

〔令和7年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩南部〕

令和7年7月24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』

〔北多摩南部〕

令和7年7月24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〔北多摩南部〕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ご一読いただき、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。お暑い中ご参集いただきありがとうございます。

さて、令和7年度の第1回の調整会議が始まりました。調整会議そのものは、そもそも2025年を目指してやっといこうということだったんですが、ついに2025年になってしまったというところです。

これで終わりというわけではなくて、あとでご紹介がありますが、2040年目指して新たな地域医療構想というのが始まることになっています。

もう1つ、調整会議のスタイルが変わりました。どこが変わったかというと、事前に You Tube を見てもらったと思いますが、事前の説明はできるだけ短くして、ディスカッション多く取りたいなという思いから変えていただきました。

個別の話については、あとで私からもまたこれコメントしたいと思います。どうぞ活発な意見交換をよろしくお願いします。

○本間課長：ありがとうございました。

続きまして、東京都保健局医療政策担当部長の宮澤よりご挨拶申し上げます。

○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回開催し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。

本日の議事でございますが、現行構想の振返り、それから2040年に向けた取組みの方向性等につきまして、ご意見いただくこととしております。

また、土谷先生に会議の進め方を触れていただきましたが、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、実施予定の地域医療に関する調査の概要につきましても報告をさせていただきます。

限られた時間ではございますが、新たな構想の策定や計画の見直しに向けまして、忌憚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す。

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Web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Web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、これ以降の進行を中嶋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

○中嶋座長：座長の、小金井市医師会の齋藤先生のあとを受けました、武蔵野市医師会の中嶋でございます。

それでは、まず、報告事項について、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ございます。

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まして、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。

○中嶋座長：ありがとうございました。

この説明を受けまして、土谷副会長からコメントがございます。

○土谷副会長：私から2つお話したいと思います。

1つは、先ほど供覧いただいた資料1の調査事項の(1)患者の受療行動（将来推計）というところです。

皆さんの病院はいかがでしょうか。「コロナ前に比べて、患者さんがなかなか戻らない」という医療機関もあると思います。

お金をコンサルに払って調査することもあるかもしれませんが、今回は東京都さんがやってくれることになりました。

この結果につきましては、第2回の調整会議でご披露いただけたらと思っていますので、皆さんぜひ興味を持って、注目していただければと思っています。

もう1点は、調査・分析方法の①病院調査についてです。

東京都さんからもご案内がありましたように、1人1日580円の補助事業については、この調査に答えるというのが要件になっています。

全ての病院でお答えいただきたいと思っています。なぜかと言いますと、本当に1日1人580円で足りるのか、全然足りないとかでいった話が出てくるかもしれません。

実際、多くの病院が今赤字となっていますが、「病院が赤字で恥ずかしい、出したくない」とかいうのではなくて、「むしろ赤字だからもっとこ入れしてもらわないと困るんだ」というような方向につなげたいと思っていますので、ぜひ病院調査もご協力いただきたいと思っています。

○中嶋座長：ありがとうございました。

ほかに何か、この報告事項に関してご意見、ご質問はございますか。

調布病院の山田先生、お願いします。

○山田（調布病院 院長）：高齢者が増えているのに受療する患者さんが減っているということに関しては、物価高騰とかが結構大きな要因かなと思っています。

特に、国民年金とかの高齢者の人だと、税金とか食費とかいう経費を差し引くと、手元に4万円前後しか残らなくて、足腰が悪いから本当は病院にかかりたいんだけど、タクシーは高くて使えないし、行けないなというような話をちらほら聞くので、そういうのも影響しているんじゃないかなと思っています。

あと、うちもご多分に漏れず赤字ですが、本年度、病床削減の補助金があったと思うんです。受療する患者さんが減っているんだったら、おのずと医療機関もダウンサイジングしていかないといけないと思っています。

