化が必要となります。また、2つ目、生産年齢人口の減少により、医療人材の確保がより一層困難になることが見込まれます。

こうした背景を踏まえ、高齢者救急を含む入院医療、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域における医療提供体制全体の課題解決を図ることが求められています。

右上の現構想と新構想の違いですが、先ほど申し上げましたとおり、現構想は2025年を見据えた入院医療、病床機能を中心とした構想であるのに対し、新構想は2040年を見据えた医療提供体制全体の将来ビジョンを示す構想であり、構想の対象範囲が大きく広がっております。

右下の新構想で示す主な内容ですが、赤字の地域の医療提供体制全体の将来ビジョン、方向性、将来の医療機関機能の確保の在り方、医療機関の機能分化、連携の推進に関する取り組みが新構想で新たに加わり、黒字の内容も現構想に引き続き示すこととなります。

ページをお送りいただき、スライドの3ページからは、先般公表された国のガイドライン等を元に作成した新たな構想の国の考え方となります。

左上の目指す姿は、前のスライドでご説明した内容となります。右上の地域類型別の

課題は、東京の場合は主に大都市型に該当し、太字の部分ですが、医療資源が多い一方、機能の重複、偏在が生じる点や、患者受療が広域・複雑な点、また、構想区域よりも小単位の協議も重要になる点が挙げられております。

中程の主な変更点の1ポツ目ですが、地域医療構想が医療機関の一部から上位概念になった点が大きな変更点となります。2ポツ目の構想区域ですが、必要に応じて広域化等も検討されることとされ、3ポツ目は、病床機能に加え医療機関機能が新設されます。こちらは後ほどのスライドで出ます。4ポツ目、調整会議ですが、入院に加え、外来・在宅・介護連携も扱うため、議題に応じた柔軟な運営が可能とされ、5ポツ目、精神医療につきましては、今年度国のワーキンググループで検討がなされる予定です。

左下の必要病床数の推計については、都で図式化した計算式を示しております。詳細は次回以降の検討でも触れますので、今回は簡単にご紹介させていただきます。

まず、2040年の医療需要推計とある中の左側、2040年の将来人口に直近の受療率を掛けます。その隣、「構想の取り組みによる効果等【改革モデル】」とありますが、例えば入院受療率が低下傾向にあることなどを踏まえ、現構想で見込んだ需要と実際の医療需要の差分を何らかの形で反映させることなどが示されております。

また、その隣、病床数適正化分とありますが、隣の枠に参考とありますとおり、国の補正予算により病床を返還する医療機関に対する支援事業が実施されております。こちらは入院需要の低下など医療需要の変化を踏まえ病床数の適正化を進める事業であり、その事業趣旨を踏まえ削減が見込まれる病床数分の医療需要を差し引きます。

次に、下段の病床稼働率になりますが、現在の稼働率の中央値に将来の医療DXの取り組み分を上乗せして、必要病床数が小さく算出されるように設計されております。このように、必要病床数が過剰とならないような意図が計算方法からも示されております。

なお、必要病床数は、2030年と2036年の医療計画改定のタイミングで見直されることになっております。

ページをお送りいただき、スライドの4ページ上段では国が示すスケジュールとなります。左端から、先ほどから登場しております医療機関機能の報告制度が今年の10月より開始されます。こちらは、各医療機関が毎年報告する制度となっております。その後、2027年の上半期までに現状把握、課題設定、区域の点検を行い、2028年中に構想を策定、その中には医療機関機能の決定や必要病床数も含まれます。そして、一つ飛びますが、2035年をめどに一定の成果を見込んでおります。2030年と2036年の必要病床数の見直しは先ほどご説明したとおりです。

続いて、下段は参考となりますが、地域医療構想が医療計画の上位概念になったことを踏まえ、それぞれの位置付けをまとめた表となります。詳細は後ほどご参照いただければと思いますが、2040年構想の下段、策定・次期改定につきましては、※印のとおり必要に応じ、新構想の策定後も継続的に見直すこともあり得るとされております。

ページをお送りいただきまして、スライド5ページになりますが、国が示す都道府県

が検討すべき論点となっております。

①の構想区域ですが、2 ポツ目、数百万人規模の区域でも必要に応じ地域単位、テーマ別のワーキングで協議することとしております。続いて、3 ポツ目は、主に必要病床数等に関する内容ですが、入院需要率が中長期的に低下している中で、数値だけで病床の増床や削減を判断しないことが示されております。

②医療機関機能の詳細につきましては、後ろのスライドでも説明いたしますが、主な論点としまして、(1)の高齢者救急につきましては、年齢で一概に定義付けできないものとし、救急隊と医療機関の医療連携等を踏まえて、傷病者の搬送ルールを定めた実施基準に位置付ける必要があるとされております。

また、(2)の急性期拠点につきましては、人口 20～30 万人に1カ所程度を目安としつつも、症例分散を避けつつ診療実績、政策医療、アクセス等を踏まえ、総合的に協議されることとなります。なお、大学病院本院は、医育および広域診療機能のみ報告することとされております。その他、③の外来・在宅・介護との連携、④の人材確保につきましても、論点が示されておりますので、後ほどご参照ください。

ページをお送りいただきまして、スライド6 ページになりますが、4 ページに示しましたスケジュールをより具体化したものになります。上から順に、まず将来の医療需要を踏まえ現状・課題を把握した上で、現在の構想区域が妥当かどうかについて検討することとなります。その上で、構想区域ごとの課題について把握し、取り組むべき課題や目的を設定することとされております。その後、2028 年度までに急性期拠点を報告する具体的な医療機関名を含めた医療機関の設定や課題に応じた対応案を検討の上、取組方針を決定し、構想を策定することとされています。

ページをお送りいただきまして、スライドの7 ページから国の検討会資料等を元に整理した全国の医療の状況になります。

初めに、人口・医療需要の状況です。全国の状況として、高齢化や生産年齢人口の減少等が見込まれており、限られた医療資源を有効に活用するため、医療機関の役割分担を明確化し、連携、再編、集約化を推進する必要があるとされています。また、地域類型別に見ると、東京のような大都市型では、左の図のとおり医療需要が横ばいか増加するとされており、右の図では古い推計となっておりますが、東京の入院需要は青色の2040年以降最大になると見込まれております。

ページをお送りいただきまして、スライド8 ページになりますが、2040 年の病床数の必要性を算出、算定したグラフとなります。真ん中が2025年度の病床機能報告による病床数、右側は2040年の国の試算となっており、あくまで参考値の扱いとなりますが、2025年度と比較して2040年では全体では1割減、高度急性期、急性期は4割減、包括期が約2倍、慢性期は4%減となる見込みが示されております。

ページをお送りいただきまして、スライド9 ページは、救急搬送、在宅医療の将来推計を示したグラフとなります。左側が、救急搬送、右側が在宅医療需要の年齢別のグラ

フとなっており、特に赤色の85歳以上について2020年から2040年にかけて救急搬送は75%増、在宅医療需要は62%増と大きく増加することが見込まれています。

ページを送りいただきまして、スライド10ページになりますが、高齢者の急性期における疾病の特徴となります。1つ目の特徴として、赤枠でお示ししたとおり、85歳以上の疾病として誤嚥（ごえん）性肺炎や心不全などの疾患が多く、そうした疾患については手術を要する割合は低い傾向にあります。また、2つ目の特徴として、緑の枠でお示ししたとおり、高齢者の中でも年齢が上がるにつれ入院中に手術等が必要になる割合が下がる傾向が見て取れます。

ページを送りいただきまして、スライド11ページになりますが、要介護の認定率と85歳以上の推移を示したグラフとなります。左側の要介護認定率のグラフでは、年齢とともに上昇し、特に85歳以上で大きく上昇しております。また、右側のグラフのとおり、85歳以上の人口は2040年に向けて引き続き増加が見込まれており、これらのデータからも医療と介護の複合ニーズを持つ高齢者が一層多くなることが見込まれています。

ページを送りいただき、スライド12ページになりますが、医療・介護人材の就業者数の需要を推計したグラフとなります。グラフのとおり、国の推計では2040年の総就業者数は大きく減少する一方、医療・福祉分野の就業者数の需要は2018年と比較して2割近く増加することが見込まれています。

ページを送りいただきまして、スライド13ページになりますが、医療機関機能に関する説明となります。国は、2040年とその先を見据え、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より明確化するため、従来の病床機能に加え、医療機関機能の考え方を導入することとしています。

医療機関機能は、図のとおり、急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、専門等機能、医育および広域診療機能の5つとなっており、これらの機能をどのように位置付け、連携を進めるかが重要になります。

ページを送りいただき、スライド14ページからは、都内の状況になります。初めに、東京の地域特性です。東京の特性として、①人口密度が高い、③の高度医療提供施設の集積、⑤の中小病院や民間病院が多い、⑥の発達した交通網、⑦の高齢者人口の急激な増加、⑧の高齢者単独世帯が多いなど8つの特徴があります。こうした特性を踏まえますと、高度医療提供施設の集積や発達した交通網などの地域特性に応じて患者が広範に医療サービスを受療する動向が伺えます。

ページを送りいただき、スライド15ページは、入院患者の圏域ごとの流出入率を示したグラフとなります。先ほどの説明のとおり、東京は面積が狭く、公共交通網が発達していることから、圏域を越える受療行動が見られ、圏域ごとの流出率は約3割から5割、流入率は最大約8割と高い割合となっております。一方、都全体で見ると赤の棒グラフのとおり、それぞれ約6%、約14%と低く、都内で見るとおおむね入院医療が完結している状況が伺えます。

