

The Journal of Tokyo Medical Association

TMA

医師と東京都医師会を結ぶ会報誌

10

2023 VOL.76
NO.9

近未来に 医論あり

特別対談

東京都病院協会 会長
猪口 正孝

東京都医師会 会長
尾崎 治夫



近未来に 医論あり



東京都病院協会 会長
猪口 正孝

東京から変える20年後の医療

団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年まで2年を切りました。
日本の総人口は減少している一方、東京では人口流入が続き、
2040年まで65歳以上の高齢者や外来・入院・在宅患者は増加の一途をたどります。
東京の医療提供体制は、全国平均と大きく異なる人口推移とともに、
約13,800の診療所と約640の病院という首都特有の規模を前提として
超高齢社会に向けた手だてを考えなければなりません。
他に類を見ない条件のもとで、地域医療の連携強化や医療DXの推進など、
さまざまなニーズが高まり、複雑な解答が求められています。
これまでの常識では立ち向かえない、これからの近未来に必要なものは何か。
東京モデルともいえる東京都医師会との密接な連携を図ってきた
東京都病院協会の猪口正孝会長をお迎えして、
東京から考える今後の医療のあり方を尾崎治夫会長と語り合っていました。

対談日：2023年9月1日 東京都医師会館にて

東京都医師会 会長
尾崎 治夫





01 必要とされるのは 地域密着の多機能病床と医療DXの加速化



尾崎 猪口先生には2013年より地域医療構想を進めていただいております。まずは病床数の現状と今後の見通しを入り口にして、病院側が抱えている医療の課題について伺いたいと思います。

猪口 2025年の東京に必要な病床数は11万3,000床で、2040年に向けてさらに増える計算です。現在の既存病床は9万9,491床ですから全く足りません。しかし病床が足りずに困っているかというところではなく、急性期一般病床の稼働率は平成30年度が76%でしたが、令和4

年度は69.7%で約6%下がっています。今後、2013年時点の推計通りに病床を増やしていくとベッドが余ることが予想され、東京都病院協会では今、計算方法の見直しを行っています。一方、平均在院日数はコロナ禍の影響でやや長くなっていますが、それでも11万3,000床という数は必要ないでしょう。だからといって、このまま超高齢社会を乗り切るわけではありません。なぜなら病床の機能分化が進んでいないからです。

尾崎 病院の病床機能をうまく分化さ

せるには、どのようなことがポイントになりますか。

猪口 地域医療構想を進める中で、さらにコロナ禍を経験したことで、東京の病院はそれぞれの機能や役割、要するに自分たちの実力を自覚しました。我々病院団体も病床機能の明確化ができるようになってきました。

おそらく2025年以降は、地域包括ケアシステムの中で生活している高齢者が何かあったときに受け入れる急性期病床の必要性が高まります。これを我々



病院団体では「地域密着型病院」や「地域多機能病床」もしくは「プライマリ・ケア病床」などと称して最重要に考えています。病床数は問題ではなく、機能を明確にすることが必要になるわけです。そして入院治療が終わったあと、日常生活へ戻していくときの連携の方法も非常に大事です。尾崎先生と以前から共有している考え方の通り、かかりつけ医や在宅医の側から病院にうまく連携できること、病院間の連携、病診連携、さらに医療介護連携とつなげていくことが今後のポイントです。この部分で機能する病床を現在の約10万床からどうつくり出せるかが勝負だと考えています。

尾崎 そうした現状から鑑みて、高度急性期病床の今後についてはどうお考えでしょうか。

猪口 超高齢社会になると、高度急性期医療を要する疾病にしても初回発症のケースは減ってきます。反対にフレイルをもとに入退院を繰り返すような高齢者が増えていくことを考えれば、高度急性期病床は今より少なくてよく、おそらく病床の80%以上は高度急性期ではなくなると思います。

尾崎 ささまざまな病気を患った高齢者を診て支える病床になっていくとすると、近年のコロナ禍でもそうでしたが、おそらく介護などのサポートを必要とする患者さんがどうしても増えてきますよね。看護師やコメディカルなど人材の状況はいかがですか。

