令和８年度
東京都地域医療構想策定部会
第３回
会　議　録

令和８年９月４日

東京都保健医療局

（午後　　４時００分　開会）

○医療政策部計画推進担当課長　それでは、定刻となりましたので、ただいまから令和８年度第３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ご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。

資料の確認になります。本日の配付資料につきましては、事前にメールでお送りさせていただいておりますので、各自ご準備をお願いいたします。

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、石川委員、渡邉委員、篠原委員、桃原委員、山口委員、渡貫委員、今村委員、迫村委員より事前にご欠席のご連絡をいただいております。また、長瀬委員からは遅れて出席されるとのご連絡をいただいております。

本会議には、委員のほかに東京都地域医療構想アドバイザーである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をさせていただいております。

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まして出席委員の過半数で議決した際には、会議または会議録を非公開とすることができます。

原則どおり、本日につきまして公開としたいと思いますが、何かご異議ある方いらっしゃいますでしょうか。

（異議なし）

○医療政策部計画推進担当課長　ありがとうございます。特に異議ございませんので本日も公開とさせていただきます。

それでは、これ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。皆さんどうもこんにちは。今日は、話し合うボリュームが多いんですけれども、それに合わせてこちら側の会議場のほうには担当する部局の課長の皆さんそろっていますから、あとから質問したいことがあればきちんとお答えできるような体制を整えておられます。

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。前回からテーマ別の検討を行っております。本日は外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保、医療ＤＸ、

その他検討すべき分野について、事務局より説明をいただき、意見交換を行いたいと思います。

それでは、まず、事務局、前半部分の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。資料を投影いたします。

本日のご説明の流れとしましては、前半で外来医療、在宅医療、介護との連携について、後半では人材確保、医療ＤＸ、その他の検討すべき分野についてご説明し、それぞれご議論の時間を設けたいと考えております。

それでは、スライド４ページ目をご覧ください。

外来医療についてご説明いたします。

初めに、国の考え方ですが、１ポツ目にありますとおり、高齢患者の増加を踏まえ、リハビリ、栄養・口腔管理、服薬指導、重症化予防等を含めた切れ目ない外来医療体制の整備が求められております。また、２ポツ目、都市部では、外来医師過多区域等、外来医療機能の偏在なども見られることから、外来の報告やかかりつけ医機能報告によるデータ等を踏まえ、地域に必要な外来医療提供体制を整備することが必要とされております。

ページをお送りいただきまして、スライド５ページ目ですが、かかりつけ医機能と紹介受診重点医療機関の考え方です。

慢性疾患を有する高齢者等に対して、身近な地域で日常的な診療や健康管理を担う機能としてかかりつけ医機能の役割が重要とされております。また、外来機能の明確化、連携を強化するため、地域の患者はかかりつけ医機能を担う医療機関に受診し、必要に応じて紹介を受けて紹介受診重点医療機関を受診する流れを国は明確化しております。

スライド６ページ目は、外来需要の見通しです。全国では減少傾向ですが、大都市型では微増が見込まれております。

スライド７ページ目からは、都内の状況となります。都内の外来患者数は 2045 年頃まで緩やかに増加し、特に 65 歳以上の増加が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ページ目からは、かかりつけ医機能報告の状況となります。スライド８ページ目では、１号機能を有する医療機関の割合を示したグラフとなります。１号機能を有する医療機関とは、下の赤枠にもありますとおり、継続的な医療を要する者に対する診療、その他日常的な診療を総合的かつ継続的に行う医療機関のことを指しておりますが、かかりつけ医機能報告を行った医療機関の半数以下である47%にとどまっております。なお、１号機能の有無の割合は病院、診療所と同程度となります。

スライド９ページ目ですが、１号機能を有する医療機関の診療外時間対応です。平日準夜帯、深夜帯、休日のいずれも、病院は４割程度、診療所は２割未満となっております。

スライド 10 ページ目は、診療外に対する医療機関数を圏域別に示しており、地域差が見られております。

スライド 11 ページ目は、都民のかかりつけ医の有無です。あると回答した割合は全体65%、70 歳以上では 86.6%ですが、年齢層が下がるほど低下しており、若い世代を含む普及啓発が重要となります。

スライド 12 ページ目は、調整会議・部会での主なご意見です。逆紹介先となる医療機関の情報の不足やかかりつけ医を中心とした連携の必要性などが指摘されました。

スライド 13 ページ目は、外来医療の要点です。都の特性を踏まえた視点を下段にまとめております。具体的には、外来患者数の増加を踏まえた役割分担と連携、複数疾患や急変時の対応を支えるかかりつけ医機能、外来機能に関する普及啓発、情報提供の３点です。

スライド 14 ページ目は、これらを踏まえた取り組みの方向性案です。

１つ目は、外来医療体制の役割分担と連携の推進です。紹介、逆紹介の円滑化、地域ごとの医療資源・不足機能の把握、適切な受診と医療資源の有効活用を進めます。２つ目は、かかりつけ医機能の強化です。担い手となる医療機関の拡大、診療時間外を含む体制整備、高齢者の包括的な把握と服薬管理、多職種、他機関との連携を進めます。３つ目は、外来医療機能に関する普及啓発・情報提供です。かかりつけ医機能の役割や利点の周知と、都民のニーズを踏まえた医療情報の提供を進めます。

これらの方向性を外来医療における取り組みの方向性として新たな構想に反映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 15 ページ目は、2040 年の外来医療の目指す姿となります。前のページでお示しした取り組みの方向性案を元に生成ＡＩで作成したイメージ図となります。外来医療を取り巻く都の状況を踏まえ、役割分担と連携の推進、かかりつけ医機能の強化、普及啓発、情報提供の３つの大きな方向性を推進し、身近な地域でかかりつけ医が日常的な診療や健康管理を支え、急変時も必要な医療につながり、誰もが安心して暮らせる東京を目指すものとしております。

ページをお送りいただきまして、スライド 16 ページ目からは、在来医療についてご説明いたします。

スライド 17 ページ目は国の考え方となります。増加する需要を在宅医療だけで受け止めるのではなく、療養病床や介護施設など地域の資源を組み合わせて支えること、24 時間の急変対応に向けて診療所、連携機能を担う医療機関、訪問看護等の連携やバックベッドを確保することが重要です。併せて、ＩＣＴ等の活用や在宅医療の圏域、積極的な役割を担う医療機関、連携拠点の役割も検討事項とされております。

ページをお送りいただき、スライド 18 ページ目は、在宅医療需要の全国の推計となります。全国的にも在宅医療需要は増加する見込みとなっており、大都市型の場合、2040 年に 2023 年比で約５割増加する見込みとなっております。

ページをお送りいただき、スライド 19 ページ目は、医療と介護の複合ニーズに関する国の資料です。第１回策定部会でご紹介した資料となりますが、要介護認定率は年齢が上がるにつれ上昇する点や、85 歳以上の人口も増加する点から、医療と介護の双方を必要

とする方が一層増加することが見込まれております。

ページをお送りいただき、スライド 20 ページ目からは都内の状況となります。初めに、スライド 20 ページ目は、都内の将来人口推計となります。第２回策定部会でご紹介した資料より一部追加したものとなりますが、右下、65 歳以上の人口のグラフでは、2040 年には 2025 年比で約 25.7％増加する一方、左下、生産年齢人口のグラフでは 2.9％減少見込みとなっております。

スライド 21 ページ目ですが、都内の 65 歳以上の単独世帯割合は 28.5％で、全国１位であり、こうした社会的背景を踏まえた体制も必要となります。

ページをお送りいただきまして、スライド 22 ページ目ですが、在宅医療患者数の推計となります。第１回策定部会でもお示ししたグラフとなりますが、都内の在宅医療患者数は大きく増加する見込みとなっており、2040 年では、2023 年の約 1.8 倍に増加する見込みです。

ページをお送りいただき、スライド 23 ページ目は、供給体制として在宅医療支援病院、診療所の施設数の推移となります。左側、在宅療養支援病院は増加傾向にある一方、右側の在宅療養支援診療所はおおむね横ばいの傾向となっております。

スライド 24 ページ目と、次の 25 ページ目は、病院、診療所の課題となります。双方で医療人材の不足、24 時間対応の負担が大きく、診療所では多職種間の情報共有も課題となっております。必要な支援として、人材確保や 24 時間診療体制機能のバックアップが挙げられております。

スライド 25 ページ目ですが、診療所の在宅医療の課題をお示ししております。こちらも先ほどご説明したとおり、医療人材の不足や 24 時間対応の負担が大きい点に加えまして、多職種間の情報共有が多く挙げられております。必要な支援としまして、24 時間診療体制機能のバックアップ等が挙げられております。

スライド 26 ページ目ですが、ＩＣＴの活用です。在宅医療を提供する病院の活用割合は 35．5％にとどまり、費用負担が主な未活用理由となります。

スライド 27 ページと 28 ページ目は、医療介護の複合ニーズを示しております。認知症の高齢者の割合は年齢とともに上昇し、85 歳以上の人口と見守りを必要とする認知症の高齢者数はいずれも 2040 年に 2025 年比で約 1.2 倍となる見込みです。

ページをお送りいただきまして、スライド 28 ページ目は、医療と介護の複合ニーズに関連する将来推計となります。左側、85 歳以上の人口グラフ、右側の見守りまたは必要な支援とする認知症の高齢者数の推計のグラフ、それぞれ 2040 年に向けて増加の見込みとなっており、2025 年比で約 1.2 倍となる見込みです。

スライド 29 ページ目は、予防健康づくりです。増加する需要の対応や、併せて疾病、介護予防も重要ですが、フレイルの認知度は 36.3％にとどまっております。

ページをお送りいただき、スライド 30 ページ目は、ＡＣＰの取組状況・認知度となります。左側、都内の医療機関におけるＡＣＰの取組状況は、病院 63.9％、一般診療所 53.6％