ページをお送りいただき、スライド 16 ページは、入院患者数を推計したグラフとなります。ここからが昨年度、都が独自に実施いたしました地域医療に関する調査によるデータとなります。表の見方ですが、黒い線は人口増減の影響のみを反映した推計、緑の線は人口増減の影響に加え、過去の実績を踏まえた受療率のトレンド等を加味した推計となります。推計結果によると、受療率のトレンドを加味した場合、緑の折れ線グラフのとおり、都内の入院患者数は減少傾向となっており、2025 年度比で 2040 年は約 1 割減、2065 年は約 2 割減と推計されております。

ページをお送りいただき、スライド 17 ページは、高齢者救急搬送件数を推計したグラフとなります。都内の高齢者の救急搬送件数は、赤い矢印のとおり 2050 年頃まで増加する見込みとなっており、ピークの 2050 年頃では 2025 年比で約 2 割程度の増加が見込まれています。また、棒グラフ下側の黄緑色のとおり、入院まで至らない外来の件数の増加がより顕著となっております。

ページをお送りいただき、スライド 18 ページは、在宅医療患者数を推計したグラフとなります。在宅医療需要は今後も大きく増加し、2040 年には 2023 年比で約 1.8 倍にあたる約 5.8 万人になると推計されております。

ページをお送りいただき、スライド 19 ページは、医療・介護人材の不足感に関する調査結果になります。都内病院全体では看護補助者、介護職員、看護師の順に不足感が強く、高度急性期病院に絞ってみると医師の不足感が最も強いという結果になりました。

ページをお送りいただき、スライド 20 ページからは、これまで見てきた全国・都内の状況に対して、特段取り組みを行わず、現状を延長したケースと課題に対して適切に対応した場合の 2040 年に目指すべき姿を比較で見ていきます。なお、今回ご紹介するシナリオ、イメージ図は、これまでお示した情報を元に生成 AI を用いて作成しています。

初めに、救急医療に関する 2040 年のイメージです。現状延長ケースでは、増加する高齢者の軽症患者が高次医療機関へ集中し、搬送受け入れや転院、退院調整時に遅れが生じ、重症対応にも影響が出ることが示唆されております。一方、目指す姿では、適切な役割分担の下、情報連携や搬送ルールが整理され、早期からリハビリや退院支援が円滑に進んでいる救急医療体制のイメージが示されております。

ページをお送りいただき、スライド 21 ページは、在宅医療に関する 2040 年のイメージです。

現状延長ケースでは在宅医療需要の増加に対し、受け皿の不足や独居や認知症などの社会的背景を抱える方の退院調整の長期化などが懸念されております。一方、目指す姿では在宅医療等連携機能が急変時の受け入れを支え、区市町村を中心に地域の関係機関が互いに情報共有しながら、多職種チームにより地域で支える体制のイメージが示されております。

ページをお送りいただき、スライド 22 ページになりますが、医療人材に関する 2040 年のイメージになります。

現状延長ケースでは、看護師や看護補助者、介護職員等の不足感が強まり、さらには代替人材の確保や紹介料負担が病院経営の圧迫につながることを懸念されております。一方、目指す姿では、養成、定着、再就職支援が一体的に進み、地域に必要な人材が確保されるとともに、タスクシフト・シェアやDX、AIの活用等により業務効率化や専門職が専門性を発揮できる体制のイメージが示されております。

ページをお送りいただきまして、スライド 23 ページになりますが、医療・介護提供体制全体に関する 2040 年のイメージになります。これまでご覧いただきました救急医療、在宅医療、医療人材に加え、医療DXの推進や小児・周産期医療、災害医療、感染症対応などを含め、医療・介護提供体制全体として目指す姿をお示ししております。

なお、ここまでお示したイメージは、今後の議論を深めるためのイメージとしてお示ししております。医療需要の変化に対応し、地域で支える持続可能な東京の医療提供体制を検討するための参考としてご覧ください。

ページをお送りいただきまして、スライド 24 ページは、新たな地域医療構想の検討体制についてになります。図の左側、地域医療構想策定部会は、新たな構想の取り組む方向性についてご議論いただき、図の右側、疾病・事業ごとの協議会では、策定部会の考え方を踏まえ、各テーマにおける取り組みを検討していきます。また、図の下側になりますが、新たな構想の検討内容については、今年度実施する東京都保健医療計画の中間見直しにも反映し、令和 12 年の次期改定までの取り組みの検討につなげていく予定になります。

ページをお送りいただきまして、スライド 25 ページは、新たな地域医療構想の検討スケジュール案となります。スケジュール表の左から 2 列目、策定部会ですが、本日の第 1 回は現状把握、2040 年に目指す姿を見ていきましたが、次回、第 2 回から 5 回にかけて、構想区域、高齢者救急などテーマごとの検討を進め、取り組みの方向性として整理していきます。整理した方向性については、矢印で示されております各疾病・事業別協議会と接続し、策定部会の考え方を踏まえ、テーマ別に検討を行い、その検討状況を踏まえ第 6 回、7 回の策定部会でビジョン・骨子案として整理し、第 8 回、9 回で素案として検討していく予定です。

また、スケジュール表の右端、調整会議ですが、今年度は年 3 回を予定しており、圏域別の課題の整理や取り組みの方向性について検討することを予定しております。最終的に令和 8 年度中に 2040 年を見据えた方向性を示す新たな構想を策定したいと考えております。

ページをお送りいただき、スライド 26 ページは、ここまでの内容を整理した表となります。入院医療、高齢者救急、在宅、介護との連携、人材確保のテーマ別に分類し、全国の状況と比較し、都内の特徴的な状況については青文字で記載してあります。

ここから読み取れることとしまして、下枠の 1 つ目、都内では入院患者総数の減少が見込まれる一方、高齢者救急や在宅医療の需要、医療・介護の複合ニーズを抱える高齢

者が増加しており、入院医療を中心とした体制から外来・在宅医療や介護との連携を含め、地域で支える体制への転換点が求められている点、2つ目、全国と異なる東京の地域特性があることから、それらを踏まえ医療機関の役割分担と連携を推進し、持続可能な医療提供体制を確保する必要がある点が挙げられております。

ページをお送りいただき、最終、27 ページになりますが、本日皆さまよりご意見いただきたい論点として大きく4つにまとめております。上から、新たな地域医療構想において示すべき2040年を見据えた東京の医療提供体制の将来像や基本的方向性、東京の地域特性を踏まえ、新たな地域医療構想において特に重視すべき課題や留意点、今後の検討を深めるにあたり、追加で把握、分析すべきデータや考慮すべき視点、最後4つ目、策定部会で整理した方向性を各疾病・事業協議会等における具体的な検討につなげる上で留意すべき点等でございますが、それらの内容に限らず幅広くご意見を頂戴したいと思っております。

ここまでの資料3の説明となります。

最後に、参考資料の紹介となりますが、まず、参考資料1としまして、先般公表された国のガイドラインとなっておりますので、こちらは後ほどご参照ください。

続きまして、参考資料2になりますが、先ほどご説明いたしました新たな構想と保健医療計画の中間見直しの関係を示しておりますので、簡単にご紹介いたします。

スケジュール表の下側の都の欄となりますが、新たな構想における都の構想の取組の方向性を踏まえまして、今年度実施する保健医療計画の中間見直しにも反映していきます。また、新構想は医療構想の上位概念となりますので、令和12年度以降の次期保健医療計画改定時には新構想を踏まえた保健医療計画全体の見直しを行っていく予定です。

説明は以上となります。

○猪口部会長 どうもご説明ありがとうございました。かなりの量だったと思います。これから議論をしていただくわけですが、今日は名簿順で、今まで聞いていただいたところの感想だとか質問だとか、そういったものも結構ですが、27ページの議論いただきたい主な論点というものを考えながら、ぜひご発言いただきたいと思います。

一番最初は横田委員なんですけれど、横田委員が考える間に僕なりの感想を言うと、今度の資料はA Iを結構よく使っていて、まとめにもA Iが入っていますが、絵が今までのポンチ絵と比べるとコテコテしているという感じはあります。それが一つ印象としてありました。

それから、私は厚生労働省の地域医療構想等の策定検討会にも出席させていただいて、厚労省は、東京都は医療提供体制に関してはかなりあるんで放っておいてもと考えていて、47都道府県の中で気を遣うべきは人口が少なく医療資源のないところ、都市部ではない医療資源が少ないところに目が行っているというのが印象としてありました。

例えば、15ページの東京都の図、このグラフは、東京都は全体としてはまとまって見えるようなんだけど、そういうことに惑わされてはいけない。東京都の医療特性つ

というのは、一つ一つを見るとばらけているけれども、全体としてはよく見える、そういうことに惑わされないで、地域医療構想をうまく作っていきましょうというのが最初の話だったんですが、意見を深めている間に、やっぱり全体としてはよくまとまっている、要するに東京都全体としては医療としての完結性が非常に高いんだということを理解してください。

皆さんのお手元にある地域医療構想策定ガイドラインに関しては東京都を特出しで書いている部分が結構あります。この部分を読んでいただいて、東京都は非常に特殊で、国からこうでなくてはいけないみたいに示された地域医療構想の考え方から脱して、東京都独自の地域医療構想をみんなで考えていくというスタンスになればいいなと思っています。ぜひ、構想ガイドラインを皆さんにも読んでいただきまして、これから相当回数の策定部会をやるように予定されているようですから、次回の時ぐらいまでには、少なくとも1回は皆さんが読んでいただくというような形にしていきたいと思っています。

さあ、時間をちょっと稼ぎましたので、横田委員からご発言をいただきたいと思います。よろしいですか。

○横田委員 猪口先生、ありがとうございます。また、事務局、説明ありがとうございます。

この27ページのところを主にということですが、私、今回救急医療対策協議会の肩書でこの委員会に参加していますが、普段は東部医療圏の二次救急を主体としている医療施設に勤務しています。そこで最近つくづく感じるのは、ここの②のところの課題です。特に急性期から慢性期への患者さんの移動です。地域包括ケア病棟、あるいは地域包括医療病棟から在宅復帰が、国のルールで70%、72.5%、80%というのがあります。以前は、これが非常に高いハードルで、課題として実感した次第です。