猪口 看護師は慢性的に足りていませんが、高度急性期がある程度縮小せざるを得ないことを考えると、そこから急

性期に来てくれればカバーできます。ただ、病院には看護助手や介護士など介護関係の人材が非常に少なく、ここには外国人材を受け入れるなどしないと東京の医療提供体制はもたないように思います。今すぐに介護の人材を増やせるわけでもないため看護師が介護をしている状況です。「看護師の介護と介護士の介護は違う」と平川博之副会長がよくおっしゃっていますが実際その通りです。病院に介護の機能が必要になってきているのは明らかで、もっと病院に裁量権を持たせてくれれば対応もしやすくなるのですが人員配置基準があるため簡単にはいきません。そもそも病院の役割を人員配置基準で決めるというのは日本だけらしいですね。

尾崎 人員配置のほかにも病室の広さ



や診療報酬といった基準をそろそろ考え直さなければならない段階にきていますね。病院の考え方としても、たとえば大学病院や都立病院で高度急性期に必要なスキルを専門的に学ぶというような現在のあり方はもう限界にきていて、そういうところから考えて変えていく必要があると思います。

猪口 そうですね。病院の病床の役割分担が求められる今後は、急性期と回復期である地域包括ケア病床、先ほどの言い方をすれば地域多機能病床が必要になります。この機能を拡充して、かかりつけ医や在宅医が入院医療を必要としたときに我々病院が受けて支援することで、超高齢社会の受け皿にしていけることが大事だと思っています。一方で、高齢者の生活を見守っているのはかかりつけ医の先生方です。24時間体制や往診といった、かかりつけ機能も拡充していただきたいと思っているのですが、尾崎先生はどうお考えでしょうか。

尾崎 コロナ禍で自宅療養している人に医療が届かないということがあって、高齢者を孤立させずに24時間支援するような体制がある程度できあがってきました。現在、東京都とともにさらに充

実させた支援体制の構築を図っています。各地区の医師会にもそうした支援の仕組みをつくってほしいと要望を出して、実際に多くの医師会が手を挙げて協力して支援していくという体制になっています。

猪口 支援体制をつくるのは地区の医師会単位ということでしょうか。

尾崎 そうです。医師会単位で地域ごとにできてくれば、それが有機的につながり、24時間見守る体制や在宅医療の領域はより充実していくだろうと思います。ただしそこからが肝要です。国や専門機関は、幅広く診療ができて介護や福祉の知識も持った総合診療医の必要性を唱え、需要から考えれば専門医の5～6割を総合診療医にあてないと間に合わないと言われていますが、現実として先行しているのは260～270人しかいません。すでに地域医療の現場で活躍されているそれぞれ専門分野の先生方が連携して、かかりつけ機能を持ったひとつのグループをつくっていく必要があると思います。

もうひとつは総合診療医の若い人材をどう養成していくかです。この問題は大学や専門機関にまかせていてもうまくいかないように思います。大学の先生というのは、先ほどから話に出ている高度急性期ではありませんが、細かく分化した部分の教授ですからどうしても自分の専門分野にフォーカスします。10年先の日本の医療がどうなるかまで視野を広げて、どういう医師を養成しなければならないかということまで考えが及んでいないかもしれません。ですので、そうした大学の先生方を民間病院に招聘して、猪口先生がおっしゃる地域密着型病院に来ていただいて、総合診療的な研修制度を設けて、地域の開業医あるい

は在宅医の先生と連携しながら病院の中で若い人を養成し、そして育った人が地域の診療所あるいは在宅医療に加わる、というような仕組みを東京都医師会と東京都病院協会で作っていくかなければなりません。

猪口 おっしゃる通りだと思います。総合診療医が少ない現状、即効性のある方法としては、専門医として道を極めて勉強する仕方をわかっている先生方に他分野も勉強いただいてチームとして総合診療体制を整える。第二段階としては、我々のような団体が病院の中で地域に合った総合診療医を育てる。最後に、若いときから総合診療医として育てられた人たちが出てくる。時代の要請のスピード感からして、それくらいの段階をおっていないと間に合いませんね。東京都病院協会はもちろん、日本病院会や全日本病院協会といった病院団体には病院総合医の養成プログラムがあります。その参加者を我々の努力で少しずつ増やしていきたいと思います。

尾崎 今いる先生はみんな専門に特化してしまっているから総合診療医として数えられない、というような発想では地域医療は崩壊してしまいます。

猪口 まずは医師会が中心になるなどして専門の先生たちがチームを組み、総合診療的な働きをすることが大事で、そのチームと我々地域の病院のチームがどう連携を取るのかが喫緊の課題ですね。

尾崎 それには医療DXによる情報共有が欠かせません。国の医療DXは2030年を目指していますが、そこまで待っていても仕方ありませんので、たとえば東京総合医療ネットワークをより充実させていき、そこに診療所も加入してくれば2年3年でかなり使えるレベルのものに