そこで、病床削減の補助金を使って運転資金にしつつ、ダウンサイジングしたいと思っていたんですが、1次も2次も選考から漏れてしまいました。

「ここには病床削減の補助金を出します」「こっちには出しません」と、どういふところで決めていらっしゃるのかということ、もう一度教えていただきたいと思って、発言させていただきました。

○中嶋座長：ありがとうございます。

これについては、東京都からお願いします。

○宮澤部長：病床数適正化支援事業につきましては、これは国の事業でございまして、過去3年赤字で、既に病床を返還していただいた病院が対象になるのが1次でございまして、二次は若干違って、2年分とかで違ってきます。

少なくとも1次については、既に返還していただいている病院さんが対象になるということで、そのあたりが恐らく、対象から漏れてしまったのかなと推察されます。そういった病院さんが多かったのは事実と聞いておりますので、そのあたりかなとは思っております。

○中嶋座長：ありがとうございます。

山田先生、よろしいですか。

北多摩病院の万代先生、お願いします。

○万代（北多摩病院 院長）：土谷副会長がおっしゃったとおり、事前にYou Tubeを拝見しましたが、非常にありがたいことと、この受療調査は考えております。

それで、先ほど山田先生が言われたのは、どちらかというと、外来のことかと思うんですが、確認ですが、受療調査につきましては、外来と入院と両方の調査が含まれるということでよろしいでしょうか。

○中嶋座長：これも、東京都からお願いします。

○宮澤部長：調査の対象としては、外来の患者数と入院患者数、それぞれの受療動向を把握することを目的としております。

○万代（北多摩病院 院長）：そうしますと、今回、東京都さんが独自に都内の病院を６９０ですか、調査いただけるということで、ほかのこれまで開催された他の二次医療圏の地域医療構想調整会議では、皆様の受けとめ方は、「大変ありがたい」というようなことでよろしいでしょうか。

○宮澤部長：そうですね。余りこの件についてコメントをいただいている機会はないんですが、概ね、皆さんのご協力をいただけるということで理解しております。

○万代（北多摩病院 院長）：ありがとうございました。
こちらこそ、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

○中嶋座長：ほかに何かご意見、ご質問はございますか。
よろしければ議事に進みたいと思います。

３．議 事

（１）２０２５年に向けた対応方針について（協議）

○中嶋座長：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。特に、ご質問、ご意見がある方は
いらっしゃいますか。

よろしいでしょうか。

〔全員賛成で承認〕

ありがとうございました。

（２）現行の地域医療構想の振返り（意見交換）

○中嶋座長：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。

○中嶋座長：ありがとうございました。

これまでの東京都の取組みに対するご意見、ご発言などございますか。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：個別の内容はともかく、地域医療構想を何年か進めてきた中で、実際余り目に見えて変わった感じがしないというご意見は、もしかしたらあるかもしれません。

最初は主に病床数の話でしたので、病床数で言えば、数字で出ますので、パッと分かるところですが、それ以外は余り感じられないかもしれないといったところでは。

ただ、私は、ずっと参加していて、ずいぶん変わったように感じています。どういった点かといいますと、少なくともこちらに参加している先生方は、地域のことを見ながら、「自分たちはどういう立場にあって、どういう位置づけにあるのか」ということを考えながら、医療を提供していく意識が随分変わったんじゃないかと思います。

地域医療構想が始まる前は、「自分たちはどういう医療をやっていくのか」「自分たちの強みは何なのか」「やりたい医療は何なのか」ということを、自分たち中心でやってきたかもしれません。

それが、「地域の中でどういう医療を提供するのか」というように変わってきたんじゃないかなと思っています。

これはなかなか定量化できませんので、分かりにくいかもしれませんが、私としてはそういうふう実感しているところです。

ですので、皆さんこうやって暑い中集まって無駄な時間を過ごしたとは決して思わないで、意味があったんだと思っていただきたいと思います。

○中嶋座長：ありがとうございました。

ほかに何かご発言、ご質問はございますか。

よろしいでしょうか。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）

○中嶋座長：「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りました、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として、前回の調整会議の際にお示しした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。