ところが、最近大きな医療グループの支援に当院が入って、在宅復帰に向けて多くのスタッフが業務することで非常にスムーズにいています。在宅の復帰率、これは自宅だけではなくてさまざまな施設も入りますが、大きな医療グループでは受け皿もあるというところを実感しています。しかし、多くの都内の医療機関がおそらく出口のところでも苦労しているということだと思います。

ですから、東京都として、ぜひここのところを行政的なサポート、例えば地域包括ケア病棟、あるいは地域包括医療病棟も、在宅復帰に向けてのスタッフというのを確保するところに行政のサポートを入れていただくと非常にうまくいくのではないかと思います。なぜかという、19ページに全ての医療スタッフが不足しています東京都として不足している医療スタッフにサポートをすると、この病床機能も非常にうまくいくのではないかというふうに思っています。

ということで、この最後の27ページのところを私見ていました。またありましたら、また発言させていただきます。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した。多分、現場の医者が感じていることをお伝えいただいたと思います。みんなが感じていることをお伝えいただいたと思います。

続きまして、東京都在宅療養推進会議の新田先生、新田委員お願いいたします。

○新田委員 猪口先生ありがとうございます。今回、東京都、猪口先生の説明も含めて、東京都の地域医療体制の大きな方向性がまず示されたというふうに思っています。そして、示された方向性の課題というのはこのとおりでございまして、これは間違いなくて、この方向でやっていく必要があるという状況でございます。

その上で、この 21 ページと、あるいは 20 ページの絵柄の右側の絵柄、これはとても重要でございまして、ここのところを、例えば重症者は拠点、軽症者は地域で受け止めると、これは在宅も含めてそうでございますが、そうすることによって、85 歳以上が増える高齢者が地域で暮らす社会を、施設・自宅での療養チームで継続するということは可能だろうなというふうに思っています。

それで、昨年東京都で病院と診療所の在宅の全調査、医療機関調査が行った結果でございますが、アンケート調査は 50%の大半の回答率でございますが、その中で全診療所の 20%が在宅医療を行っている。80%は行っていないと。まず実情でございます。さらに、その在宅医療を行っている診療所はどのような体制かという、その中でも 80%は、例えば 1 人体制なんです。だから、多くのところは 1 人の先生が頑張っていると、これが現実でございます。2 人以上の医師体制があるのは 20%いるわけでございますが、その中で、さらに調査では、外来の延長線上に、あるいは外来と並行して行っているのがほとんど 90%を超えています。在宅専門は 4%というようなアンケート結果でございました。

在宅専門って、自宅だけでなく施設もあるわけです。施設では地域のかかりつけの先生が 24 時間体制で行うのはなかなか難しくて、在宅専門が行っている、そういった事実があります。さらに言うと、他の都道府県、例えば福岡等は、在宅は施設在宅に変わっているんです。自宅よりも、施設在宅に変わっているんですけど、東京都はその調査ではまだまだ 90%近い皆さんがやっぱり地域で過ごしている。この絵柄のとおり自宅・施設での療養をチームで継続になるんですが、自宅のほうがかなり多く、これから施設もかなり多くなるかも分かりませんが、そういったチームで継続する体制をどのように行うかということでございます。

一方、地域医療構想と同時に第 8 次在宅医療計画が考えられて、東京都は、23 区、各市町村それぞれを在宅医療圏として、そこに基幹機能を置くとかというような体制になっていますので、それがどのように議論をするかということが、24 ページ右側の構図です、在宅医療、医療・介護の連携は在宅医療推進会議でと書いてありますので、そこはきちっとやり切っていく必要があるなど。その上で地域医療構想策定部会と連携を図って、その議論を反映するというようにしていかなければいけないというような感じだと思います。

○猪口部会長 もう十分、27 ページの課題を一つずつ全部答えていただいているような感じで、本当に、貴重な資料までいただきましてどうもありがとうございます。

続きまして、ずっとご指導いただいている石川ベンジャミン光一先生お願いいたします。

○石川委員 猪口先生ありがとうございます。このあとさまざまな現場の方々のご発言があると思いますが、私のほうからちょっとお話をしておきたいのは、3 番目の点です。追加で把握・分析すべきデータや考慮すべき視点について少し知見を述べさせていただきます。

現状で、東京都におきましては、約 10 万、11 万床の一般病床と、それから精神科の病床 2 万床の、大体医療におきましては 13 万床程度の診療規模がございます。こちらに関しては、猪口先生からの話もありましたように、東京の中でも特徴的な問題があるものの、東京都全体としての、恐らく病床や医療機能については今後の調整の中で十分に対応ができるというふうと考えられているということだと思いますので、しっかりと地域医療構想に関してはガイドラインにのっとって策定を進めていただくことが重要だと思います。

一方で、今回の資料の 11 ページの部分も同時にご覧いただきたいのですが、11 ページの資料の中では、85 歳以上の人口の推移と、要介護認定率がございます。85 歳以上というのが一つのキーワードとなるわけですが、2026 年度、東京都内におきましては 85 歳以上の人口が 61 万人程度で、これに対しまして左側にあります要介護の認定率が約 6 割ということで考えますと、35～36 万人の要介護者が現状で存在しているような状態でございます。

一方で、今後 2040 年に向けましては、85 歳以上の人口が 84 万人まで、20 万人程度増えていくことが予想されておりまして、これが、20 万人の 6 割がもしも要介護となるということになりますと、12 万人程度、要介護者の需要が増えてくることが考えられます。特に、85 歳以上、女性では骨折等を経験されたことにより自立した生活が損なわれるような方が増えてくることが想定されておりますので、ぜひとも医療側に関して、しっかりとした体制を取っていただくのと同時に、今後医療機関機能としての包括期、病床機能の包括期、あるいは医療機関機能としての在宅等の支援機能の部分というのをうまく介護と連動させながら取り組んでいくことが重要だというように思われます。

現状、2030 年までの間は医療の部分だけでも対応は進んでいくと思うのですが、30 年から 40 年にかけては、85 歳以上の高齢者及び要介護需要が伸びていくというなかで、東京はさらに深刻化する要介護者の問題に対応しなければいけないので、しっかりとこの段階で、医療の提供に関してはグランドデザインを改めて猪口先生のご指示の下作っていかねばと思っていますところです。

私のほうからは以上です。

○猪口部会長 どうも貴重なというか、そういう考え方を示していただきまして、どうもありがとうございます。具体的な比率を当てはめながら石川先生がこれぐらいになるだろうと想定していただいたわけですが、こういうデータも将来的にはきちんと出していただいて、皆さんで検討いたしましょう。

今日は熊田先生お休みなんですよ。では、順番で東京都医師会の土谷副会長をお願いします。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。私からは主に2つお話ししたいと思います。

1つは、これまでもご説明ありましたように、国が見ている地域と東京は全然違うんだという観点で進めていかなきゃいけないので、ガイドラインは大事ですが、東京の特性を私たち自身がよく踏まえて構想を作っていかなければいけないんだと思っています。

その中で、今回の資料の中で一番注目すべき点は16ページのグラフだと思っています。16ページの、昨年度の調査になります。東京都さんがやってくれました。地域医療に関する調査・分析業務等報告書という中で、上のグラフのグレーのところと緑のところです。私たちは今までずっとグレーのように、上の線のように医療需要は推移するだろうと何となく思っていましたけど、実は、赤囲みにされていますけれども、需要率が変動するのを加味してみると、東京においても入院患者数のピークはもしかしたらもう過ぎているかもしれない。これは本当だったら衝撃的な事実になります。

ですので、まだ医療需要が増えていくんじゃないかと思っていた中で、もしかしたらもう減っているかもしれないというのは、十分考えながら、構想を策定しなきゃいけないと思います。

それが前提の話であって、2つと言った1つ目は高齢者救急の在り方で、これは国が示しているガイドラインは拠点に行って下り搬送というようなパターンなんですけど、東京はそうじゃなくて、拠点だけではもう支え切れないんで、みんなで見る、むしろみんなで見て、中小も見て、逆に上り搬送というスタイルでやっていかないと高齢者救急はやっていけないんじゃないかというふうには思います。

先ほどの石川先生からもありましたように、医療需要の全体は減るけど、85歳以上はまだ増えますので、下り搬送ではなくて上り搬送でやっていくと、国が示しているのと全く逆の考え方でやっていかなきゃいけないんじゃないかと思っています。その辺がポイントになるかと思っています。それが1つ目です。

それから、もう一つと言ったのは、構想区域の話です。島も入れて13圏域、今まであったわけですが、やっぱり東京は一体として考えるべきだというふうに私は思いますし、多くの人もそう思っていると思います。特に、新構想は今年度中に策定しようというふうに今ご発表ありましたので、結構急いでやらなきゃいけない話ですけど、特に構想区域についてはどうあるべきかというのは早く決めなきゃいけないと思います。先ほどの高齢者救急については、みんなでずっと話し合いながらやっていくことになる

思いますけれど、構想区域どうあるべきかというのは、皆さんと一緒に大急ぎで決めていきたいなと思っています。

以上です。

- 猪口部会長 どうもありがとうございました。そうなんです、7ページで見ると、東京は2040年以降にまだ入院患者が増えるだろうという図ですけども、どうやら先ほどの16ページ、既に減少局面に入っている。地域医療構想の検討委員会のほうでは、地方に関しては、こういう言葉を使っていた先生がいるんであえて使いますけれども、入院医療そのものからの撤退戦であるというような言い方もしていました。だから、今までのようにどんどん作るというよりは、統合・再編・集約というものが大事なんだということを地方の場合では言っていた。東京の場合は違うっていう視点で聞いていたわけですが、こういうデータが出てきますと、東京も統合・再編・集約というようなことを考えていくっていうのはすごく大事なところなのかなと思っています。