と一定程度取り組んでいるものの、右側の都民のＡＣＰの認知度は知っていると回答した割合は 5.7%にとどまり、知らないと回答した割合は 71.9%と高い状況となっております。

ページをお送りいただきまして、スライド 31 ページ目は、高齢者救急の受け入れ・受け入れ困難患者の受け入れ時の課題となります。在宅医療を考える上では、高齢者救急や介護・福祉との連携も必要となりますが、左側の高齢者救急の受け入れ時の課題として、「退院までに時間がかかる」、「退院先の選定が困難である」点、右側の受け入れ困難患者の受け入れ困難理由として、「認知症など精神疾患で意思疎通が困難」、「家族からの支援が得られない」、「経済的理由」などが多く挙げられております。

スライド 32 ページ目は、調整会議・部会における主な意見となります。こちらは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 33 ページ目は、これまでご説明した在宅医療の要点を順番にまとめております。矢印の先となりますが、こうした都の特性を踏まえますと在宅医療需要の増加と複合ニーズの高まりを見据え、供給体制の整備と需要の最適化の両面から持続可能な在宅療養体制を構築する必要があると考えられます。また、在宅医療を円滑に進めるためには、高齢者救急医療体制との接続や認知症、独居等の社会的背景を抱える方を支える福祉、介護施策との連携も重要となります。

スライド 34 ページ目は、これらを踏まえた取り組みの方向性案です。１つ目は、供給体制の整備です。地域の在宅療養体制、在宅療養への円滑な移行、人材の確保・育成、ＤＸの活用を進めます。続いて、大きな方向性の２つ目ですが、需要の最適化に向けた取り組みとし、その実現に向けて予防、健康づくりの強化、医療機関と介護施設の連携強化、ＡＣＰのさらなる推進を進め、資料の図式にもありますとおり、受け皿の拡充と需要の最適化の取り組みにより持続可能な在宅医療の提供体制の構築を目指すものとします。

また、上記の取り組みの方向性を進める上で、他施策、他分野の緊密な連携も重要となりますので、高齢者救急・医療体制との接続、福祉、介護施設との連携を大きな方向性と位置付け、地域全体で支える体制の構築を目指すものとします。

これらの方向性を在宅医療における取り組みの方向性として新たな構想に反映したいと考えております。

スライド 35 ページ目になりますが、そうした方向性を踏まえた 2040 年の在宅医療の目指す姿です。これらの方向性を推進し、「希望する誰もが、生活の場で必要な医療・介護を受けながら、最期まで自分らしく安心して暮らせる東京」を目指します。

ページをお送りいただきまして、スライド 36 ページ目からは、介護との連携についてご説明いたします。

まず、初めに 37 ページ目ですが、こちらは国の考え方となります。ポイントとしましては、１ポツ目、退院後の受け皿として介護サービスを適切に活用できるよう、医療機関と介護保険施設との間で介護老人保健施設、介護医療院等の役割や機能の理解を共有し、

退院支援及び退院後の受け入れに関する連携を進める必要があるとしております。また、２ポツ目、高齢者施設の入院患者の状態悪化時に円滑な入院につなげるよう、協力医療機関の確保、平時からの情報共有、受診及び搬送ルールの整理等を通じて、高齢者施設と医療機関との連携体制を進めることが重要としております。

ページをお送りいただきまして、スライド 38 ページ目は、医療と介護の連携における課題となります。左側の訪問診療・往診の困難事例では、独居や家族のサポートを受けにくい、経済的困窮、認知症等の介護が必要、などが多く挙げられております。また、右側の病院と介護施設の連携では、診療内容と患者の疾患の症状が一致しない、患者情報の不足、同一施設に退院できないことが多く挙げられておりまして、こうした課題を踏まえた体制づくりが求められております。

ページをお送りいただきまして、スライド 39 ページ目ですが、介護サービスの実績及び見込みとなります。グラフの推移からも分かりますとおり、令和 12 年度の介護サービスの推計は、訪問看護、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護医療院、いずれも令和４年度と比較して増加することが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 40 ページ目になりますが、供給体制として、訪問看護・介護保険施設の推移となります。グラフの推移のとおり、訪問看護ステーションは増加傾向、特別養護老人ホーム及び介護医療院の定員数も増加している一方、介護老人保健施設はおおむね横ばいとなっております。

スライド 41 ページから 43 ページ目は、先ほどご説明した複合ニーズの状況ですので説明は割愛させていただきます。

ページをお送りいただきまして、スライド 44 ページ目となりますが、調整会議と部会の主な意見となります。訪問看護ステーションは増加している一方で質に差があり、地域で質の担保が重要だというご意見がございました。

ページをお送りいただきまして、スライド 45 ページ目は、介護との連携の要点となります。重要な視点としまして、認知症や独居等の背景を抱える方を支える医療・介護の切れ目ない連携、介護保険施設の受け入れ態勢と訪問看護の機能強化、フレイル等の予防・健康づくりの３点が挙げられます。

これらの状況を踏まえまして、スライド 46 ページ目は、取り組みの方向性案をお示ししております。

１つ目となりますが、介護保険施設と医療機関の切れ目ない連携体制の強化です。協力医療機関との実効性のある連携、平時からの情報共有、受診・搬送ルールの整理を進めます。２つ目は、介護保険施設の受け入れ態勢の強化です。地域の介護ニーズを踏まえた設備整備と医療ケアが必要な要介護者の受け入れを進めます。３つ目は、訪問看護ステーションの機能強化です。人材の確保・育成・定着と体制整備を進めます。４つ目は、フレイル等の予防・健康づくりです。望ましい生活習慣の普及啓発や、住民主体の通いの場づくりを進めます。

これらの方向性を介護との連携における取り組みの方向性として新たな構想に反映したいと考えております。

スライド47ページは、2040年の目指す姿となります。これらの方向性を推進し、複数の疾患や認知症等により医療と介護の双方を必要とする高齢者を、医療機関と介護事業者が切れ目なく支える東京を目指していきます。

ページをお送りいただきまして、ここまでご説明した外来医療、在宅医療、介護との連携について、各疾病・事業別協議会に検討事項として申し送りたいと考えております。その観点から、2040 年の東京の目指す姿と東京の特性を踏まえた取り組みの方向性案について追加すべき点などについてご意見等賜りたいと思います。

前半の説明は以上となります。

○猪口部会長　ご説明どうもありがとうございました。かなりボリュームのある話で、外来、それから在宅医療、それから介護というようなことで、連続性はあるんですが、連続性があるがゆえに似たようなフレーズが結構入っていてごっちゃになりやすいです。

一番最初の外来医療に関しては14ページ、15ページ、その次の在宅医療に関しては34ページ、35ページ、最後の介護に関しては46ページ、47ページが議論するところになってくるのかなとは思いますが、それ以外でもいいし、その件に関してでも結構ですから、まずご発言のある方からどうぞ、手を挙げてください。横田委員どうぞ。

○横田委員　説明ありがとうございました。何回か強調されてきたところ、医療と介護の連携というところで、これからまたこのあとの説明のＤＸのところにも出てくる全国医療情報プラットフォーム等々のことも関係すると思います。そこで、東京都として医療と介護の連携というのは、非常に重要なことで必ず必要なところだとは思うんですが、具体的にどういうふうなデザインを考えているのか、そこを教えてほしいんですけど、やはり人と人との連絡ってなかなか今難しくて、やはりＤＸ、ＩＣＴを用いた形の連携というのがスマートでいいと思います。その辺の具体的なところというのは何か、教えていただければと思います。

○猪口部会長　何か具体策があれば担当の方からどうぞ。

○医療ＤＸ推進担当課長　ありがとうございます。保健医療局の医療ＤＸ推進担当課長の佐藤と申します。私どものほうで国の全国医療情報プラットフォームの情報も取りながら、東京都としてさらによい医療連携、あるいは医療介護連携というのも含めてできないかというところを検討しております。もちろん、今国のほうで先行しているのは、まず医療連携のところは３文書６情報のところの連携から始まって、どんどん今進んでいるところですので、われわれのほうでもそこで足りないのは何か、どうすればさらによりよい連携ができるかというところをそれぞれＤＸの部会を設けまして肉付けをしているところであります。途中でありますが、そんな感じです。

○猪口部会長　進めているということなんですけれども、どうですか、横田委員。

○横田委員　ありがとうございます。国のほうも、きっと進めていると思うんですが、どう

しても医療機関同士だけの連携、あるいは介護施設だけの連携というようなところで、両方を結んだ連携というのが実際うまくいっていないというのが現状だと思うので、密接な連携が、しかもリアルタイムにできるような、システムを作っていただきたいと思います。

○猪口部会長　どうもありがとうございます。新田委員お願いします。

○新田委員　説明ありがとうございました。まず、外来医療に関してですが、今猪口部会長が言われた 14 ページのところでございますけども、外来医療体制の役割分担と連携、あるいはかかりつけ医機能の強化という、こういった言葉で書かれているわけです。

実際東京都の外来等は、地域の病院外来、そして診療所外来も含めていわゆる総合内科、プライマリ・ケア等が行う外来が少なくて、もともと専門医だった医師による外来等、それが本当に専門化した外来と、さらにそれを分化した外来とさまざまに分かれてきているわけです。そんな中で、都の特性を踏まえた取り組みの方向性というところで、少し整備をしていかなきゃいけないと思っています。

例えば、自分の診療の幅やスタンスでやりながら、公衆衛生一般を担いながら地域の先生頑張っていると思うんですが、例えば専門医と総合医が時代によってそれぞれ要求されること違うだろうなというふうに思っています。例えば、私外科の専門医で消化器専門医ですが、今や、総合的な高齢者の認知症も含めて等々行わざるを得ないという状況で、逆もあるだろうなと思います。

そういう状況を②のところのかかりつけ医機能を担う医療機関の拡大という表現にしているわけですが、拡大じゃなくて、それぞれの地域に応じてどのような医療機関が現在あって、未来に向けて、2040 年に向けてかかりつけ医がどのような機能を果たさなければいけないのかという問題意識を持ちながら整理し、方向性を決めていく必要があるなと思っています。