○中嶋座長：ありがとうございました。

ここからは、２０４０年に向けて人口構造が激変して、医療介護の複合ニーズを要する８５歳以上の高齢者が急増して、８５歳以上の高齢者の救急搬送も、今から７５％増加すると予測されております。

また、今回、私が座長が初めてということもありまして、東京都病院協会の常任理事の小川先生から、東京都病院協会によるアンケート調査というのをご提供いただきました。

そのアンケート調査によりますと、この北多摩南部医療圏における問題点として、下り搬送のリアルタイムでの情報共有基盤の整備が課題として浮上しているということです。

さらには、小川先生のコーディネートで事前ミーティングを行いました。メンバーは、小川先生、武蔵野日赤、杏林大学、多摩総合医療センター、慈恵第3病院、野村病院の野村先生と私でした。

この事前ミーティングの話合いを踏まえまして、このたびは「高齢者救急」ということを議題の中心において、現状の課題と今後の取組みなどについて、それぞれの立場からお話をいただきたいと思います。

それでは、名簿の順番からお話をいただきたいと思います。

まず、高度急性期病院から、武蔵野赤十字病院の黒崎先生、お願いします。

○黒崎（武蔵野赤十字病院 院長）：増えてきている高齢者の救急についてですが、高齢者の救急といっても、先ほどお話があったように、慢性期から急性期の入退院を繰り返すような救急もあれば、高齢者といっても、その中には高度な医療を必要とするような高齢者もいるわけで、一緒にたに高齢者救急というくくりだけでは語り尽くせないのも、もっと細分化しなければいけないところだと思います。

高度急性期から一言申し上げさせていただきますと、急性期の拠点機能というのは、最初の入り口として、万全を期して全てを受け入れる体制を整えなければいけないと認識しておりますので、人数を充足させて充実させた医療をやるように、自分たちがやりたい医療は約半分、地域のためにやらなければいけない医療が約半分というスタイルでやっております。

そうなりますと、間口が広い分、ほかの病院の先生方との連携を強化することや、高齢者の救急の中でも高度急性期病院ではなくてもいい、ほかの病院で診ていただける役割分担をどうしていくかというのは、非常に重要な課題だと思っております。

さらに付け加えさせていただきますと、医療資源を厚く準備しないと、急性期拠点機能というのは果たせませんので、昨今、働き方改革に対応しながら、人を厚くして、人件費も上がってくるという非常に苦しい状況が、財政を圧迫してお

りますので、何がしかの支援なしでこの高度急性期機能を維持していくというのは、近未来的にはもう不可能になるのではないかと感じておりますし、繰入金などがないような状況で高度急性期を維持するのは非常に厳しいと感じております。

ですので、東京都のほうにも武蔵野市のほうにも、もしご参加されてお聞きになっていらっしゃれば、そういう高度急性期ならではの問題があるということもご認識いただければと思います。

○中嶋座長：ありがとうございます。

地域医療の確保のために、多くの医療資源を急性期医療に投入して、そのせいで財政的にかなり厳しくなっているということで、東京都のほうにもぜひ財政支援をお願いしたいと思います。

では、続きまして。杏林大学病院の近藤先生、お願いいたします。

○近藤（杏林大学医学部附属病院 病院長）：当院の場合は、北多摩南部地域のみならず、多摩地域において大学病院の唯一の本院でありますし、特定機能病院でございます。

ただ、高度急性期の救急医療、特に高齢者救急等に関して、今までのところ十分な地域のニーズに对应しているかという点、十分とは言えない点があったと考えております。

具体的には、救急車の応需率が悪いということとか、規模の割にそれが十分とは言えないだろうということが指摘されることは、十分認識しております。

この点につきましては、現在病院をあげていろいろな取組み、改善を進めているところでありまして、応需率も上がっているということでございます。

こういう中で、特にこれから問題となる、地域全体で積まなければいけない高齢者の救急医療について、全職員がその重要性を考えて、円滑にそれに取り組むようにという活動を進めております。