それで、土谷委員が下り搬送、上り搬送と言いましたが、僕の認識では急性期拠点と高齢者救急という医療機関機能を作ったのは、何も下り搬送だけではなくて、もともと高齢者救急に関しては、適材適所、患者さんを送るということをぜひ考えましょうというようなことを言っているんだろうと思いますので、上り搬送は当然のことながら、下りも上りも起きるというような図式であろうと私は思っていますんで、ちょっと一言言わせていただきました。

それから、構想区域の発想もおっしゃっていただきました。そういうふうを感じる委員も相当多いんじゃないかなと思います。土谷委員、どうもありがとうございました。

続きまして、都病協の宮崎委員お願いいたします。

- 宮崎委員 猪口先生、どうもありがとうございます。今日は初回なので、今の土谷先生の話も含めて、こうしたらいいていうわけじゃなくて、今は私もいろいろ考えている問題点を幾つかお話しさせていただきたいと思います。

まず、今回のガイドラインで評価すべきものは、評価というか注目すべきものは、まず急性期拠点病院と高齢者救急の部分を併記にしないということが一つポイントかなと思っています。これは、どちらを決めるという時に、皆さん急性期拠点病院を目指しましょうという話ではないと私は考えていて、これはあくまでも機能分化なので、診療報酬改定の時に、それを目指すとか何かいいことがあるよみたいなイメージが先に出ているので、これは地方においては、私は地域医療振興協会を、地方の病院とかもやっていて、その発表とかも聞くんですけど、ちょうどはまるんですね。確かに拠点病院と高齢者救急という部分でいうと、非常によくできているなというふうに思うんですけど、東京の場合は全然違う事象が、話題になっております。

そのところを皆さんでこれから議論していかなくちゃいけないんじゃないかなというふうに思っているのが1つです。

先ほどの入院の数が減っているということは、地方においてより、東京のほうが在院

日数がとにかく短くなっているということは間違いないですので、必要病床数とか基準病床数との差で増床とかを判断するべきではないという考え方について、そこは評価されるんですけど、間違いなくもっと減っていくと思いますので、慎重にやらないといけないんじゃないかなというふうに思っております。

大体そういうところです。とにかく、高齢者の急性期病院、その機能に関しては、構想区域も含めてなんですけど、非常に難しいと。これは東京で一番きちんとやらないといけない部分じゃないかなと思っております。

先ほどの説明で、A Iが描いたこうあるべきだというふうなのをちょっと思い浮かべると、東京は600幾つ病院があるんですけど、極端なことをいうと、1万床の病院が10個あればいいんじゃないかというようなことになっちゃうんです。実際には、それは無理なので、きちんとそういうイメージを持って機能分化できるといいんじゃないかなというふうには思っているんですけど、なかなか現実には難しいところがあってすり合わせが必要じゃないかなというように思っております。

すみません、以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。地域医療構想というのは、役割分担でどこを選ぶかっていうことは9割が民間病院の東京にとっては、まさに経営問題なんですよ。役割分担をやる、宮崎委員が言った役割分担なんですけれども、非常に適正に役割分担ができたとしても経営が成り立たないと話にならない。経営のいいところに行きたがるというような傾向もあるから、その辺のところをどうやって解決するかっていう部分もあるんだろうなと思いつつ聞いていました。どうもありがとうございました。

続いて、東京内科医会の渡邊委員をお願いします。

○渡邊委員 ありがとうございます。今回、先ほど新田先生が言われたように、私は開業医の内科の代表という形でお話しさせていただくんですけども、新田先生がおっしゃったように、在宅を担っている開業の先生は医師会においても、確かに今言い方を変えると個人でやっている先生と、メガ在宅と言われているように、大きくやっている在宅の先生方がいらっしゃって、その先生方との役割っていうのはかなり違ってきちゃったんじゃないかなというふうに考えています。

今回の診療報酬改定だと、全員メガ在宅のほうに移行しないで、個人在宅のほうの人たちは一所懸命やると言っても要件が厳しすぎて、在宅に取り込もうと思っても、やったところであまり収入にもつながらなくなってくると、実際には今までずっと外来で見てきた高齢者が通えなくなったから在宅に行くっていう今までのわれわれの開業医の流れが、メガ在宅をお願いするっていうようなそういう流れになってしまうんじゃないかと、本当にそういうふうに考えているんでしょうかっていうことをすごく思っております。

それで、論議の中に、病院の役割だけでなく、在宅を担う診療所の役割というのも、データもそろえてもらいたいなと思います。

その次に、緊急の入院については、在宅をやっている、北西部なんですけれども、あまり困ってはいないです。ただ、14 ページにあったように、東京都の特徴というように、高齢者の単独世帯が多いという問題が挙げられているんですけれども、これはわれわれも困っていて、血圧が高くて、骨折して歩けなくなって、リハビリも進まないから歩けないだけですって言われても、単独の人を単純に帰すのかってというのがすごく難しくなってきました。

単独というのは、独りなのか、おじいちゃん、おばあちゃん2人世帯で、高齢者だけの世帯っていうふうにどちらに捉えても、新田先生がおっしゃったように、施設在宅とかそのあたりも、帰すにあたって普通に生活できるけれども、体の病氣的、医療的には問題なくてもその場で生活できる確度があるのかなのかっていう、そういった観点から見ないと。

今まで入院とか病院の話はしていたんですけど、末端の開業医であれば、僕がオーケーと言ってもそこで生活ができない、成立しないような状況の場合にはどういうところに行けばと。そういった治療院に行けばいいんじゃないかっていっても、そこにはすぐ入れない、ハードルがすごく高くて、どういように対応していけばいいのか。病院も出口で一番困っているのはそれだと思います。特に認知症がある方を1人で帰せって言われても、認知症が進行しちゃった状態ではちょっと無理だし、家族の理解もなかなか得られないとなってくると、ある程度ルー尔的なものもあってもいいのかなというふうに思っております。

在宅に特化して、27 ページの話に沿っていないかもしれないんですけれども、一番末端のところの話、入院は病院さんが一所懸命やってくれているので、あまり困らないんですけど、帰していいですかって言われると、この人帰っても生活できないっていう状況もあるので、そうした内容を構想に盛り込んでいかないうふうに思っています。

ちょっと高齢者に特化してしまったんですけど、以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。貴重なご意見だと思います。高齢者、在宅、介護との連携が今回は全部テーマになっていますんで、そういうところまで考えていきたいと思います。

次は、長瀬委員が退出されたということですので、歯科医師会の湯澤委員お願いします。

○湯澤委員 27 ページの課題に沿わないかもしれませんが、歯科としてこれから、3 ページの左に小さい字で高齢者救急とか在宅が増えるという状況だということで、そうならないようにするのは一つの考え方なのかなと思います。入院とかそういうのを減らすためにはどうすべきか。

歯科で言わせてもらおうと、やはり予防しなくちゃいけない。10 ページを見ていただきたいんですが、ここに85歳以上の頻度の高い傷病名ということで、肺炎とかここに出ています。ですので、口腔ケアというのはこういうところを低くすることができるとい

うふうに思っております。そして、重症化にならないようにするためには、やはりそういうのが必要になるのかなというふうに思っております。

13 ページも見てくださいなんですが、ここにも医療機関機能の新設ということで、左の下のほうで高齢者救急・地域急性期機能ということで、誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受け入れと書いてあるんですけども、受け入れはいいんですが、そうならないようにするためにはどうするかということを考えることも必要なのかなというふうに考えております。

17 ページなんですが、ここの救急搬送が増えるというふうに書いてありますけども、これもやはり救急搬送が増えないようにどうすべきかというところも地域医療構想で考える必要があるんじゃないかというふうに思っております。

それと、あと、19 ページで各職種の人員配置状況ということで、これはちょっと質問したいんですが、歯科はどこに入るのかなということを質問したいなと思っております。例えば、訪問、今まで在宅とかというお話がありましたが、歯科医師で在宅をやっている歯科医師というのはあまり多いとは言えないんです。ですから、不足しているというふうに考えてもいいのかもしれませんが、そういう在宅をやる歯科医師を増やすということもこれから必要になってくるのではないかと思います。この点を質問したいなと思っております。

26 ページも見てくださいなんですが、ここにもやはり高齢者救急ということで誤嚥性肺炎等で入院需要が増加する、これを増加しないようにするためには、歯科としては予防と私は考えておりますし、あとは人材確保のところ、予防とかするために、やはり人材として必要なのは、歯科衛生士さん。歯科衛生士さんも今不足しておりますので、課題として提起したいなと思っております。

私から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。少しだけ質問が入っていましたので、どうぞ、事務局のほうで答えられれば。

○計画推進担当課長 19 ページの不足する職種のところですけども、今回の東京都の調査は、対象は病院となっていて、質問としてはあらかじめ選択肢の中から対応する職種についてそれぞれ少ないと感じているか、そうでもないかを選んでいく質問になっていて、医師について何科の医者、歯科医師かどうか、そういったところまでは聞いていない状況になっています。

○猪口部会長 よろしいでしょうか。どうもありがとうございました。

ここまで、自由に発言していただいて、本当に手際が悪いんですけども、あと 20 人ぐらいの委員に発言してもらいたいと思っておりますので、皆さん、2～3分ぐらいの感じでぜひまとめていただけるとすごく助かります。よろしくお願いします。