時間外、診療時間外の対応を含む体制は、先ほど病院と診療所で大きな違いがありますが、逆に言うと、診療所でも時間外対応できていると、これは結構な数字だなと思って見ていました。外来の患者さんが高齢になればなるほどちょっとしたことも起こりやすくなるし、それに対応することによって軽度の人がすぐ救急車を呼ぶということを省くことができるということが、やはり病院にとっても診療所にとってもプラス、患者さんにとってもプラスになるわけです。この辺りも果たしてどういう方向性を持っていったらいいのか、今の現状と将来どのようなかかりつけ医の機能強化が必要になるのかというようなことがさらに議論をしていただければと一方で思います。

外来だけの話で、在宅とか介護になるとあれですが、まずそれだけに話ししておきます。

○猪口部会長　どうもありがとうございます。確かに、14 ページを見ると努力目標、ベクトルみたいなのが書いてあるけど、こういうところまでやらなくちゃいけないんだという目標みたいなものが設定されてはいません。新田先生のおっしゃるとおり、そういうところまで踏み込んでいったほうがいいと思って聞いていました。西川委員どうぞ。

○西川委員　ご説明ありがとうございました。新田委員のお話にちょっと関連するんですが、かかりつけ医機能の強化ところで、地域のかかりつけ医の先生というのは、私たち患者にとって非常に心強い存在ではあるんですけれども、複数の疾患を包括的に診ていただける総合診療医の先生が地域に少ないというのが一番の課題かと思います。こちらの資料にも、例えば大きな病院からの逆紹介がうまくいかないというようなご意見も載っておりましたけれども、総合診療医の先生が地域に少ないというのが一因ではないかと個人的には思います。

かなり前から総合診療医の先生の不足というのが言われていたと思うんですが、これはいまだに解消されていないというのはなぜでしょうか。

○猪口部会長　どうもありがとうございます。総合診療医の絶対数が少ないように思いますが、総合診療医というのはそもそも標榜できるんでしたっけ。ちょっと調べてもらえますでしょうか。新田委員、その辺りのことは何か御存じでしょうか。

○新田委員　先生言われるとおりで、まず、総合診療医という問題は令和４年からコアカリが始まった大学教育の中で出てきたわけで、正確にいうと総合診療医を持った人は僅か１％かそれ以下だろうなと思っています。ただし、都内の開業の先生は経験をするにしたがって表面的には何とか専門医等々の医療看板を出されていますが、多くは地域の予防とか医師会活動等を行われて自己研鑽をして総合的な医療ができるようになっているということです。

もう一つは、日本医師会のかかりつけ医機能の研修で、それも総合診療を行うことができる医師のリカレント研修として行われて、もう６年前ほど行われているわけでございますので、今言われる、外面と中身はだいぶ違ってきているんだろうなというふうに思っています。

○猪口部会長　どうもありがとうございます。西川委員、分かりづらいと思うんですけれども、新田委員のおっしゃっているとおりです。外科だとか内科だとか、そもそもゼネラルで診ているような医者というのは、開業して大学から離れて開業しているうちに、大体みんな総合診療的なことをやるようになっていきます。お近くのところにそういう総合診療的なことを、総合診療医と名乗っていなくても、かかりつけ医として総合診療のような診療をやっている先生は相当いらっしゃるんです。

ですから、かかりつけ医という表現で今進んでいます。総合診療医とかかりつけ医は全く同じものではないんだけど、かかりつけ医はそういう機能を果たそうということで活動しているものですので、ちょっとずつニュアンスを感じ取っていただけるようになってくれるとありがたいなと思っています。

○西川委員　内科というものを標榜していても、実際には例えば幅広く循環器も呼吸器も消化器も診てくださる先生もいらっしゃるんですが、例えば専門のものしか診ませんというクリニックもありまして、そこを見分けるのがなかなか私たち素人の患者には難しいというか、実際行ってみないとどこまで診ていただけるかが分からないということが

あります。特に私が住んでいるところがそうなのかもしれないんですが、割と街のクリニックでも専門化しているところが多いという印象があって、包括的に複数の疾患を診ていただけるところが意外に少ないというのが実感です。

○猪口部会長　ありがとうございます。そのとおりだと思います。そこでかかりつけ医機能という話になってきます。８ページのところ、１号機能を有する医療機関というのは、これはかかりつけ医機能を持っていて、専門外で分かりづらいところはほかに必ず紹介するということをやって、切れ目のない医療を提供しようという発想でかかりつけ医機能というものが出てきております。

ですので、当然西川委員のおっしゃっているとおり、地域医療構想ではそういう部分を分かりやすくしていくということに関しては大事なことだと思いますので、事務局のほうも外来のかかりつけ医機能だとか、総合診療だとか、そういったようなものに関してうまくできるようにぜひ考えていただきたい。

それから、先ほどの総合診療医は、標榜はできるけれども広告ができないんだっけ？

○事務局　広告可能な標榜科目にはまだなっていない状況です。ただ、実態としては「総合診療科」という名称であったり、「総合内科」のように、総合を組み合わせた名称を使用しているケースがあると伺っております。

○猪口部会長　ありがとうございます。ということで、総合診療科っていうもの自体が広告の中で許されるものではないんです。ホームページで総合診療科、総合内科として標榜しているところも実態としてはありますが、それを厚労省は認めていないんです。だから、総合診療医を標榜している医者はいないということで、少なく感じるのだと思います。その代わりに、「かかりつけ医」という言葉を使っておりますので、ご理解いただければと思います。続いて、熊田委員お願いいたします。

○熊田委員　ご説明ありがとうございました。２点ほどちょっと質問させてください。

まず、１点目が、スライドの 11 のところで、かかりつけ医の有無というところでは、全体としては 65%がかかりつけ医を持っていて、34%ぐらいが今のところ持っていないということになるんですけど、これは当然年齢が上がっていくごとにかかりつけ医を持つ割合というのは増えていくというのはそのとおりだと思うんですが、一つポイントになってくるのが、順々に年齢が上がっていくとかかりつけ医を持つということが増えていくのか、それとも若い世代のほうではかかりつけ医を持てないということが可能性としてあり得るのかどうか、推計的なところでどう考えられているかをまず教えていただきたいと思います。

２点目は、外来医療を進めていく中でかかりつけ医は重要なわけなんですけれども、その中で、かかりつけ医を持っていても失ってしまう可能性というのもある、例えば医師の高齢化ですとか、経営の問題によって廃業するということもあり得るといった場合に、かかりつけ医が持っていた情報をほかのところに案内をすることが可能なのか、個人情報の観点もあるのでそんなに簡単にお伝えすることはできないとは思うんですけど、その

点の見解等を教えていただければと思います。以上になります。

○猪口部会長　事務局どうぞ。

○医療政策部計画推進担当課長　ご質問ありがとうございます。かかりつけ医を若い世代のほうが持っている方が少ないということで、これは統計上どういう意味を持つのかというのはなかなか難しいところではあるんですけど、東京の場合、今医療機関が、受診先がなくてかかりつけ医がいないということはあまり当てはまらないと思っております。やはり、若い人の中で決まった医療機関に受診する機会がないというか、そういった要因が結構あるのではないかと思っております。この辺もどういった要因なのかというのは、さらに分析していく必要があるのかなと思っています。

あと、２点目は、かかりつけ医の医療機関がなくなった時の対応というのも、おっしゃるとおり、現状では簡単にどこかの医療機関に引き継ぐというのは難しいと思いますが、その辺りも含めて情報のやり取りが円滑に進むようなプラットフォームを今後検討できればと考えているところです。検討課題として受け止めさせていただきます。

○猪口部会長　よろしいですか。熊田委員。

○熊田委員　はい。大丈夫です。ありがとうございます。１点だけ、もし今後推計的に年齢を重ねていけばかかりつけ医が増えていくということにならないのであれば、それなりに若い段階での教育ですとか、情報の提供というのは必要になってくると思いますし、少し今後このデータをどうやって読んでいけばいいのかということは引き続き検討していってもいいと思いました。

○猪口部会長　どうもありがとうございます。制度上の問題でフリーアクセスだから、人頭制ではないんだよね。やっぱり日本の場合はかかりつけ医が病気というタイミングじゃないとなかなか持たないというところも、それが大きな理由かなとは思います。内藤委員どうぞ。

○内藤委員　ありがとうございます。先ほどから、医療機関同士の情報がという話が出ておりましたけれども、例えば、最近逆紹介先となる地域の医療連携、つまり 12 ページに詳細な情報が不足しているというようなご意見出ていますが、逆紹介って、大きな病院にとってみればかなり重要なパーセンテージになってきていると思いますし、それから大きな病院に行きますと、連携している医療機関といって外来にパネルがたくさん張ってあると思うんです。

ですから、逆に紹介してもらいたいというクリニックさんも多いと思いますから、この辺は、大きな病院がもう少し情報を確認するとか、都度連携先の医療機関の情報をしっかりもっていく等ができるんじゃないのかなというふうに私は見ていて思っています。

ただ、実際には、当医院も地域包括ケア病床を持っていまして、いろんな病院さんとかクリニック、それから介護施設と連携をしていますが、実際に情報を集めるとか確認するってものすごい大変で、情報共有と言うのは簡単ですけれども、その情報をどうやって集めるかがものすごく重要ですし、特にクリニックの先生方にとってみれば、情報を出して

いく、もしくは集めるというのは至難の業なんじゃないかなと思っています。もう少しクリニック同士、もしくは医療機関同士の情報が、何か一元化して分かるようなものができるといいと思います。

実際には、普段からの連携において医療の内容や、医師の人間性から連携していくということがものすごく重要かなと私は思っています。情報の共有ということだけではなく、顔の見える共有ということをしっかりやっていくべきと思っていますが、なかなかそれ、方法としては難しいですよね。何かお考えとかありますか。