あと、1病院だけで完結しないで、初動は当院で行っても、その後の患者さんのための連携が非常に重要ですので、高度急性期のみならず、いろいろな地域の病院と連携をより一層強くしていかなければいけないと思っております。

それについては、患者の情報とかを共有できるようないろいろなD Xを活用して情報を共有するということが重要ではないかと考えているところでございます。

○中嶋座長：ありがとうございました。

救急車の応需率の改善に全院をあげて取り組んでいるということと、医療D Xの活用も考えているというお話をいただきました。

それでは、府中市の高度急性期病院の榊原記念病院の磯部先生、お願いいたします。

○磯部（榊原記念病院 院長）：私のところは、循環器に特化した非常に特色を持った病院でございまして、皆さんと共有できる部分と、個別の問題を抱えております。

問題は多岐にわたっておりますので、全貌をお話しできませんが、きょうは、心不全に限ってお話し申し上げたいと思います。

私どものところは、昨年もD P Cレベルで年間に6 0 0件を超す急性心不全を扱っております、多摩全域からの患者さんが見えます。

基本的に全例お受けして、診療にあたっておりますが、成人病棟に限りますと稼働率が年間平均で9 0 %を超えておりまして、特に冬場はオーバーベッドになって、患者の受入れが非常に困難になる時期が出てまいります。

そのときでも、私のところで手術を求められるような急性期の症例が結構多くて、そういう方たちはもう絶対断れません。

そうすると、心不全の特に高齢者の、収縮の悪くない心不全の患者さんが、在院日数は東京全体の平均より少し短いんですが、1 9から2 0日ぐらい入院されるんですね。

そうすると、そういう方たちの診療を同じようにやっていると、ベッドが逼迫するという事態が、ことしも去年も増えてきています。

お願いというか、ご提案ですが、特にそういった冬場の循環器疾患が非常に急増する時期については、急性心不全患者さんの初期対応はもちろんいたしますが、できれば、二、三日間、急性期の治療と、虚血で心カテが必要とかいう方の評価はいたしますが、できればそういう時期に限って、残りの2週間から3週間の治

療、管理とリハビリテーションについては、地域の内科の病院にお願いすることができないかと思っております。

そういうシステムをつくっていただくと、逼迫した時期の急性期のほかの疾患の診療がより円滑に行えるのではないかと思います、そういったことをご検討いただけないかというのが、私どものお願いの1点でございます。

本日はそれだけ申し上げておきます。よろしくお願いいたします。

○中嶋座長：ありがとうございました。

結局、下り搬送の情報共有基盤の整備ということになろうかと思いますね。

○磯部（榊原記念病院 院長）：ほかの疾患におきましても、私どものところは、手術をしたあとの高齢者とか、まだ嚥下機能が十分戻らないとか、さまざまな合併症があって、なかなか下り搬送が非常に困難であります。

その辺も従来からずっと課題だと思いますが、改善していきたいと考えておりますので、それも含めてよろしくお願いいたしますと思います。

○中嶋座長：ありがとうございます。

それでは、続きまして、高度急性期の東京慈恵第三病院の平本先生、よろしいですか。

○藤井（東京慈恵会医科大学附属第三病院 副院長）：副院長の藤井が出ております。よろしくお願いいたします。

我々の病院は、高齢者救急ということですが、救急の応需率を上げていくということで、というのも、新病院に向けて、頑張っていかなければいけないということで、去年は60%ぐらいのこともあったところが、今は75%まで上げてきております。

というのも、新しい病院になって、新しい機能、例えばHCU8床、SCU4床増やしまして、脳卒中センターをつくったりとか、あとは、認知症の患者さんの受入れ、がんの受入れとかいうのも含めて、高齢者の医療に取り組んでいきたいと思っています。

役割をちゃんと分担していくというところで、先ほどもお話が出ていましたが、情報を共有するという意味でも、うまく病院間でDXを使っていくというところが、非常に重要になってくると思いますので、そういったことがこの会議で進んでいけばいいかと思います。