では、続きまして、薬剤師会の宮川委員お願いいたします。

○宮川委員 東京都薬剤師会の宮川でございます。2～3分でまとめてということでした

ので、簡潔にお話しさせていただければと思います。私のほうからは、薬剤師の立場からは3点ほどご意見申し上げさせていただければと思っております。

1点目が、将来像における薬局の位置付けということで、資料13ページの医療機関等のうち在宅医療等連携機能というところの欄に、連携先として訪問看護、訪問介護等が挙げられているんですけども、21ページのこれからの目指す姿のイメージのところには、病院・診療所・薬局・訪看・介護・区市町村が情報共有というふうに明記されております。そして、国のガイドラインでも外来医療の論点として医歯薬連携ということが求められておりますので、都内の病院が627カ所ということでございますが、薬局は約7,000カ所ございますので、住民に最も近い医療提供施設として、ぜひ今後地域医療構想の本文においては、薬局・薬剤師を地域の医療提供体制を構成する社会資源として明確に位置付けていただきたいというふうに考えております。

2点目でございますが、東京の地域特性を踏まえた課題というところで、本日の資料で私のほうで印象強く受け止めたのは、現在高齢者単独世帯が81万世帯、全世帯の11.2%に上っているという点でございました。先ほど歯科医師会の湯澤先生もお話しされていましたが、85歳以上の入院で頻度が高い誤嚥性の肺炎ですとか、うっ血性の心不全というのは、いずれも、私どももアドヒアランスやポリファーマシーと切っても切り離せないところだなというふうに考えております。

また、高齢者救急も入り口である予防の点と、出口の薬物療法の継続という両面で見ても、薬剤師の関与というのは生活を左右するのではないかと考えている点から、在宅医療が2040年に約1.8倍に増加する中で、無菌調製ですとか医療用の麻薬、医療材料の24時間の供給体制といった薬局側の対応能力というのも地域の制約要因であり、需要推計と併せて供給側も見ていただく必要があるのではないかと考えております。

3点目ですけども、把握、分析すべきデータというところで、先ほどの人員配置状況ということはどういった経緯でデータが出ていたというのが東京都の回答でよく分かりましたが、薬剤師の過不足がデータだとちょっとよく見えないので、病院薬剤師と薬局薬剤師と分けた需給の把握をデータとして改めてお願いしたいというのが1点と、また、圏域別の、先ほど申し上げた無菌調製の対応薬局数ですとか、24時間対応薬局数、また麻薬の小売業者数とか、認定制度にあります地域連携薬局、また健康サポート薬局の数、そういったところをデータとしてご用意いただけると、より実効性のある議論にこれからなっていくのではないかとというふうに考えております。

私のほうから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す。多くの要望があったと思いますので、ぜひ反映するようにお願いいたします。

続きまして、東京都看護協会の野月委員よろしく申し上げます。

○野月委員 お願いします。私のほうからは、医療と介護の複合的なニーズを抱える方々を、地域でしっかりと見ていけるようにするために何が必要かというような視点でお話

させていただきます。

まず、高齢者の救急搬送を病院でしっかり受けていくためには、やはり“出口戦略”が非常に要だと考えております。現在、在院日数の短縮化が進む中で、急性期の医療が終わったばかりの認知症のある高齢者の方々が、高齢者施設等に退院するケースが増えていきます。その結果、医療ニーズの高い患者を受け入れる施設側では看護が追い付いていないという声を聞いております。

こうした状況に対応するためには、専門性の高い看護師が施設にきちんと入り、施設の看護職への教育やスキルアップに力を入れていく必要があります。急性期治療が終わった方々を安心して受け入れられる体制づくりが求められると考えています。

次に、退院後の急性期患者さんたちを受けていくためには、在宅や後方病院との連携が欠かせません。退院支援を行う看護師の教育にも取り組んでいますが、地域医療構想の中で病院の機能や役割が見えるようになっており病院から患者を送る先をどうするか参考になると思います。医療者同士、特に退院支援を行う看護師同士、看護管理者同士の連携をさらに深めていくことが必要だと感じています。病棟がスムーズに稼働し、急性期病棟の稼働も後方病床も有効に活用できるよう、日ごろからの情報共有や連携が重要だと思います。

また、高齢者の救急搬送を防ぐためには、慢性病を持つ高齢者のケアに地域・在宅の看護職と病院の看護師の連携が必要だと考えています。予防の観点では、地域で高齢者の介護予防などの事業を行っている地域包括支援センターの役割が重要だと思います。地域包括支援センターの看護職について、東京都では、地域包括支援センターの看護職は保健師よりも看護師が多く、大半を占めるという現状があります。地域包括支援センターの看護職として保健師の配置が難しい状況にあり、地区診断を行い地域で高齢者の支援を行うためにも看護師の体系的な教育も必要と考えています。

他には、職種連携をしっかり行っていくことに加えて、DXの推進も重要です。D to P with Nの取り組みを進めていく必要がありますが、これを機能させるためには、看護職のICTスキルアップを含めた教育が不可欠です。DXによる効率化を図るためにも、こうした教育整えていく必要があると考えています。以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。貴重なご意見ありがとうございました。

続きまして、訪問看護ステーション協会の篠原委員よろしく申し上げます。

○篠原委員 篠原です。今、野月専務のほうから看護師のことについてご説明いただきました。私もそこは同意見です。その上で、東京都訪問看護ステーション、今 1,900 か所以上に増えております。確実に増えているんですけども、やはり質に差がありまして、訪問看護ステーションの質の高いところが支援すれば、在宅みとり率も上がるということがありますので、訪問看護ステーションの在宅支援、みとり支援数とかも確認していくのが大事ななというふうに思っております。

そして、病気を持っている、生活者として在宅では支援していきますので、どうして

も生活の部分で介護の方たちの力が必要になってきますけれども、ヘルパーさんが高齢化していること、それから手が少ないということがすごく課題かなと思っています。そして、看護師も特定行為研修修了した看護師の約 86.2%が病院の看護師で、在宅においてはまだ 5.7%しかない。東京都も全国と同じような数字なんですけれども、ここについてももう少ししっかりと上げていかないといけないかなというふうには感じております。

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、東京都介護支援専門員研究協議会の相田委員よろしく申し上げます。

○相田委員 相田でございます。このたびは、このような貴重なお席をいただきまして、心より御礼申し上げます。介護支援専門員の立場から地域医療構想の新たな検討に向けてまして現場で感じている点をお伝えしたいと思います。

まず、東京では、既に頼れる身寄りのない単身後期高齢者や、認知症のある高齢者の増加、また、複合的な生活課題を抱える方への支援が年々難しくなっておりまして、在宅医療、介護連携の重要性、また、平時の情報連携の必要性はこれまで以上に高まっていると思います。

その中で、私たち介護支援専門員、ケアマネジャーは、要支援、要介護高齢者を中心にいたしまして、高齢・障害者等の医療、介護、地域資源をつなぐ生活のハブとして日々多職種と連携をしながら支援を行っておりますが、現場では幾つかの課題が顕在化しているように思いますので、3点ほど短く挙げさせていただきたいと思っております。

1つ目は、医療と介護の情報連携のばらつきです。入退院だけでなく、転院時の情報共有や、先ほど新田先生がおっしゃられていたさまざまな、東京は暮らしの場となる多様な施設がありまして、その施設間の連携など在宅療養中の状態等の変化の共有が迅速に行われる地域もあれば、依然として個々の関係性が主となる地域もあると思います。新たな地域医療構想の中ではICTの標準化や共通ツールの整理など、仕組みとしての連携強化が進むことが期待されるのではないかと思います。

2つ目は、在宅医療の受け皿の地域差です。訪問医療の先生方の確保やみとりを含む在宅医療体制の整備は、私たちケアマネジャーほか在宅生活の延伸を目指す際の大きな基盤となると思います。地域ごとの実態を丁寧に把握して、必要な医療資源の確保や支援策の検討が重要かと存じます。

3つ目は、ケアマネジャー、私たち自身の業務負担の役割と高度化にもあると思います。複雑化する支援に対しまして、在宅生活を支えるケアマネジメントの質を維持していくためには、AI、またICTの活用や地域での相談支援体制の強化が不可欠だと思います。医療、介護が同じ方向を向いて、利用者の生活を中心にそういった支援を行っていくためにも、ケアマネジャーをはじめとする訪問系サービス全体の担当者が安心して専門性を発揮できる環境整備というものも重要であると考えます。

新たな地域医療構想が医療・介護、そして地域が一体となって安心して暮らし続けられる仕組みを形作る大きな機会となると感じております。介護支援専門員として、生活の視点を丁寧にお伝えしながら、今後の議論にも積極的に参画してまいりたいと思います。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○猪口部会長 ありがとうございます。地域差のある、いろいろご示唆に富むお話ありがとうございます。

次は、老人保健施設協会の中本委員お願いします。

○中本委員 老人施設ということでお話をいたしますけれども、基本的に今まで、いわゆる老健施設の機能が分かれていない方のほうがまだ多いと思うんですけれども、基本的には介護予防から始まって、リハビリ、それから身体障害者の受け入れや2号保険者の受け入れ、それからみとり、フレイルへの対応など、介護予防としての側面がものすごく大きいんです。

それで、まず、そういうところでどうなるかという、今さっき歯科の先生からもお話があったように、口腔ケアから始まりまして、栄養管理や口腔管理、それからショートステイ、介護休暇など、在宅の人にとって必要不可欠なものをわれわれが担っているわけなんです。それが、中学校区に一つ単位、東京都にはあるわけなんで、それをうまく利用していただくっていうのは、これはもう一番大切なツールだと思うんです。