○医療ＤＸ推進担当課長　おっしゃられるとおり、もちろん医療の情報については速やかに情報連携するというのはわれわれとしては最大限やっていきますが、それだけではやはり見えない部分もありますし、スムーズな連携につながらないというところもありますので、ＤＸに向けた情報をどのように生かしていくのかというところも含めて、連携についても検討を今後深めていきたいというふうに考えています。

○猪口部会長　内藤委員いいですか。

○内藤委員　結局、どういう情報かということだけじゃなくて、担当者や先生が替わっただけで対応が違ってしまうというところが、そこがまたすごく大きな悩みじゃないかなというふうに私は思っています。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。新田委員どうぞ。

○新田委員　先ほどの熊田委員と西川委員の話でもありますが、かかりつけ医の機能って何なんだろうというと、恐らく治療だけじゃなくて予防医学管理とか、本人とか家族の相談とか、療養相談等々全体があるわけです。

その中で一番多く果たしているのは慢性疾患を持つ高齢者ということで、高齢者は当たり前のようにかかりつけ医を持つと、コロナの時話題になりました。コロナの時、国はかかりつけ医へ行ってくださいと言ったんだけど、若い人はかかりつけ医って誰なのか分からなくて混乱して、どこも行き場所がなくてうろうろしました。これはなぜかというと、若い人は突発的なことしか医療にかからないのでかかりつけ医を持っていないんです。家族ごとかかりつけ医は別なんだけど、単独の若い人は、そういう医療とは治療でしか関係ないので持たない。当たり前のことが起こっているわけです。

その意味で、これからかかりつけ医療をする時に、予防とか等々考えた時に、それこそ若い人たちもかかりつけ医を持とうという話になれば、これは大きな財政問題の話になるわけです。その人たちはかかりつけ医を指定して、かかりつけ医はその人のかかりつけ医だという、そこに何らかのインセンティブが働くわけですから、これはすごい大きな話だろうなと思って熊田委員の話を聞いておりました。以上です。

○猪口部会長　どうもありがとうございます。酒井委員どうぞ。

○酒井委員　特定機能病院の立場から１分だけお話しさせていただきたいと思います。逆紹介率 50%以上、もう厳しく規定されていますので、どこの病院も 60 点で受け取れる、かかりつけ医が 60 点で受け取れる紹介先を見つけてしっかりと紹介していかないと、特

定機能病院として減点されてしまいます。あとは、年間で 12 回以上、13 回以上再診の数がありますと、13 回目から再診料が減点されてしまいます。その分救急医療をしっかり取ると、これが特定機能病院Ａの役割ということで、全ての都内の大学病院がこれを目指して今頑張っているところです。

そして、特定機能病院でもう一つ問題なのは、東京都のシーリングがありまして、シーリングによって内科では令和７年 573 人が令和８年 531 人の内科の専攻医に絞られてしまっています。これは、地域偏在をなくすためということですが、これから多くなっていく高齢者救急に対応できないというのも大きな問題になると思います。以上です。

○猪口部会長　どうもありがとうございます。特定機能病院では、連携に関して相当頑張ってやっているということなんですね。では、湯澤委員どうぞ。

○湯澤委員　先ほどから医療、介護との連携とお話も出ていると思うんですが、東京都として地域医療構想の中に歯科はどのように組み込んでいくのか教えていただきたいんです。歯科医療というのは、外来を中心に提供されているんですが、医科疾患で入院なさった方とかは受診が途切れちゃうということがあるんです。また、歯科を標榜する病院は大体２割と少ない状況なので、医科とか歯科とかですら、医科ではなくて入院患者さんの口腔管理をできるということが十分でないということなんです。口腔管理がよくないと入院日数が増えてしまうとかいうようなデータも出ておりますし、あるいは肺炎になりやすいということもあります。

歯科のわれわれとしても口腔管理をすることが重要、要は、歯科が連携に関わっていくことが重要だというふうに考えておりますので、まず地域医療構想に歯科をどのように取り入れていくのかということを一つ教えていただきたいということと、先ほどのかかりつけ医と同じように、かかりつけ歯科医という考え方で作っております。

かかりつけ歯科医をどのくらい持っているかというのも、医科の今回出ているデータと大体同じようなデータなんですけれども、かかりつけ歯科医として患者さんが来ていただくと、重症化を予防できると考えておりますので、かかりつけ歯科医をお持ちの人ということでアピールを患者さんにはしております。

そしてもう一点、今連携で今回の診療報酬改定で周術期なんですけれども、入院している患者さんで歯科、口腔管理が必要になってお医者さんのほうが歯科を紹介してくれた場合に、病院のほうで 600 点が取れるというような制度ができました。ぜひそれも利用していただきたいと思っております。以上です。

○猪口部会長　どうもありがとうございます。歯科との連携に関して、事務局どうぞ。

○医療政策部計画推進担当課長　ご質問ありがとうございます。資料の中でも今回出ていますけれども、口腔ケアというのが、やはり高齢者が増えていく中で非常に重要なものだと認識しております。高齢者の対応にあたっては、歯科をはじめ、栄養士、薬剤、薬局なども含めて高齢者を総合的にサポートする連携体制が必要ではないかと思いますので、重要な位置づけだと考えております。

○猪口部会長　14 ページの②のポチ４つ目のところに表されていて、ガイドラインにも薬局と、それから歯科との連携もかなり書かれておりますので、地域医療構想の中にはしっかり入れていかなくてはいけないと思っています。湯澤委員、よろしいですか。

○湯澤委員　ぜひよろしくお願いします。

○猪口部会長　ありがとうございます。相田委員、お願いします。

○相田委員　東京都介護支援専門員研究協議会、ケアマネジャーの職能団体でございます。14 ページの高齢者の包括的把握、また 44 ページ、高齢者救急の課題、退院時に要する時間の短縮、ＡＣＰの実施、情報連携にも関わる切実な課題といたしまして、認知症独居高齢者の増加、また頼れる身寄りのない高齢者の問題がございます。21 ページ、高齢者単身の単独世帯の割合が 28.5％で１位ということ、また、19 ページにございます 85 歳以上の高齢者人口が増えると、さらに家族が先に亡くなるなどして、単身とまたならられてしまうという可能性も増えて問題が深刻化すると思っています。

本人が伝えられない、搬送されても連絡をくださるご家族がおらず入院の連絡が受けられなければ、病院も、またかかりつけ医があり在宅チームがあったとしても、連携をしたくても情報をお伝えする先が分からない、そこだけ時間がかかってしまうという状況が現在増えてきています。入院時に病院施設が居宅介護支援事業所、私たちケアマネジャーがいる事業所に情報連携ができる何かツールまたは仕組み、担当情報をつなぐようなことができるようなシステム、情報基盤の整備が急務であると考えますが、次のＤＸにもかかるところではないかとも思いますけれども、その辺りはいかがなものでしょうか。

また、医療・介護の複合ニーズを持つ方が一層多くなるということで、介護保険を使って要介護度が付いていて訪問看護が入っているということは、そこに私たちケアマネジャーが存在しております。また、令和９年度改正では介護施設にも外部のケアマネジャーが深く関わってくる予定になっております。都にお示しされますこの 15 ページ、35 ページ、47 ページなどの図にも、ぜひケアマネジャーも加えていただければと思います。以上です。

○猪口部会長　ＤＸの目指しているところは、14 ページに出ているようなものは多職種、多機関、全部がもう連携ができるようなものを目指しているんです。誰がはじかれるということがないようにやっていきたいと思いますので、よろしくお願いします。内藤委員どうぞ。

○内藤委員　ありがとうございます。先ほどの話にちょっと戻ってしまうんですけれども、私の感覚では、この診療報酬改定のあと、いろんなところからの連携が増えていって、先ほど歯科の先生からもお話ありました 600 点の話じゃありませんが、当院でも歯科の診療所さんと連携しまして、口腔ケアなど、歯科の衛生のことも外部の歯科の先生に入っていただいております。また、訪問診療など行っていますと、薬局から報告書が毎月送られてきてすごい枚数になってきています。

それから、入院の時には、ケアマネジャーさんや予防患者さんも一緒にいらっしゃるん

ですけれども、退院前の調整では今まで以上にケアマネジャーさん、訪問看護師さん、その他の職種の方がお集まりいただいて、かなりの数の会議を行っているという意味では、診療報酬改定の方向性で、今ここで目指している方向がかなり進んできているんじゃないかなというのが感覚としてあります。

ただ、やはり集まってはなかなか難しいので、例えばＺｏｏｍを使うこともありますし、ＭＣＳでやり取りをすることもありますし、以前感じていたよりかはかなり連携が進んでいるっていうのが私の実感としてありましたので、お話しさせていただきました。

○猪口部会長　ありがとうございます。田村委員お願いします。

○田村委員　いろんな論点が出てきていると思います。まず、患者情報について、紹介、逆紹介、あるいはかかりつけ医の交代の時に情報がなかなか伝えられないということですが、私が開業した 25 年とか 30 年前に比べて、まず患者情報、お薬手帳というのがありまして、そこにその患者さんが内服している薬がほぼ網羅的に入るようになりましたので、私が患者情報を得る時にそういったものとか、あるいは検査データを見ますが、これも最近はほとんど患者さんにお渡しするような時代になってきています。

それから、マイナンバーカードの中で医療情報として薬の処方の内容が分かるような形にもなってきていますので、医療、ご自身の診療に関するいろんな情報は患者さん自身が手元に集めて持てるようにだんだんなってきている時代だろうと思います。まだ道半ばではありますけれども、患者さん自身が、別のところにかかるとか、転院するとか、そういった時に全く手元に何もないという状況が変わってきているんじゃないかなと思っておりました。