なってくると思います。

猪口 東京総合医療ネットワークは、ベンダーごとにナンバーが違っていたものがマイナンバーカードによってカルテの紐づけができるようになります。これを突破口に医療DXを一気に進めていきたいですね。マイナンバーカードは機能向上が進んでいますが、そこにすべてのPHR（個人健康情報記録）を入れるというのは難しいでしょうから、おそらくスマホを利用したクラウド型のよう形で管理することになるのかなと考えています。

たとえば病院で入院したときの診療録や、診療所に外来で罹ったときの診療録などを結ぶことは重要で、そうして一生を通じてひとつのカルテのようになっていくというのは日本の理想ですね。そこまでいかないと連携は十分に機能しません。PHRを安心して預けられるものができればと思っています。

02 東京から「看護介護士」と「臨時医療施設」を全国へ発信



猪口 国の医療DXに先行して東京総合医療ネットワークができあがっていくと国がそれを見習う形になります。そのほかに東京から医療を変えていく発信として尾崎先生がお考えのことはありますか。たとえば以前おっしゃっていた准看護師と介護士について改めてお聞きしたいです。

尾崎 かつて数多くあった准看護師の養成学校は現在、東京には7校しか残っていません。千葉・茨城・栃木なども同様です。時代の流れあるいは女性の社会進出や考え方の変化から、看護師になるなら正看護師を目指したい、大学で看護学を学びたいという要望が増え、准看護師の需要が激減しているからです。しかし、せっかく養成する施設やシステム

があるものを活用しない手はありません。私は今の准看護師という形ではなく、たとえば地域の診療所で高度な看護の知識を持ち、さらに高齢者の介護保険申請やケアマネジャーとやりとりできる人材がいたらいいと考えています。そうした分野を仮に「看護介護士」ないし「介護看護師」として新設し、廃校する准看護師学校を使って養成して新しいクロスライセンスを持てるよう変えていければいいんじゃないかと思っています。

猪口 たとえば専門看護師や認定看護師のライセンスは日本看護協会ですが、その看護介護士ないし介護看護師は東京都医師会が発行するというのはどうでしょう。東京都の准看護師の免許にプラスして東京都医師会が認定する、要するにバリューがひとつ高くなったと認めて病院などさまざまなところで重宝することによって、東京から広がっていくように思います。

尾崎 今の准看護師あるいは介護士にそのための教育を提供して、東京都医師会独自の認定試験やプログラムをつくるが必要になりますね。また、准看護師と介護士それぞれ単独の養成ではなく、最初から看護介護士を養成する学校もあっていいと思います。ただし学校は認可されなければ何もできませんので、既存の資格を持つ人たちの選択肢をもう少し広げることが重要になります。給料など待遇面も准看護師より手厚くするべきでしょうね。





猪口 もちろんそうですね。特にこれからの東京の医療にとっては介護人材に近づいてくれることがありがたいですから。今も准看護師は特別なカリキュラムを受けると正看護師の試験が受けられるように、ステップアップするためのコースを用意しておくのはいいと思います。

東京発ということでもうひとつ、災害医療の臨時施設を準備するという話があります。災害時はもちろんコロナのようなパンデミックのときは病床稼働率が一気に落ちます。重点医療機関のコロナ確保病床は東京で7,000床強ですが、最大に稼働して5,000床弱でしたから通常医療との抱き合わせだと稼働率は上がらなかったわけです。それが高齢者の臨時医療施設は満床に近いところまで稼働すると今回立証されて、パンデミック時は通常医療施設の転換ではなく専用施設が最も効率性が高いことが明らか



かな事実としてわかりました。災害時、特に地震のときも同様の現象が起きることから臨時医療施設をあらかじめ用意しておくというのが尾崎会長と私の時代にみんなで考えた作戦でした。

病院というのは、そこに器があり、決められた基準のベッドがあり、人がいて、それが動いていないと認められないというのが医療法上の枠組みですが、それにとらわれない臨時医療施設という新しい考え方が生まれました。器をつくって置いて、いざというときにそこに人が集まる、これは私は非常にいい考え方だと思うので、ぜひ東京発で形にしたいですね。

尾崎 ただ新しいことだからこそ行政はなかなか動いてくれませんね。実際につくって動かして必要性を実感しないと役人は動きません。それに彼らは数年で異動しますから、短い間に大プロジェクトを掲げて引き継ぎまでするには抵抗があるのだと思います。しかし必要なものはつくっておかないといけませんから、何とか上を動かして実現したいですね。