今一番問題なのは、独居老人と、それから老老介護がものすごく増えていて、住んでいる方も3LDの狭いところで、子供たちがいるともうお年寄りを見られないという状況がありますので、そういうところで、やはり施設がどういうふうにするか。例えば、われわれのところだと、介護をするにさしあたって、在宅をカウントに入れるようになっているんですけれども、その在宅にカウントのところが、いわゆる特養というのは、もう救急不能で自分の最後のついでの住処っていうことなんで、そこも在宅に入れるべきではないかと考えております。

というのは、そういう施設がないとそこへは帰れないわけですから、お金のある人はある程度有料老人ホームにも入りますけれども、ない人はどこへ行くっていうところしか行けないわけです。だから、そういうところも考えていただいて、いわゆる介護予防も含めた地域で住んでいけるような高齢者が必要なんですということなんです。

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、保健医療計画推進協議会公募委員の下田委員お願いいたします。

○下田委員 下田です。よろしくお願いします。地域医療構想を見させていただいた時に、医療を受ける側としては、東京というのは医療の体制というのは整っていて、逆に病院を選べるとか、そういう状況ということがあると思うんですけれども、一方で病気になってしまった時に、どこで治療を受けて、どこで過ごすのかというところを考えるんですけれども、家で生活できるのかというのが、まず治療を受けながら家で生活が続けら

れるのかというところが、視点として考慮に入れていただけるといいかなと思います。

というのも、ずっと高齢者救急のお話を中心だったかと思うんですけども、自分の世代は50代、60代の中高年からすると、多分がんとか脳卒中とかそういったことで、例えば仕事をしながら治療を受けるとか、あと、最近は本当にがんにかかっても入院、手術とかは割と短めに入院をして、その後は抗がん剤を打ったりとかしながら治療期間が長くなるということが多いかと思うんですが、その時にどこで過ごすかというところが構想の中にあるといいかなと思いました。

例えば、病院からすぐおうちに帰ってという前提ではなくて、やはり入退院を繰り返したりとか、あと、最後をどこで迎えるかというお話もあると思うので、例えば緩和ケアのホスピスとか、そういったところも考えた上での医療機関の、医療機関機能の考え方の中に入れていただけるといいかなと思いました。

あと、仕事で回復期の病院でソーシャルワーカーをやっているんで、先ほどから皆さんがおっしゃっている単身者の方をどこに戻すのかという、どこで生活していただくのかというところは、本当に悩むところで、やはり施設、広い意味での施設です、ご自宅で往診の先生入っていただいたり訪問看護さん入っていただいたり、ケアマネさんにプランを立てていただいたりとしながらも、やっぱりそういった受け皿も、老健さん経由して帰られる方もいらっしゃるんですけど、やっぱり支える家族も、家族というよりはもう妹さんがいたからよかったと思うと、その妹さんもかなり高齢者でなかなかそういう手続きできないとか、本当にいらっしゃって、本当にどこで最後を迎えるか、安心して医療を受けて、最後どこで生活するか、迎えるかというところで構想を考えていただけるといいなというふうに、受ける者としては思いました。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。連携の真ん中にいる方だということがよく分かりました。どうもありがとうございます。

次は、COMLの山口委員お願いします。

○山口委員 COMLの山口でございます。2040年に向けた新たな地域医療構想ということですけど、私もやはり東京都はほかの道府県と違って特殊だと思っております、一度2015年に構想を作って10年たったわけですので、東京都として地域医療構想で具体的に進んだ点とできなかったことの総括みたいなことを示していただけたらと思います。そうすることによって、例えば構想区域の再考のためにも、考える情報として一つ必要なのではないかなと思いました。

それから、2つ目として、資料の3ページに住民理解について書かれているんですけども、正直この地域医療構想に関係することは、なかなか住民理解が進んでいないというのが実感ですので、どのように共有していくのかということを、やはり真剣に考えていかないといけないのではないかなと思います。特に、2015年に策定した地域医療構想のガイドラインには、策定段階から住民の参加が必要であると明記されたんですけど

ども、それがなかなか全国的にも実現できていないということもあると思いますので、ぜひ、今回そのようなところを、東京都が率先して考えて示していただきたいと思っております。

それから、医療、介護の複合ニーズについては、もうこれは今既に必要なわけですが、一般の方から見た時に、どの問題が医療でどの問題が介護で、どういうサービスがあるのかというのがなかなか分からない、自分でたどり着けないので、私は、これはワンストップで相談できる機能というのが必要ではないかと10年前からずっと言ってきたんですけれども、なかなかそういう相談ができるワンストップがないです。できれば、やはり東京都でそのあたりのところを実現して、全国に示していただきたいなと思っております。

それから、事務局への質問ですけど、子供の出生数ですけれども、確か十数年ぐらい早く減少が進んできていると思うのですが、今回もいろんな推計をしている中でそういった出生数の減少、急速な減少ということが推計に影響が及ばないのかというところをどう考えていらっしゃるか教えていただきたいと思います。

それから、2040年には、在宅医療が2023年の1.8倍になると、先ほどからもでてきていますけれども、高齢者の単独世帯、東京都は非常に多い中で、単独世帯の在宅医療の実現にはいろいろ対策を講じないと、できているところとできていないところの差が激しいのではないかなと思っています。そのあたりのところも対策を講じて、ぜひ都民に伝えていただきたいと思っています。

それから、最後ですけれども、ご説明の中に出てこなかったんですが、外国人で東京都に住んでいる人がかなり増えてきていると思うんです。そういう増えてきている外国人への医療のニーズの対策や課題が今回構想の中で一度もご説明の中にはなかったもので、そのあたりどのようにお考えなのかということも聞かせていただきたいと思います。

以上です。

○猪口部会長 質問がありましたので、答えられる範囲でお願いいたします。

○計画推進担当課長 ご質問ありがとうございます。1つ目の出生数の減少などが今後の推計に影響を与えるのかについてですけれども、今回東京都が独自に行った調査の結果では人口推計を使っていますけれども、これは国の調査や東京都がやっている人口推計を基に最新のものを使っています。その都度最新のデータを使っていくということになると思いますし、一方で、まだ示されていませんけれども、医療ニーズについては、国のほうで必要病床数についての推計方法とか示されますので、それに基づいて医療ニーズについては、また改めて議論させていただくことになるのかと思っています。

あと、東京都の場合には単独世帯の割合が多いということで、ほかの委員の方々からご指摘いただいていますので、このあたりは今後の個別の論点を議論していく中で、どのような取り組みを今後やっていくべきかということを検討させていただければと思っております。

あと、最後、外国人への医療ニーズについてですけれども、おっしゃるとおり、そこは重要な観点だと思っております。そのあたりは、いただいたご意見も踏まえて関係部局と調整して、どういった形で議論ができるかまた検討させていただければと思っております。

○猪口部会長 山口委員、よろしいですか。

○山口委員 ありがとうございます。ぜひご検討いただければと思います。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

続いて、特別区、渋谷区健康推進部長の猿田委員をお願いします。

○猿田委員 猿田でございます。簡単に2点ほど申し上げます。

まず、関東地域の人口構成について、これまで首都圏以外のところで、この10年、20年非常に高齢化が進んでまいりましたが、これからの10年、20年は、この首都圏で、非常に高齢化が進んでまいりますので、まさにこの構想で、この問題への対応が重要になると思うのが1点目でございます。

2点目は、特別区には大学、大学病院たくさんございますが、これから東京3県はもちろん、関東甲信、一部東海の地域とか東北の地域にも、特別区の医師がこれらの地域の医療機関などにたくさん出ております。そういうこともあって、これらの地域から逆に患者紹介もたくさんございまして、東京、特に特別区には、これらの地域から高度医療を求めて患者さんがたくさん来ております。

こうしたことから、東京の医療機関は東京だけのものではないので、周辺地域への配慮というのも、今後の体制を考える上で、必要であると思っております。

私からは以上になります。

○猪口部会長 ありがとうございます。

では、続きまして、立川市の保健医療部長、渡貫委員お願いいたします。渡貫委員、いらっしゃいます？では、渡貫委員、後ほどもう一回順番、ご発言求めますから、一回入り直すか何か環境を整えていただけるとありがたいです。先に進ませていただきます。

葛飾区福祉部長の鈴木委員をお願いします。

○鈴木委員 特別区福祉主管部長会から、葛飾区福祉部長の鈴木でございます。私、この4月から現職ということで、また福祉部門ということで、なかなか専門的なお話が多くて理解がまだちょっと追いついていない部分もありますけれども、ちょっと感想めいたものになってしまうんですが、おかげさまで、葛飾区は多年にわたりまして地区医師会との連携によりまして、長年在宅医療の充実が図られているところでございます。ということで、ご自宅での看取りが非常に多い区ということになってございます。

そして、こうした状況のもとで、在宅療養が多いという実情を踏まえると、今後独居、それからまた高齢者のみの世帯が増えていくというところで、これからこれまでのような状況が続いていくのかどうかというところが、なかなか難しいところかなというふうに思っています。国のほうから言わせると、地域包括支援システムをさらに進めていく

んだということなんですけれども、先ほどもちょっとお話がありましたが、実際に日常生活を在宅で療養しながら続けていけるのか、地縁組織などもなかなか今弱くなっている状況のもとでそれが続けていけるのかというような懸念があるというところがございます。

こうした状況を踏まえ、やはり先ほどもお話出ていましたけれども、介護予防のほうに力を入れていこうというのが、これからわれわれも介護保険事業計画を作っていくわけですけれども、そこでうたわれていくというところがございます。

それから、もう一つ実感として現場のほうにありますのは、やはり在宅での医療を進めていく、在宅での介護を進めていくとなると、家族のケア、負担をいかに軽減していくかみたいなところがとても重要になってくるなというのがありまして、先日も実際認知症の患者さんというか当事者の方、それから家族の方ともお話ししたんですけれども、やはり介護する過程で家族のほうが今度は精神的にうつを発症してしまって、今薬を飲んでいましてというお話も聞いており、在宅医療ということを視点に据えるのであれば、やはり家族さんへのサポートみたいなものも、何かこの場で検討できることがあるのかなというところで感想を持ったところがございます。