それから、歯科との連携なんですが、やはり慢性疾患、糖尿病などを見ていますと、皮膚病とかそういったことが予後に大いに影響がある、誤嚥（ごえん）性肺炎もそうです。開業医の間でもやはり歯科にしっかりかかっていることが必要だという意識が非常に進んできています。恐らく、連携するかどうかはその担当医の意識にも大きく左右されますので、今後歯科との連携が進むんではないかなと思っております。

また、ケアマネさんとの関係で、ケアマネさんによって非常に必要最小限のことしかしない人と、非常に身を乗り出して、それは主治医の仕事なんだけどというようなことをいうくらいの積極的な方もいらっしゃいます。ケアマネジャーが協力してくれないと慢性の患者さんをなかなか診ていけないという意識は、かかりつけ医の間でも広まってきていますので、だんだんケアマネさんとのコミュニケーションを取らなきゃいけないという意識につながっていくんじゃないかなと思います。

さらに、最初のほうから思っていたんですが、医師が専門の殻にこもって仕事をするのか、それとも間口を広げて総合診療医として頑張っていくのかという、その辺がパラダイムですが、実際に診療している医者の立場として、最近患者さんも情報を得ることが非常に大切になっています。なので、かなり専門的な医療情報を持つ中で、自分の専門外の患者さんをかかりつけ医として抱え込んでいきますと、かえって病院の紹介へのタイミン

グが遅れたりとか、今の専門医としての治療水準から外れていることをやったりすると、かえって責任問題につながります。だから、自分の保身という意味でも間口を狭くして、自分の専門にこもるというふうなことが正直あるかと思うんです。これは、今専門分野というのは非常に深くなっていますので、総合診療医としての教育を受けたかどうかということではなかなか克服できないという実態があります。なかなか間口を広げた総合診療医を増やす、そういった人を開業医の中に増やすというのは、そこに大きな壁があるのかなということを感じていました。以上です。

○猪口部会長　先生、忌憚（きたん）なく現状の話をたくさんしていただきましてどうもありがとうございます。先生の話を聞いていると、２つのポイントがあるように思いまして、患者の情報と、それから医療機関の情報です。ＤＸは多分その２つの情報をうまくやり取りしないといけないんだなというのは、先生の話を聞きながら思いました。ＤＸ担当は、それを分かった上でやっているとは思います。宮川委員、お願いします。

○宮川委員　先ほど、外来における服薬状況の連携ですとか、お薬手帳のほうのお話も出ておりましたので、この件について少しご意見と、また東京都のほうに質問を幾つか、発言させていただければと思います。

まず、スライド 14 に薬局と連携して服薬状況を管理するという記載があります。服薬状況を管理というところですが、その具体的な管理の方法についてはこれから議論の中で深めていくというところでしょうが、例えばＩＣＴ、ＡＩＴを活用したＤＸ化をイメージしているのかということが一つ目の質問です。

あとは、スライド 34、在宅療養生活への円滑の移行の促進というところで、この項目の退院後のところで連携の推進という文言が入っております。私たち薬局薬剤師の目から見ましても、病院薬剤師さんと薬局の薬剤師の連携というのが非常に重要な役割を示すということは実感しておるところでございまして、せっかく退院時に薬を整理したにもかかわらず退院後に処方内容がまた入院前の薬に戻ってしまうような例も出ております。そういった多剤併用防止の観点から検討していただき、薬薬連携というところも明文化していただけるとありがたいと思っています。

最後、スライドの 39 の介護サービスの実績の見込みの中で、訪問介護と施設サービスを中心に整理していただいているんですけれども、第９期の介護保険事業計画の中で居宅療養管理指導の見込み量も確か推計されていると承知しておりますが、今回お示しいただいていないのはどのような整理によるものなのかをお伺いしたいかなと思っています。薬局の居宅療養管理指導は在宅医療を当然支えている一つでございますし、在宅医療と介護を密接に議論する上では非常に重要なサービスではないかというふうに考えておりますので、今回の中でご検討いただけたら幸いでございます。私からは以上でございます。

○猪口部会長　ご提言、ご要望、あと質問がありました。質問に関して、事務局どうぞ。

○医療政策部計画推進担当課長　ご質問ありがとうございます。具体的な連携の方法につ

いて今後どういうふうに検討していくのかということで、委員のほうからも今お話がありました。情報共有という意味では、デジタル技術、あとは必ずしもかかりつけ医という切り口だけではないのかもしれないんですけれども、高齢者に関する取り組みの中でそれぞれの地域ごとに実態に応じた連携の在り方とか、顔の見える関係の後押しができないかを考えており、ＤＸだけでない取り組みもできればと思っております。

あとは、高齢者施設のデータについては、特にここに絞った意図が何かあるのかというわけではなくて、代表的なものを掲載させていただいておりますので、もし今後必要であれば、そういったご指摘の施設についてもまた検討を深めさせていただければと思っております。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す。在宅の意見があまり出なかったんだけれども、将来、2040 年それぞれ外来、それから在宅、介護との連携ということで、目指す姿というのは表されていますけれども、こういう方向性に関しては皆さんこういうのでいいんじゃないかということで進めてよろしいでしょうか。これが抜けている、あれが抜けているという細かい話はそのとおりだと思うんだけど、大まかな方向性にこれから肉付けしていくんだということでよろしいでしょうか。

前半の部分はここまでにして、このあと後半の部分説明をいただいて、また話をして、話し足りない部分は、また最後にまとめてよろしくお願いします。

では、事務局から、人材確保、ＤＸ、その他検討すべき分野について説明よろしくお願いいたします。

○事務局　それでは、後半の説明に移ります。後半では、人材確保、医療ＤＸ、その他検討すべき分野の順にご説明いたします。

そうしましたら、スライド 50 ページ目になりますが、国の考え方となります。

（１）では、大学病院本院による地域への人的協力が重要となり、都道府県と大学病院本院が緊密に連携することが求められております。具体的には、大学病院本院は高度専門医療と医師養成に加え、地域医療への人的協力を担う立場になります。地域の必要を踏まえ、急性期拠点機能への外科医、麻酔医、高齢者救急・地域急性期機能への内科医師の協力、へき地等における代替医の確保などに都道府県と連携して取り組むことが示されております。

スライド 51 ページ目は、医療・介護人材の就業者の推計となります。2040 年には総就業者数が大きく減少する一方、医療・福祉分野では、2018 年と比較して約２割多い就業者が必要となると推計されております。

続いて、スライド 52 ページ目ですが、医療従事者の体制整備の必要性に関する国の考え方となります。人材確保策に加え、勤務環境の改善、医療ＤＸ、タスクシフト・シェア等による生産性向上を一体的に進めることが重要とされております。

ページをお送りいただきまして、スライド 53 ページ目からは、都内の人材確保の状況となります。初めに、53 ページ目では、医師数及び医師偏在の状況となります。左側の

医師数の推移によると、医師数は増加傾向にある一方、病院に従事する医師数は直近で減少しております。また、右側の二次医療圏別の医師偏在指標を見ると、南多摩、西多摩、島しょが医師少数区域となっております。

スライド 54 ページ目は、総合診療専門医の状況になります。高齢者の複数疾患等への対応で総合診療機能の重要性が高まる中、総合診療専門医がいる医療機関は病院、診療所ともに１割未満となります。

ページをお送りいただきまして、スライド 55 ページ目ですが、看護職員数の推移、有効求人倍率となります。左側の看護職員数の推移を見ますと、看護職員数は年々増加傾向にありますが、右側の有効求人倍率は全職種平均と比べ高水準で推移しております。

ページをお送りいただきまして、スライド 56 ページ目は、看護職員数の有効求人倍率となりますが、こちらも全職種平均と比較して高水準となっており、人手不足がより深刻化している状況が見て取れます。

ページをお送りいただきまして、スライド 57 ページ目ですが、第１回策定部会でもお示ししております各職種の人材配置状況となります。都内の病院では、看護補助者、介護職員、看護師の順に不足感が強く、高度急性期の病院では医師の不足感が最も強いという状況が見て取れます。

ページをお送りいただきまして、スライド 58 ページ目ですが、職員採用状況・確保が難しい職種の状況となります。看護補助者、介護職員の必要数を確保できない病院が約３割存在し、確保が難しい職種として医師、看護師、看護補助者の割合が高い傾向が見て取れます。

ページをお送りいただきまして、スライド 59 ページ目は、タスクシフト・シェアの状況となります。約６割から７割の医療機関が既に取り組んでいる、または今後拡大したいとしております。一方、人員不足や取り組みを主導する人材がいないなどが主な課題として挙げられております。

ページをお送りいただきまして、スライド 60 ページ目は、調整会議、調整部会における主な意見となります。特徴的な意見としまして、人材不足の状況を踏まえると、総合診療医など幅をもって診ることができる体制や多職種連携の取り組みが重要、また、看護職のスキルアップ、教育が必要などのご意見がございました。

ページをお送りいただきまして、スライド 61 ページ目は、ここまでご説明いたしました人材確保の要点を順番にまとめております。矢印の先となりますが、こちら都の特性を踏まえますと、１ポツ目、増加する医療需要に対して必要な医療人材の安定的確保が必要、２ポツ目、高齢者の複数疾患診療や在宅医療、介護との連携を支える地域で治し支える医療人材の育成が求められる点、３ポツ目、地域全体の連携を含む多職種連携の必要性が高まっており、各職種が専門性を発揮するチーム医療の推進が求められている点、４ポツ目、生産年齢人口が減少する中、持続可能な働き方に向けた体制づくりが必要な点が 2040 年の都の人材確保を考える上で重要な視点となります。

ページをお送りいただきまして、スライド62ページ目は、先ほどの視点を踏まえました取り組みの方向性案となります。１つ目ですが、医療人材の安定的な確保です。医療需要を踏まえた医療人材の確保の一体的な推進、医師少数区域への対応を進めます。２つ目は、地域で治し支える医療を担う医療人材の育成です。高齢者の複数疾患診療など、総合診療機能の強化、地域での療養体制を支える看護職員の育成を進めます。