○中嶋座長：ありがとうございました。

電子カルテの情報共有のための東京総合医療ネットワークという話もありますが、先ほど土谷副会長にお聞きしたところ、まだ画像を自由に送る段階ではまだ行っていないくて、文字情報の共有にまだ留まっているところで、もう少し時間がかかるということです。

○中嶋座長：続きまして、多摩総合医療センターの榎山先生、お願いいたします。

○榎山（都立多摩総合医療センター 院長）：「高齢者救急」という言葉自体が違和感を持つというような状況です。というのは、まさにもう救急は高齢者問題そのものと、昨今感じるような状況になっていると思います。

当院は、東京ルールの幹事病院として、最近、多くの病院に助けていただいているんですが、土日の当番になったりしているんですが、本当に土日に来られる東京ルール事案というのは、本当に「平均年齢がどうだろう」と思うぐらい、高齢者に偏っているのが現状です。

当院は、救命救急センターを有する高度急性期医療機関ですので、できれば今までのような、高度急性期医療機関として受けるべき患者さんを受け入れるという方向で行きたいと思っていたんですが、とてもそうはいかない状況になってきています。

特に、働き方改革で、中小の病院の先生方がおられると思うんですが、宿日直許可を得ながら土日夜間の救急を受け入れるというのは、現実問題かなり厳しくなっておられると思います。

そこで、私どもとしては何とかそのところは一旦はうちで受け入れて、その上で、平日の日中には転送というか、地域の病院に受け入れていただくというよ

うなルートを確立したいということを、本年度そういう方針をして、運用しているところですよ。

それにつけても、下り搬送の情報共有ということについて、先ほどから先生方から出ていますが、それについて、この会議でも共有していけたらありがたいと思っております。

あと、特殊な事情かもしれないんですが、北多摩南部医療圏の北西端に位置してまして、その西側の医療圏をかなりカバーしなければいけない状況があります。

ただ、当院に限らず、北多摩南部医療圏には、多摩地域唯一の大学病院である杏林病院さんほか、日赤さんと当院もということで、多摩地域の大病院が集まっているんですね。

なので、北多摩南部地域ということに限らず、広域を考えながら、その役割を考えていかなければいけないんじゃないかなと思います。

特に、その西南地域の西多摩とか南多摩には病院がなくて、こちら側に流れてきて、この地域の患者さんはやや東に行くというような流れがあるようですので、その辺も見据えながら、医療圏ということについて、この会が適切な場かどうか分からないんですが、より広域に考えていくべき時期なんじゃないかという意見を持っております。

○中嶋座長：ありがとうございます。

いろいろな医療保険から患者を応需して、しかも下り搬送のプラットフォームの整備ということが必要であるというご意見をいただきました。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：樫山先生、ご意見をありがとうございます。

今回は「高齢者救急」というのがテーマではあったんですが、二次医療圏についてご意見いただき、本当にありがとうございます。

東京都医師会も、二次医療圏のあり方は本当にこれでいいのかと疑問に思っているところで、皆さんもよく考えていただきたいと思っているところです。

もう東京全都で救急については考えなければいけないのに、二次医療圏だけじゃなくて、もう二次医療圏を越えて、患者さんは移動していますので、二次医療圏に縛られるというのは、不都合が多いんじゃないかと感じています。

一方で、新たな地域医療構想になると、外来とか在宅とか介護の話になるので、二次医療圏は広過ぎるという話になります。

市町村ごとの話になっていくのかと思いますので、二次医療圏のあり方については、新たな地域医療構想を目指して、本当に二次医療圏が必要なのかということから話し合っていくべき課題じゃないかとも思っています。

問題提起をありがとうございます。

○中嶋座長：ありがとうございました。

○土谷副会長：今までの病院さんからは、「受けたけれども、出口が困っている」ということでしたので、特に「受入れについてどういったところが課題なのか」というあたりでご意見をいただけたらと思います。