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。渡貫委員は声が出るようになりましたか。まだ入られていない。次に進めます。

医療を提供する立場の委員たちに移っていきます。都立多摩総合医療センターの今村委員をお願いします。

○今村委員 よろしく申し上げます。東京都立病院機構の東京都立多摩総合医療センター院長の今村と申します。今回公的病院の立場からということで、東京都では、ポリュームの少ないとはいえ、わが機構だけでも14病院ありまして、なかなか地域とか、それから役割の差も含めて、なかなか全体としてのコメントがちょっと今回難しいんですが。私、府中市にあります病院ですけれども、多分地域的に考えて、いわゆる急性期拠点になりそうな病院ということで、しかも多摩地区の病院ということで、ちょっと今回お話しさせていただきたいと思います。

一点だけ自分のほうからコメントします。土谷先生と同じような感想になるんですが、いわゆる構想区域の広域化というのは、非常にうれしいというように感じています。実際に、実は当院のいわゆる実需と、それから二次医療圏とはかなりずれがあって、やはり東京都は、なかなか二次医療圏というのと実際の診療行動の一致は難しいところだなというように感じておりました。ですので、東京都、広域化するというのは、非常に大賛成だと思っています。

ただ、少し懸念がありまして、実際には特に今までずっと話題になっておりました高齢者救急、今後多分多摩地区でも急速にその需要が伸びていくと思われるんですが、これに関して、特に多摩地区では休日とか夜間の高齢者救急の受け皿はどうしても拠点と

というか急性期病院の、われわれのような病院に偏ってきってしまう傾向があります。やっぱり、本来であれば受け皿になっていくであろう地域包括医療病棟だったり、地域包括ケア病棟の一部の病院では、休日・夜間の医療人材の確保ってかなり困難だっていうことは僕らもよく分かっていますので、やはり夜間・休日はわれわれのような病院が救急を受けていくということが非常によく分かっているんです。

ただ、やっぱりピークになると多分受け切れないんじゃないかという印象が今現在でもありますので、今後、もし 85 歳以上がどんどん増えていった場合には、今の現状で、しかも当院の周りだけと限定していくと、本当に受け切れなくなる可能性があるなと考えています。ただ、先ほどの猪口先生のお話にもあったように、東京全体としてみれば、医療提供体制というのは整っているだろうと考えると、多分広い、広域化すれば、そういう懸念もだいぶ払拭されるんじゃないかというふうには考えてるんですが。

一方、多摩地域というのは、特別区ほど患者さんの医療アクセスというのはよくないです。特別区は、多分東西南北どちらにもかなり移動が簡単だと思うんですが、多摩地区は意外とそういう医療アクセスが悪いので、そういう意味でいうと、多摩地区も含め、特別区も含め、全部で一個というのと、少し厳しいかもしれないです。ですから、多摩地区の特性を少し考慮しながら地域医療構想の広域化というのを考えていただければと思っています。

以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。続いて、特定機能病院代表、東邦大学の医療センター大森病院の酒井委員をお願いします。

○酒井委員 東邦大学酒井と申します。病院長をしております。1 分間でお話しさせていただきます。

特定機能病院の役目としましては、人材派遣、教育、研究、そういったところで、東京都はシーリングがありまして、ほかの病院、例えば新潟、福島、青森、秋田、などへ人を出さないと、大学病院における内科医も泌尿器科医も募集人数が減らされます。これでは今後迫りくる救急医療に対応できないのに、むしろ逆に救急対応しなさいというのが特定機能病院の役目です。このシーリングには専門医機構が関与しますが、こういった形でなくて、給料が少なくてもやりがいがある人材確保を求めていると思います。

特定機能病院の役目としましては、今日はここで終わりにしたいと思います。失礼します。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

その次は、民間で、それぞれの医療病床機能に分けて出ていますね。高度急性期病院代表ということで、河北病院の水村委員お願いいたします。

○水村委員 河北病院の水村と申します。よろしくお願いします。

民間病院でございますので、やっぱり患者さんの受け入れはたくさんして、かつ早く

退院をさせるという、どうしてもそういう宿命がありますが、急性期の医療、救急の外來を見ますと、やっぱりどうしても高齢者救急が本当に多いという実感があります。それは、もう肌身で感じているところです。今回の資料にあった、20 ページ、22 ページの A I で作ったスライドを見ると、左側のとても暗いスライドを出されてしまうと、実際、今私どもの病院、こういう暗い病院ではありませんけれども、先々こういうふうになってしまうのかなという、とても心配な状況になっています。

ただ、これからどうしたらいいかというのを皆さまと話し合っていければと思っています。やっぱり入院した患者さんをいかに早く、いわゆる在宅に帰していくかというのは、そこも一つの大きなテーマなんですけれども、開業のかかりつけの先生方、それから、往診をやっている先生方とどのように連携していくかというのを、スムーズにどうやっていくかというのを考えているところで、どなたかおっしゃっていたように、例えば共通化したフォーマットでスムーズに在宅につなげていくなというのを、これから進めていければと考えています。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

では、今度は、急性期代表です。内藤病院の内藤委員をお願いします。

○内藤委員 すみません、今マイク入りました。私は、一応急性期ということではありますけれども、病院の立場としましては、地域包括ケア病床を中心にして高齢者救急をメインに受けています。ただ、最近は高齢者も救急車で飛び込んでいらっしゃるというよりは、施設からの救急搬送であったりとか、それから在宅からの入院ということで、本当に高齢者の方の入院が非常に増えているのが現状です。

私が今日のお話の中でも非常に考えますのは、今までのご意見の中にも出ておりましたけれども、今は高齢者を支える医療、生活を支える医療というのを中心に考えていけないといけないことだと思っておりますけれども、それは先ほども出ましたけれども、地域包括ケアをより充実させていくということがまず一番大事な部分ではないかなというふうに思っています。

そういう中では、地域包括ケアを支える医療という意味では、訪問診療であったり訪問看護であったりとか、地域の医療資源も、それから介護資源も大変必要になり、さらにはそれを支える病院ということで、地域包括ケア病棟、病床といったような地域の中小病院が非常に役に立つといえますか、重要になってくるのではないかと思います。

東京都の医療構想としては、東京都全体を1つの医療圏と考えるということは、東京の医療体制を考えると非常に重要なことで、それで賛成なんですけれども、ただ、逆に高齢者というものを中心に考えた時には、その中で一つ一つのマトリックスといえますか、地域包括ケアシステムをしっかりとさせることが逆に必要だと思っています。

ただ、そういう中では、地域においてもそうですし、当院においても生活に戻すということを、退院して生活に戻すということの際には、当然医師だけではなくて看護師、

それから、以前はMSWが転院調整ということで仕事が終わっていたんですけども、現状は、やはり生活に帰すということになりますと、MSWだけではなくて病棟看護師であったり退院調整看護師、それからリハ職であったり、それから、逆に受ける側としてもケアマネジャー、それから訪問看護ステーション、訪問員といったような多職種が集まって調整していかないといけないというようなこと、それが安心して戻すことになると思うんですけども、実際に今後ご高齢の方が増える中で、そういったような人材がどれだけ集められるのか、しっかり支えられるのかというのは、非常に疑問に思っています。

もちろん、そこにはAIの活用等をしまして、先ほど明るいイラストが出ておりましたけれども、現状、これだけ高齢者が増え、さらに高齢者を支えるべきご家族にもマンパワーがなくなっている中では、何か大きなものを全体に作るよりも、下から構築していく意識がすごく重要ではないかなと思っています。

私のほうからは以上です。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。貴重な意見ですね。地域包括ケア、僕のほうからちょっと質問ですが、地域包括ケアを上段に、それをテーマにやっている委員会だとか何かありましたっけ。介護とか、それから介護予防だとか住宅だとか、医療だとかいろいろセクションが分かれたものがまとまってやるんだと、将来、地域包括ケアを作り上げるんだと言うような地域包括ケア委員会とかってないんでしょうか。

○計画推進担当課長 高齢者施策推進部の方でそうした会議体があるように思います。ダイレクトに名称を申し上げられずすみません。

○猪口部会長 内藤委員、どうもありがとうございます。ひとつひとつ積み上げたトータルで考えていくという視点が確かに欠けていたのかもしれないですね。事務局と相談しながら、いろいろ対策を考えてみたいと思いました。どうもありがとうございます。

○内藤委員 よろしくをお願いします。

○猪口部会長 では、回復期代表の進藤委員をお願いします。

○進藤委員 西多摩で回復期を行っております、大久野病院の進藤と申します。

ちょっと西多摩は少し特殊なところになっているので、意見が少し偏ってしまうかもしれませんが、お許しいただければと思います。

西多摩は東京で唯一人口が減っている地域ですし、それから、高齢化率も平均で30%を超えている地域です。地方都市型というような地域となっているかと思いますが、構想区域については西多摩で閉じているわけではなくて、やはり立川や八王子、場合によっては先ほどの多摩総合医療センターさんにもお世話になっているかと思うので、少し広く考えないといけないかなというふうに考えています。

西多摩においては、受療率がやはり下がっておりまして、入院の患者数が既にだいぶ減っておりまして、空床が急性期から数えると全ての病床において目立っています。みなさんどうするのかなというところです。あと、人口が減少しておりますが、救急患者

については、実は減っておりませんで、むしろ増加というふうに救急隊の皆さんからお話は伺っています。高齢者救急が増えている中で、軽症が増えるということですが、軽症というのは心不全や肺炎ということではなくて、中には単純に動けなくなった、トイレに行けないということで救急車を呼んでいるという場合が私見ていて散見されます。