３つ目は、各職種が高い専門性を十分に発揮できるチーム医療の推進です。多職種連携によるチーム医療の推進、多職種連携を担う人材の育成を進めます。４つ目ですが、医療ＤＸ、勤務環境の改善、タスクシフト・シェア等による持続可能な働き方の実現です。医療ＤＸの活用とタスクシフト・シェアの推進、働き続けられる職場環境の整備を進めます。

これらの方向性を人材確保における取り組みの方向性として新たな構想に反映したいと考えております。

ページをお送りいただきまして、スライド63ページ目ですが、2040年の人材確保の目指す姿となります。前でお示ししました取り組みの方向性を推進しまして、魅力あふれる医療の職場に人材が集い、一人一人が専門性を輝かせ地域全体で支え合う医療を実現する東京を目指すものとしております。

ページをお送りいただきまして、スライド64ページ目からは、医療ＤＸに関しての内容となります。

スライド65ページ目になりますが、国が構築を進める全国医療情報プラットフォームの状況となります。生産年齢人口が減少する中、切れ目なく質の高い医療を効率的に提供するため、国は全国医療情報プラットフォームの構築を進めております。これにより、将来的には医療機関は診療情報の共有が可能となり、個人はマイナポータルから医療・介護・行政へとつながり、情報共有やサービスを受けることが可能になることが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66ページ目からは、都内の医療ＤＸの状況となります。初めに、スライド66ページ目は、都が構築を進めている新たな医療情報連携基盤となります。第２回策定部会でもお示ししておりますが、都は新たな医療情報連携基盤の構築を進めており、将来的に広域的な情報連携の推進が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67ページ目は、電子カルテの導入率の状況となります。電子カルテの導入率は着実に増加しており、令和８年の４月時点では病院は75.1%、診療所は62.2%で導入済みとなっております。

ページをお送りいただきまして、スライド68ページ目になりますが、情報連携の状況となります。下の２つの円グラフのとおり、電子カルテを導入している医療機関のうち自院の医療情報を他院と共有している医療機関は５%、国の標準規格に対応している医療機関は３%にとどまっております。

スライド69ページ目ですが、都民が医療ＤＸに期待することになります。ウェブ予約システム、処方箋の送信、診察の待ち時間案内など、待ち時間短縮や可視化への期待が多

く寄せられております。

ページをお送りいただき、スライド 70 ページ目は、調整会議・調整部会の主な意見となります。こちらは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 71 ページ目は、こうした都の特性を踏まえた医療ＤＸの要件を上段にまとめております。矢印の先となりますが、このような都の特性を踏まえますと、医療機関間等の情報連携を円滑化するため、新たな医療情報連携基盤によるつながる医療の実現をするとともに、デジタル技術による医療機関における業務効率化に加え、患者の利便性や満足度を高めた医療の質の向上につなげることが重要となります。

ページをお送りいただき、スライド 72 ページ目は、先ほどの視点を踏まえた取り組みの方向性案となります。まず１つ目ですが、新たな医療情報連携基盤によるつながる医療の実現です。導入率 100％に向けた電子カルテの導入促進、新たな医療情報連携基盤の構築を進めます。２つ目ですが、医療ＤＸ、ＡＸを含むデジタル技術の活用による医療の質の向上となります。医療ＤＸ、ＡＸによる業務効率化と患者の満足度の向上、デジタル技術の活用により患者がいつでも必要な医療を受けられる環境の実現を進めます。

これらの方向性を医療ＤＸにおける取り組みの方向性として新たな構想に反映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 73 ページ目ですが、2040 年の医療ＤＸの目指す姿となります。前のページでお示ししました取り組みの方向性を推進し、新たな情報連携基盤により、誰もが、いつでも、どこでも必要な医療を受けられる東京を目指すものとしております。

ページをお送りいただきまして、スライド 74 ページ目からは、その他検討すべき分野についてご説明いたします。

スライド 75 ページ目では、新たな構想に反映する分野の考え方をお示ししております。

地域医療構想が医療計画の上位概念になったことに加え、2040 年とその先を見据え、広域な役割分担と連携が求められている小児医療、周産期医療、災害医療、感染症医療を都独自に新たな構想へ反映する案としております。これらは人口減少下でも体制維持が必要な分野、また、有事に全都的な体制が必要な分野となります。なお、上記以外の５疾病６事業を含む他の取り組みにつきましても、新たな構想を踏まえた取り組みを推進していくことを予定しております。

ページをお送りいただきまして、スライド 76 ページ目からは、小児医療の状況となります。下の図のとおり、都内を４ブロックに分け、各ブロックに１施設ずつこども救命センターを配置しております。

ページをお送りいただき、スライド 77 ページ目となりますが、左の表では出生数が減少する中、ＮＩＣＵ入院児数及び医療的ケアが必要な児数について近年は高水準で推移していることが見て取れます。また、右のグラフでは、休日・全夜間帯の二次救急患者数

をお示ししておりますが、令和６年度は前年度を下回る一方で、入院患者数は令和２年度以降増加している傾向が伺えます。

ページをお送りいただきまして、スライド 78 ページ目からは、周産期医療の状況となります。下の図のとおり、都内を８ブロックに分け、総合周産期母子医療センターが 14 施設配置されております。

スライド 79 ページ目は、周産期医療の状況です。出生数の減少を背景に分娩取り扱い施設数は減少傾向ですが、右側の 35 歳以上の母の出生割合と母体救命搬送受入人数は増加傾向となっております。

ページをお送りいただきまして、スライド 80 ページ目は災害医療の状況となります。都内 84 の災害拠点病院を中心に体制整備を進めております。また、疾病の重篤化等による災害関連死を防ぐため、体調が悪化した高齢者等要配慮者が適切に医療を受けられる体制整備が求められております。

ページをお送りいただき、スライド 81 ページ目は感染症医療の状況となります。左の図のとおり、医療機関等の協定締結を通じて、目標数に対し有事に備えた体制整備を着実に進めております。また、右の図のとおり、東京ｉＣＤＣによる国内外専門機関等とのネットワークの強化や研修、訓練等を通じた感染症対策に係る人材育成も推進しております。

ページをお送りいただきまして、スライド 82 ページ目は調整会議・部会における主な意見となります。こちらは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 83 ページ目では、ここまでご説明した４分野の要点をまとめております。矢印の先ですが、小児医療は医療的ケア児等の対応を含む小児医療の役割分担、連携強化に加え、高度専門医療を担う拠点機能の充実が必要な点、周産期医療はハイリスク妊産婦等への対応を含む周産期医療の役割分担・連携に加え、安全で質の高い周産期医療提供体制の確保が必要な点、災害医療は、災害拠点病院等を中心とした災害時医療体制の整備や区市町村や地域の医療機関との連携を強化することが求められている点、感染症医療は、感染症の危機に機動的に対応できる体制の整備と人材育成の推進が求められている点が、2040 年の都における持続可能な医療提供体制を考える上で重要な視点となっております。

ページをお送りいただきまして、スライド 84 ページ目ですが、先ほどの視点を踏まえました取り組みの方向性案となります。

初めに、小児医療における取り組みの方向性としまして、小児医療を担う医療機関の役割分担と連携の強化、こども救命センターを中心とした高度専門医療を担う拠点機能の充実を取り組みの方向性とさせていただきたいと考えております。続いて、周産期医療における方向性としまして、周産期医療を担う医療機関の役割分担と連携の推進、安全で質の高い周産期医療の体制を確保の推進を挙げたいと思っています。

続いて、災害医療における取り組みの方向性としまして、災害拠点病院等を中心とした

災害時の医療体制の整備、災害時に特に支援が必要な患者等を適切に医療につなげるため、区市町村や地域の医療機関との連携の強化を推進することを取り組みの方向性として考えております。最後に、感染症医療における取り組みの方向性といたしまして、感染症危機に機動的に対応できる体制の確保、東京ｉＣＤＣを活用した人材育成の推進を取り組みの方向性として考えております。

これらの方向性をその他検討すべき分野における取り組みの方向性として新たな構想に反映したいと考えております。

ページをお送りいただきまして、スライド85ページ目ですが、2040年の４分野の目指す姿となります。前のページでお示ししました取り組みの方向性を推進し、人口減少下でも必要な医療へのアクセスと質を維持し、有事にも揺らぐことのない万全な医療基盤を確立し、持続可能で安心して暮らせる東京を目指すものとしております。

ページをお送りいただきまして、ここまでご説明いたしました人材確保、医療ＤＸ、その他検討すべき分野に関する内容について、各疾病・事業別協議会に検討すべき事項として申し送りたいと考えております。その観点から、2040 年の東京の目指す姿と東京の特性を踏まえた取り組みの方向性案について追加すべき点などをご意見いただきたいと考えております。

説明は以上となります。

○猪口部会長　どうもありがとうございました。皆さんも資料の見方が大体分かってきたと思うんですけれども、こういう方向性でいいかというようなことも踏まえて、何かご意見ございましたらどうぞ。越永委員どうぞ。

○越永委員　清瀬市で病院と特別養護老人ホーム、デイサービスセンター等の社会福祉法人を経営しております。

61 ページの人材確保についてのところなんですけれども、現在介護需要が高い患者さんが増加しているにもかかわらず、看護補助者、介護職員の必要数を確保できていないというのが現状であるというのが書いてあって、そういう病院が約３割存在しているというのが61ページに書いてありますけれども、介護職が働くなら、今介護施設のほうで働くほうが圧倒的に給料がいいという現象が起きています。これは、介護保険で処遇改善加算であったりとか、東京都から介護職員への一律２万円が支給されたりというようなことが行われておりまして、介護施設のほうが圧倒的に給料がよくなっている、手取りがよくなっていることがあります。

それで、病院の介護職員に関しては、そういう恩恵は全くなく、全ての病院のうちの７割が赤字ですので、そういうことからいいますと、ほとんどの介護要員というのは、介護施設のほうに異動するというのが仕方ないような状況になっているんです。うちの病院でもそうです。