猪口 災害は日本の場合どこでも起きます。ですから東京の臨時医療施設が成功すれば各都道府県の規模に合わせてつくっていけばいい。被災地以外の施設や高度急性期病院と連携する形にしていって、東京発の考え方が正しいと証明して全国ネットワークになっていくのが理想です。

その最も望ましい例として、我々が発案して広まっているのが消防救急車の病院での再利用です。救急車を有するほとんどの病院は、東京消防庁に救急患者の転送依頼をしなくなりました。地域医療においては高齢者の搬送車として広まり他県でも導入されるようになってきています。やはり東京都医師会や医療界が発案して行政を動かして実証していくということは大事だと思います。

03 医療の現場である地区医師会から 病院との理想的な連携を



尾崎 猪口先生には2011年から東京都医師会に加わっていただき、これまで東京都病院協会とは東京モデルともいえる密接な活動を続けてきました。思い返せば先代会長の野中博先生が、医療資源である病院と診療所が当たり前のように連携しないと地域の医療は成り立たない、ということをずっとおっしゃっていましたよね。野中先生が会長になるまでは、病院団体の人間として病院全体のことを考える視野を持った人が東京都医師会の理事や役員にいるということはありませんでした。それではだめだということで野中会長時代に猪口先生が入り、私の代になってさらにそこを強化して3人4人と増やしてって、今では病院の人間が東京都医師会にいるのは当たり前になりました。

ただ地区の医師会によっては、病院の人間が入っていることに疑問を呈する人がいまだにいます。四病院団体協議会などが政治的に動いているのだから、病院の団体は医師会とは別だという考え方ですね。私は四病院団体協議会も医師会の中に入って一致団結した方が政治力は増すと考えています。そして東京都病院協会には精神科をはじめさまざまな専門の先生が入っていますから、東京都医師会と病院が一緒に活動するという本来の理想にかなり近い形で現実になっていて、今後さらにいい関係で結ばれていくんじゃないかなと私は思っています。

猪口 そうなってくれるのが本当に理想だと思います。ただ、そのためにやらないといけないマターが一気に増えるので私たちが吸収していけるかというのが気になりますが、とてもありがたい話です。その連携を強めるには、先ほどおっしゃっていた地区医師会が肝になりますね。やはり医療の現場は区市町村レベルにありますから、地区医師会と地域の病院が連携を保って意識し合いながらやっていくことが大事になります。そのときには、医師会から病院に声をかけていただいて、外来医療と入院医療、生活と介護といった要件を医師会が取りまとめるのが最も機能的に動いていくのではないかと私は思っています。そうした地区医師会の活動に際しては、地域のそれぞれの病院に対して惜しみなく協力するよう要請するなど、東京都病院協会は全面的に支援いたします。連携のフォーマットを東京都医師会の方でつくって地区医師会に投げてください、我々がバックアップにまわることでうまく機能するように思います。

尾崎 在宅医療においても、これはどうしても入院が必要だと診断されたときに、いつでも受けてもらえる病院が後ろについているということは、患者さんにとってはもちろん在宅医の先生にとっても非常に大きな安心感につながりますね。

猪口 これはコンセンサスを得ているわけではありませんが、たとえば葛飾区には20ほどの病院がありますが、そのど

こかが必ず受けるような当番制にしてもいいですね。地域の病院には地区医師会が目指すモデルを実現するために協力しあう姿勢はあると思います。かかりつけ医や在宅医が入院と判断したときは地域の病院が必ず入院させる、反対に退院するときは必ず受けてもらうという関係の構築は、やはり医師会レベルでないと実現しないというところはあるので、そこは非常に期待したいですね。また、働き方改革で医師がなかなか地域医療にまで踏み込みづらくなっていますけれども、そこも医師会と病院で協力関係を結んで助け合わないといけないと考えています。

尾崎 今の働き方改革は労働時間だけに焦点をあてた非常に一面的なものに感じますね。本来医師の働き方というのは基本領域や診療報酬など含めもっと多面的な要素が絡んでいるものですから、今後は私たちの間でも議論を広げていかなければいけないと思います。これまでお互いに連携しながら築いてきた関係をさらにもう一步進めて、これからの超高齢社会に耐えうる地域医療の体制をつくるために一層努力を重ねていきたいですね。本日の議論がそのきっかけのひとつになればと思います。東京の近未来の医療について貴重なご意見とお時間をいただき、ありがとうございます。