医療でこのような介護困難を一旦受けていただいて、介護につなげるという工夫が必要ではないかなというふうに思っています。独居老人がやはり増えていますので、独居老人を独りにさせないで介護困難に対応していくということが重要じゃないかなというふうに感じております。

以上になります。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。貴重なご意見だな。どうもありがとうございます。

続きまして、慢性期代表で越永委員お願いいたします。

○越永委員 ありがとうございます。北多摩でケアミックス型の病院と特養、それと有料老人ホーム、訪問看護ステーション、訪問介護ステーション等、13の事業を行っている社会福祉法人の理事長をしています、越永と申します。

先ほど、一番最初に高齢者救急の対象患者さんをどうするというお話を受けたんですが、私も、今病棟で高齢者の救急患者さんを多く見ているんですが、やっぱり誤嚥性肺炎とか尿路感染とか、もともとあった持病の悪化であったりとか、老衰の途中で運ばれてくるとか、そういうような方がほとんどでありまして、はっきり言ってしまうと、救急病院というところで見なくてもいい患者さんがもうほとんどなんだろうなというふうに感じています。

もともとの在宅診療で主治医がいらっしゃる方であったりとか、訪問介護などを利用されている方も結構多くて、そういう方というのは、夜間救急車で病院へ行くというよりは、次の日の朝まで待ってしかるべき病院にご紹介するという形のことが結構多いんじゃないかなというふうに思います。

救急隊が全て救急車を使って救急病院につれていくという方法を取っていくと、やっぱり救急病院も多分パンクするだろうなと思いますし、そうすると、やっぱり地域の総力戦で全ての病院がそういうお年寄り、先ほどの進藤先生がおっしゃったように、動けなくなった人というのにも私のところにも結構たくさん救急車で来るんですけども、救急車は悪くないですけども、紹介されて来るんですけども、実際にはどこでも見られる患者さんが多いので、例えば手挙げ制で昼間の間はうちで救急受けられますよというようなところが受けたりとか、あとは近くの病院さんと協力して、夜間は持ち回り制の救急で対応するとか、そういうことって全然可能なんじゃないかなというふうに思っています。

どこか特定の病院に救急患者を集中させるというのは結構リスクが高いと思うんです。

なぜかという、今皆さんもご存じのとおり、病院の経営って浮き沈みが結構激しいものですから、そうなると地域医療がこの病院に依存するような形になると結構厳しくなるという感じがあるので、2040年までには、その地域全体で高齢者救急というのを担当するような形のシステムを作るべきなんじゃないかなというふうに僕は思っています。

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す。まさに地域医療構想の発想そのものだと思います。どうもありがとうございます。

在宅診療代表ですね、迫村委員お願いいたします。

○迫村委員 新宿区で開業医をやっております、迫村と申します。

在宅医療の代表ということですが、私は外来メインで、先ほどの中野区の渡邊先生と同じように1人でやっていて、一馬力の零細の在宅ということになります。

高齢者の救急搬送が大きなテーマになっていると思いますが、ここには入口の部分と出口の部分があると思います。かかりつけ医として、入り口の部分で強調しておきたいのは、外来通院中の在宅前医療が非常に重要だと思っています。介助されてようやく外来に通院するフレイルな高齢者、こういう方に対し、安定している時からなるべく早めに医療・介護との接続をていねいにしておくことが重要です。そうすることより、急変時の救急搬送はかなり整理されていくと思っています。

もう一つは、医療と介護につながらない人たちがいて、これは今回の医療構想の中の絵柄には入っていないと思いますけれども、例えば、新宿区では非常に孤立死している独居高齢者が多い。そういう方たちに対し、一体誰が見つけて、誰がアプローチするのかというところは、行政と地域側がいっしょに考えていくべき課題です。

また、出口の部分に関し、もともと虚弱である高齢者が入院しますと、確実にADLは下がります。病気そのもので下がるという部分もありますけれども、入院することによって廃用が進み自宅に帰れなくなり介護施設に行くというようなケースが多いです。なるべく早く在宅にもう一回戻す試み、ルート作りみたいなことを病院と地域が連携してやっていくというというのは非常に重要だと思います。

最後に、医療と介護の連携は非常に大事だと思います。私の勉強不足かもしれませんが、先ほど入院先に関しては東京都の医療体制で完結しているというデータをお示しいただきましたが、例えば入院した方が退院した時に、一体どのぐらいの高齢者の方が施設に行き、どのぐらいの方がもとの居宅である自宅に戻れているのか、東京都内あるいは都外の施設にどのぐらい行くのか、そういうところを統計で算出すると、多分東京都では完結していないと推測します。医療から介護に移動しますと統計が途切れてしまう。医療介護が連動してフレイル高齢者の流れを示す実際のデータを明らかにしておくことが、次の東京都の地域医療構想を考える上では重要だと思います。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。前回の地域医療構想で、どこに退院するか

みたいなデータはあったけど、最新バージョンはちょっと違うかもしれませんね。そういうところを見ていただいてもいいかなとは思いますが。どうもありがとうございました。

続いて、それぞれの調整会議の座長をなさっていただいている、港区医師会の藤田委員お願いいたします。

- 藤田委員 区中央部の藤田です。港区で開業しています。私も一人開業で、何人かの在宅患者さんを拝見しております。私のこれが把握・分析すべきデータや考慮すべき視点かどうかは分かりませんが、今の私から見た都心の医療事情なんですけれども、区中央部に医療機関が急速に増えて、過密になっているとの指摘があったかと思います。社会的には一方、再開発がかなり進んでいまして、それもあり大規模な再開発が私のクリニック周辺でも始まろうとしています。

再開発の間はちょっと昼間人口のお勤めの方も減っちゃうわけですね。それどころか、自分の開業しているところも新たな再開発になりそうだなみたいな感じで、地上げというわけではないんでしょうけれども、買収が進んで、いろいろ整理が進んでいます。それとともに、医療機関数が多くなった分、人手不足感が以前に比べて強まる一方です。再開発が進むといいことありますが、同時に地価も上がって賃料も上がる、だから、開業継続するにあたっては賃料も上がって人手も少なくなっていくという、非常に状況的に厳しくなっています。

今回の会議は2040年を見据えてどういうふうに医療提供体制を作っていくかということなんですけれども、何となく前提には自分たちの体制は盤石で、2024年に対してどういうふうに対応していくのかというのが議論になっていくかと思うんですけれども、私個人的には2040年まで自分自身がどうなっていくのだろうか、提供する側の変容というのはないのだろうかというような、そういうような視点もちょっとあってもいいのかなというふうに考えさせていただきました。

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す。病院はみんな明日はないんじゃないかと思いいながら、今経営状態本当に厳しいんですけど、一応何とかなっているという前提じゃないとこれは話ができないかもしれない。大事な視点だと思います。この辺は東京都にも頑張っていただきたいなと思います。

それでは、南多摩の調整会議の座長をなさっていただいている田村委員お願いします。

- 田村委員 田村です。一点だけ、在宅に関してなんですけれども、新田先生、それから渡邊先生、それから迫村先生、いろいろお話いただきましたが、在宅診療、実際いろんな形があるんです。1人でやっていらっしゃる方、それからメガ在宅、それからやっぱり考えなきゃいけないのが施設在宅というんでしょうか、ケアホームのような形で、そこで在宅治療するというのがありまして、これは患者さんの状況よりもむしろ家族が支える状況がどうかということによってちょっと違ってきていると思うんです。

それによって、それぞれ支えている役割がちょっと違ってきていると思うので、その点も

注目して議論していただければありがたいというふうに思います。以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。途中で接続が切れてしまった渡貫委員は入られていますか。

○猪口部会長 難しそうですね。渡貫委員は接続状況があまりよくならないまま終わってしまいましたけれども、今日全ての出席されている委員はご指名させていただきました。それぞれの立場で今この地域医療構想に寄せる思い、それから課題、いろいろ述べていただきまして、本当にどうもありがとうございます。今日のお話をまとめながら、先ほど、計画でいうと今年度中に9回はこの地域医療構想策定部会を行います。あと8回です。今日の意見を元にしながら、ちょっとずつまとめていきますので、ぜひご協力よろしくお願いします。

○土谷委員 すみません、一言だけ。

○猪口部会長 土谷委員どうぞ。

○土谷委員 27 ページの、把握・分析すべきデータで私から1個だけ、需要のデータは人口動態によって決まってくるので、需要のデータは結構あるんですけども、供給側のデータが乏しいと思います。人材とか病院の経営状況とか、供給側のデータも新たな地域医療構想で集めるようにしてもらえたらなと思いました。

以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。他になれば、今日のところはこれで終わりにして、あとは事務局にお返ししたいなと思っておりますけど、よろしいですか。

(異議なし)

○猪口部会長 では、事務局よろしくお願いします。

○計画推進担当課長 本日は活発なご議論を長時間ありがとうございました。本日のご意見をまた整理させていただいて、次回以降の議論に生かしていきたいと思っております。それでは、事務局より3点ほど事務連絡がございます。

1点目ですけれども、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、会議終了後、事務局より東京都地域医療構想策定部会ご意見と書かれた様式をメールでお送りいたしますので、そちらの様式をお使いください。

2点目ですけれども、本日の議事録は委員の皆さまに事前に確認していただき、修正などが必要な場合には御連絡をいただければと思います。後日資料と併せて東京都のホームページに掲載させていただきます。

最後に、3点目は、次回の部会の開催につきましては、8月を予定しております。開催日が決まりましたら改めてご連絡させていただきます。

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閉会とさせていただきます。お忙しい中ご出席いただきましてありがとうございました。

(午後 8時12分 閉会)