あともう一点が、介護施設で今科学的介護というＬＩＦＥというものが導入されていまして、以前よりも介護自体がちょっとアカデミックになってきていまして、病院でない

と学び得ないような経験ということがなくなってきていまして、実際には病院で介護職が勤める魅力がなくなってきているというのも現状にあるんだろうと思います。

そうすると、今需要は増えているけれども介護職員が病院で増えるという状況は全くなくて、少なくとも給料の格差がなくならない限りは、今よりはどんどん悪くなっていくだろうと思うんです。そうすると、介護需要、認知症が増えていくという話になったとしても、結局そういう人たちが増えないので、その分を看護師さんだったりほかのスタッフがやらなきゃいけなくなっちゃうという話になると、実際にはそこで人材が流出していくということがこれからは起きていくんじゃないかなというふうに思います。

実際、行政のほうも、介護と医療を分けて考え過ぎていて、実際に自分たちが行っている政策で格差が広がっていっているということは自覚されていないんじゃないかと思うところがあるので、その辺についてご検討いただきたいとに思います。以上です。

○猪口部会長　今の最後のところの、医療と介護の格差が広がっている政策というのは、給料の部分の話ですか。

○越永委員　圧倒的に給料です。介護士さんというのは、病院で働こうが介護施設で働こうが大体同じような仕事をしているはずなんです。ですが、介護施設で働く人の方の給料は爆上がりしていくのに、病院で働く介護士さんの給料は低いままという状況になっているんです。そうすると、どう考えても介護施設のほうに介護士さんは流れていきますから、病院で幾ら介護需要が高い患者さんが増えるといっても介護士さんの数は絶対に増えないだろうということになります。

○猪口部会長　どうもありがとうございます。もし先生のおっしゃるとおりだったら、そういう予算付けを東京都は考えていただくということも検討していかなければならないと思います。なかなか実現するのが難しいような話かもしれないけれども、でも、給料がポイントなら考えないといけないですよね。湯澤委員どうぞ。

○湯澤委員　ありがとうございます。越永先生と同じようですけど、61 ページの一番上に医師が増加傾向しているのにもかかわらず病院に従事する医師は令和４年から６年で減少している。これについて、いわゆる直美（ちょくび）とかそういうのも関係あるのか、その理由を教えていただきたいです。もしこのようなことが続くようになると、やはり病院で勤務している先生はいろんな経験をなさって医療を提供してくれるので、歯科もそうですけれども、都民が安心して受けられる医師が少なくなってきちゃうんじゃないかというような懸念があるんですが、この点いかがなんでしょうか。そういうのは歯止めってかけられないのかを教えてください。

○猪口部会長　僕が答えるべきなのかどうか分からないけど、病院経営、今ものすごい赤字なんです。先ほどの越永委員の言い方をすると、病院にいても給料上がらないから絶望感というか、あんまり期待感がなくて、直美に行くとかそういう話っていうのは、ある意味そういうことが関係しているかもしれないし、医師免許を取ったあと医師にならないでコンサルタント会社に行くという話もたくさんあるわけですから、一つの要因かと思い

ます。ただ、それ以外もいろいろ複合要因はあるんだろうなと思いますので、なかなかそれ以上答えづらいようなところです。

そういうことも含めて、今後医師も増やす、それから看護師も増やす、介護職員も増やすというような方向性に関しては皆さん問題はないわけですよね。そうしてくれよという話ですよね。横田委員どうぞ。

○横田委員　ありがとうございます。先ほど前半のところで医療と介護の連携もＤＸでぜひ進めてほしいと話をしました。国の全国医療情報プラットフォーム、66 ページのところにポンチ絵がありますけれども、ここに非常に期待するところではあるんですが、先ほど申し上げたように、医療と介護の連携というのが、果たして十分なのかと危惧するところです。

現在私区東部医療圏の救急病院、95 床の医療機関に勤務していますが、この規模の医療機関でさえも逆紹介、紹介で毎日専門の７名のスタッフが一日中の電話対応でやっと逆紹介、紹介をクリアしているところです。東京都がＤＸで医療連携、介護の連携も含めて進めていく時には、先ほどの人材確保というところにも関係しますが、ＤＸ化の際には医療と介護のマッチング機能というところをぜひ進めていただきたいと思います。そこでだいぶ省力化が果たしていけると思います。救急の患者さんを全身状態が安定したあと、介護施設に紹介する際に１人の患者さんに１日費やして決めていくというのが現状なので、ＤＸを使ってスムーズに患者さんを介護施設に紹介できるようなシステムをぜひ作っていただきたいと思います。以上です。

○猪口部会長　ありがとうございます。要望として承るということでよろしいですね。西川委員どうぞ。

○西川委員　ありがとうございます。医療ＤＸについて１点だけなんですが、デジタル化が進めば便利にはなりますけれども、オンラインでつながればつながるほどセキュリティー上のリスクが出てくるため、特に医療データというのは究極の個人情報でもありますので、ＤＸを進めるにあたってはセキュリティー対策とセットでぜひお願いしたいと思っております。以上です。

○猪口部会長　どうもありがとうございます。ＤＸ担当どうぞ。

○医療ＤＸ推進担当課長　私どもも、情報セキュリティーの観点につきましては東京都全体の情報システムを、ＧｏｖＴｅｃｈ東京という政策連携団体ともよくよく協力しながらセキュリティー面の実現のところ、また運用的なところはわれわれも医療機関からもいろいろお話を聞きながら進めますので、情報漏えい等ありますと信頼も失いますのでしっかり進めていきます。

○猪口部会長　国のほうも電子カルテに関してはオンプレミスよりもクラウドタイプ、クラウドネイティブな感じのものにするということで、セキュリティーに関しては皆さん、これを進める上には一丁目一番地だよね。セキュリティーを考えながら進めていることだと思います。進藤委員お願いします。

○進藤委員　ありがとうございます。人材確保のところで 58 ページにありますが、医師、看護師、看護補助者が足りないというところが強調されているんですが、施設基準にないからあまり強調されないのかもしれませんが、事務とか入退院調整部門というところが非常に足りなくて、幾ら探しても出てこないので、事務系も足りていないんだということを強調させていただきたいと思いました。

それから、ＤＸのほうですけれども、伺っている中でマイナカードの利用というのがなかったかなと思うので、マイナカードの利用というのが今後ＤＸで中心になるんじゃないかというふうに思いました。以上です。

○猪口部会長　ありがとうございます。そうなんです。事務員は、病院だけじゃなくて診療所もそうですけれども、市場経済の人たちと拮抗しちゃうから、高給を払ってくれるほうにみんな行っちゃうので、われわれ病院、医療系には本当に事務職少ないんです。内藤委員どうぞ。

○内藤委員　ありがとうございます。この前にお話出てしまいましたけれども、実際問題、医療従事者、医療職、専門職ではなくて、その周りにやっぱり事務方が何人もいてそこをつないでくれたりとか、医師事務作業補助というのは一つの職種にはなっていますけれども、本来の医療を提供する周りに支える職員というのが本当に今いなくなっていると思っています。

さらには、うちでも非常に困っていますけれども、電子カルテ入れたのはいいが、ちょっとしたトラブルとかうまくいかないということがよくあります。それから、今回も全国医療情報プラットフォームの構築で素晴らしいものを作る予定になっていますけれども、こういったものを維持するとか、それから運用していくということに関しての人材が本当にいない状況です。医療現場も今どんどん医療ＤＸが進んでいる中では、新しい職種としてそういったような電子カルテであったりとかＤＸに精通した職員もぜひ入れるようなことを考えてほしいなと思います。よろしくお願いします。

○猪口部会長　ありがとうございます。藤田委員どうぞ。

○藤田委員　聞き漏らしちゃったかもしれないんですけれども、プラットフォームのところで、マイナポータルとも関係するかと思うんですけれども、進まないＡＣＰを進めるために、簡素なものでいいかとは思いますが、元気なうちにある程度意思表示できる非常に簡単なもので、いざという時にちょっと発展できるようなものを入れていかれるといいと私思ったものですから、既にそんなことは入っていますと言われればそれまでなんですけれども、提案させていただきました。以上です。

○猪口部会長　ありがとうございます。そんな記載はないよね。

○医療ＤＸ推進担当課長　本日の３文書６情報に加えて何を共有するかというのは国も検討を進めています。また、それでもまだ足りない部分については、東京都で必要であれば加えていくという形になると思いますので、当然、そのＡＣＰについても、やはりそのものなのか、少し簡略化したものなのか、議論の俎上（そじょう）に上るかと思いますので、

先々も含めて検討したいと思います。

○猪口部会長　ＤＸ進めていくのにつながることもそうなんだけど、それの使い勝手がいいようにアプリというかシステムというのか、コンテンツというのか、使い勝手がいいように進めるよう、よろしくお願いします。新田委員どうぞ。

○新田委員　ありがとうございます。３点あります。先ほど横田先生の話で、以前に東京都でポータルサイトを作った経験があります。そのポータルサイトは病病連携をするために有効で、横連携と縦連携で病院と地域連携の問題がありました。豊島区では使われていて、また、コロナの時に退院調整で結構使われていたというふうに聞くんですが、今それがポータルサイトどうなっているかというのが１つの疑問でございます。

２点目は、今のＡＣＰは、ＡＣＰ検討部会で「わたしの思い手帳」を東京都では既に 40 万部発行しています。医療介護従事者向けの研修会が４年目を迎えて、来年度事業でＡＣＰ推進アドバイザー事業が東京都でさらに始めようとしています。その中で、医療職におけるＡＣＰの概念と一般都民のＡＣＰにはずれがありまして、やはりそこのところをきちんと埋めていく作業が必要だろうなというのが２点目のことでございます。

３点目は、看護職員の数の問題の、看護職員って 45 歳以上のいわゆる看護職員がかなり増大してきて、高齢の看護職員をいかに引き止めるかというものが大変重要で、先ほどまで私も出席していたんですが、厚労省の「2040 年に向けた看護職員の養成・確保の在り方に関する検討会」で、看護大学はまだまだあるんですけれど、結局看護養成校の定員割れを起こしているわけです。その意味で、看護というのを地域でこれから活躍していただくために、いかに地域で看護職を頑張っていただくという、そこがないと看護職員も退職をしていくというデータがあります。地方では都会集中と言われて東京が怒られちゃうんですが、東京は看護集中しながら現実には看護職員が少ないということを出しています。そんな意味で、人材の中で看護職も含めて検討することがあればなという発言でございます。以上です。

○猪口部会長　どうもありがとうございます。今ご指摘いただいた点につきましては、都の担当の方々が全部確認して進めてください。よろしくお願いします。

今手が挙がっている方がみんな複数回お話されておりますが、まだ１回も話をされていない方たちがいらっしゃると思うんですけれども、どうですか。野月委員どうぞ。

○野月委員　都の特性を踏まえ地域で人材確保という点で、今の新田先生のお話にもつながるんですが、地域で治し支える医療を担う医療人材、地域で療養生活を行える看護職の育成ということに関して、今後さらに病床機能の転換で７対１の病院が 10 対１に変わっていくことが考えられます。看護職の働く場所が看護師の配置と関わってくるので、病院には専門性の高い看護職が多いわけですけれども、10 対１のところが増えてきます。

今、在院日数の短縮化等で高齢者施設に依存度の高い、医療ニーズの高い方がいるとか在宅にいる、この在宅の患者さんたちを支えるために、病院から出向してそういう看護師たちの教育ですとか、実際の実務をする看護師たちを地域で有効に使う、病院だけでは少

し余剰の人員が出てくる分は地域で活用していくような仕組みづくりというのをしていく必要が可能ではないかなというように考えております。

急性期を趣向する看護師たちは例えば在宅にというように仕組みの中で担当を分けていかないと、在宅に急に出ていくと在宅の魅力ですとか地域看護についても魅力が分からないと辞めてしまうというようなことを聞いております。ですので、その病院に所属しながら地域で活用できるような、循環して看護職が地域で働いてまた病院に戻ってくる、こういうローテーションのような、そういう地域と病院が人材を有効に活用できるような仕組みを併せてしていけるようになったらいいんじゃないかなと考えているところでございます。以上です。

○猪口部会長　どうもありがとうございます。なかなかいいアイデアで、そういうのできるといいですよね。

ほかに現場のほうで働いている、土谷委員、宮崎委員、それから中本委員、水村委員どうですか。土谷委員どうぞ。

○土谷委員　私は１つだけ、ＤＸの話をしたいと思います。

今後ＤＸどんどん進んでいくと思うんですけれども、例えば生成ＡＩを交えてとか、この５年したら様変わりしている可能性もあると思います。その時に、平時のネットワークもすごく大事ですけど、災害とか、あるいはパンデミック、そういった時にも情報連携がスムーズにいくようなシステムになればなと思います。以上です。

○猪口部会長　ありがとうございます。宮崎委員どうぞ。

○宮崎委員　私２点ございまして、１つはタスクシフトに関して、やはり非常に重要なことだと思います。今、例えば救命士とか、特定行為の看護師とかＮＰとか、いろんなタスクシフトを行っているところなんですけど、少し行為に関するグレーな部分がございまして、少し認めていただくような方法があったらいいのかなと常々思っております。

それと、前半の部分の在宅医療について、先ほど新田委員がＡＣＰに関して今どういう取り組みされているかということを伺ったんですが、病院でＡＣＰを行っているデータがございましたけど、住民の認識が非常に低いというふうなデータもございました。そのギャップに関しては、今後やっぱりちゃんと向き合って、このギャップが何なのかと、どうしたらもっとこちらが思っていることが伝わるのかということを少し考えていかなくちゃいけないんじゃないかと思っております。以上です。

○猪口部会長　どうもありがとうございます。これも要望として聞かせていただくということでよろしいですか。中本委員どうぞ。

○中本委員　老健施設をやっております。病院で入院して２週間以上たつと、廃用状態になります。そういう時に、われわれを利用していただきたいなと思っておりますが、空床情報は「老健とうきょう」でも出しておりますので、探していただければ、どこの老健でベッドが空いているかだとか、そういうのは把握できますので、利用していただきたいと思います。

それから、みとりに関して、ＡＣＰもそうですけれども、どこで亡くなるのを希望するのかというのを、われわれのところでは必ず患者さんと家族さまに聞きます。家庭で亡くなりたいのか、病院で亡くなりたいのか、それとも老健で亡くなりたいのか、介護医療院もそうですけれども、丁寧な説明をしてちゃんと分かっていただく必要があります。

高齢者の場合、ご本人は何もしないでくれという方のほうが圧倒的に多く、家族の方でも、もう何もしないでいいですとお話しされることもあります。もちろん、色々なケースがありますので、丁寧な説明をしていかないといけないと思っております。以上です。

○猪口部会長　どうもありがとうございます。

これまで発言されていなかった先生方から一通りお話をいただいたようですので、先ほど手の挙がっていた宮川委員どうですか。

○宮川委員　医療ＤＸの件で一つだけお話しさせていただきたいなと思っています。スライド 72 ページですが、医療ＤＸ、ＡＸを含むデジタル技術の活用により医療の質の向上という見出しの下に、業務の効率化と患者満足度の向上が書かれております。ですが、私の感覚ですと、医療ＤＸの本質というのが、医療従事者の判断が必要な情報を持てるように連携することが必要と考えておりまして、それによっての安全性と質の向上が医療ＤＸの本質だと考えています。

また、スライドの 68 ページでは、医療機関が自院の医療情報を他院に共有している医療機関は５％で、国の標準規格へ対応しているのが３％でとどまっていますので、これは電子カルテの導入が進んでも医療従事者の判断材料というのは動いていないと資料を読みました。

このスライドの 72 の表を電子カルテの導入率 100％というふうに記載しているんですけれども、それだけではなく連携率ですとか、標準規格対応率というのも指標として位置付けるべきだと考えているところです。その上で薬局がこの基盤の中に接続するということの意味も、利便性ではなくて過剰投薬ですとか併用禁忌の回避という安全性の観点からもこの中に位置付けていただければ幸いです。以上でございます。

○猪口部会長　ありがとうございます。先ほどの 72 ページ②のところのＤＸ、ＡＸのゴールですね、利用の効率化ははっきり分かるけど、そこのところの患者満足度までいくのというご指摘なのかと思うんですが、最終的にはそういうところを目指すのは悪くはないだろうけど、その前があるだろうというような話ですね。それも事務局のほうで検討していただくことにします。内藤委員どうぞ。

○内藤委員　ありがとうございます。実は、今のお話と同じような話を最後にお願いしようと思いまして、まず医療ＤＸとかそういったデジタル技術の活用というのはここに書いてあるとおりで、医療情報連携の強化とか業務負担軽減につながる医療ＤＸというのがまず一番で、そこのことを考えた上で安心して医療が受けられるという意味では患者さんにメリットがあると思います。しかし、次の 73 ページに書いてありますような、誰もがいつでもどこでも必要な医療を受けられると、非常に便利に使えるというようなイメ

ージは、私は非常に反対です。

実は渋谷区においてもオンライン診療なんか一部広げようという話があったんですけれども、あくまでもそれは業者が主体で、便利じゃないかというような単なる発想で始めて、医療の本質を全く外れて進められていきそうになったものを阻止した時がありました。今回そういうことはないとは思いますけれども、まずはベーシックなところ、医療情報の連携の強化、業務負担軽減をまず優先して考えていただきたいということをお願いしたくて発言させていただきました。以上です。

○猪口部会長　どうもありがとうございます。僕も、必要な医療を受けられるという表現を、さっき聞いた時にあれ、と思ったんだけど、必要な医療につながるとか、そんな感じの表現のほうがわれわれとしては適切だと思うところはあります。それから、満足度も似たような感じなんだよね。

○内藤委員　同じくです。

○猪口部会長　ありがとうございます。全体を通じていかがでしょうか。こういう方向性だとちょっと足りないんじゃないか、違うんじゃないか、という意見はありました。全体を通じて方向性がよければ、あとは肉付けしていくという話になります。骨の部分を作っているわけですから、細かいところはこれからまたいろいろ議論をしながらという話になると思います。今日はこれで、ご意見皆さん出ましたでしょうか。内藤委員どうぞ。

○内藤委員　方針としては全くいいと思いますけれども、この方針の実現を支える部分、人員体制とかＤＸの整備とか、その点について、ぜひいろんな意味での補助を出していただきたいと切に思っておりますのでよろしくお願いします。

○猪口部会長　最後だから僕も一言だけ言います。52 ページの、タスクシェア等による生産性向上とあります。生産性ってあれですよね、コストというか対価というか、売り上げを労働力というか労働単位かなんかで割るんだけど、診療報酬安いのに生産性の向上って無理だと思います。このせりふは国がよく使うのですが、労働効率を上げるとか、そういうせりふのほうがいいんじゃないかと思っています。

ほかなければ、今日お話いただいた部分はこういう方向性、皆さんが大体共有したということでよろしいでしょうか。では、これで事務局にお返しします。

○医療政策部計画推進担当課長　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、事務局より３点事務連絡がございます。

１点目ですが、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などがある場合は、会議終了後事務局から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いただき、事務局宛てにご提出ください。

２点目ですが、本日の議事録は委員の皆さまに事前に確認をいただいて、修正が必要な場合にはご連絡いただければと思います。後日議事録の案は送らせていただきます。

最後に３点目、次回の開催ですけれども、10 月を予定して調整しているところでござ

います。

事務局からは以上でございます。

それでは、本日はこれをもちまして閉会とさせていただきます。お忙しい中、長時間ありがとうございました。

○一同　ありがとうございました。

（午後　６時０６分　閉会）