○中嶋座長：では、そういうことを踏まえまして、急性期病院として、三鷹市の三鷹中央病院の吉田先生、お願いいたします。

○吉田（三鷹中央病院 院長）：二、三年前までは救急車の受入れが低迷していました、年間150台ぐらいになってたんですが、1年ぐらい前から当直体制を変えまして、今は月300台を目標にしております、大体達成できている状況です。

高齢者救急の話題がさっきからあるんですが、独居の高齢者が最近非常に多くて、家族が近くにいればいいんですが、全く縁故者が周りにいなくて情報が得られず、また本人が認知が進んでいたりすると、もう全く情報が得られなくて、困るケースが非常に多いです。

また、入院時に基本的には、急変時の希望の処置を聞くんですが、「何もしない」とか「徹底的にやってくれ」とかいうことですが、その情報さえもなかなか得られなくて困ることが非常に多くなっております。

それから、救急が終わったあとの話も少しするようにという要請が今ありましたが、介護保険を取っていない高齢者も結構多いんですね。

それで、入院してから資格を取ろうとすると、順調に行っても1か月もかかるものですから、老健とか特養に入れようとする、当院から次の介護施設へというわけにいかないんです。

ですから、地域包括ケアを活かすのであれば、もう少し行政が、独居の方とか、介護認定を受けていない人を、例えば、70歳を超えたらとか、75歳を超えたらとかしたら、介護認定を受けるようなシステムをつくれないものかなと感じたりしております。

○中嶋座長：ありがとうございました。

患者さんの状況について、経済的基盤とか、認知症だとか単身だとか、あとACPの問題とか、そのあたりの情報共有とか伝達ということに関しても、プラットフォームとかいったことが役立つんじゃないかと思いますが、なかなか難しい問題ですね。

それでは、調布市の調布病院の山田先生、お願いいたします。

○山田（調布病院 院長）：2次救急での受入れは、先ほど、多摩総合医療センターの先生がおっしゃっていたように、1人の当直医で宿日直しながら受けるというのが難しいというところがあります。

あとは、患者さんの側が、専門性を要求なさるようなことで、「プライマリーケアでよければ」というような形だと、「専門医の先生を希望します」みたいなことで、よそに行ってしまったというようなことが実際に起きているかと思っています。

なので、先ほど、三鷹中央病院の先生が、「当直体制を変えてすごく増えました」というようなお話だったので、「一体どういうふうに変えられたんだろう」と今思っていたところです。もしよろしければ、ぜひ教えてください。

○吉田（三鷹中央病院 院長）：人を変えました。“断らないドクター”というのは、皆さんお聞きになったことあると思うんですが、“断らないドクター”に依頼をしております。

基本的には、夜には1晩で15台ぐらい受けてくれて、五、六人入院があったりします。多い日はそんな状況です。

応需率はほぼ90%以上を達成してくれています。

○中嶋座長：ありがとうございます。

山田先生、よろしいですか。

○山田（調布病院 院長）：救急に特化した派遣の事業所みたいなところから、「どうですか。当直医の先生を変えませんか」みたいなのは来たりするんですが、手数料とか実際の人件費とかがかなりかかるので、本当にそれでペイするのかなと思って、二の足を踏んでいたというところですが、吉田先生は、では、その一步を踏み出したということなんでしょうか。

○吉田（三鷹中央病院 院長）：来ていただくドクターにまず当たり外れはありません。ほとんどの方がほぼ断らないで、受け入れてくれます。

○中嶋座長：ありがとうございました。

それなりの質の高いドクターを派遣してくれるようです。

それでは、続きまして、小金井太陽病院の河本先生、お願いいたします。

○河本（小金井太陽病院 院長）：私どもは小金井市で救急を受け入れているんですが、その応需率が一時30%ぐらい落ちたんですが、最近いろいろと、基本的に、今おっしゃったように外部からそういう人を招へいしておりませんが、内部で「断らない医療をしよう」ということで、最近では70%ぐらいの応需率になっております。

ただ、当院のような小規模の病院ですと、例えば、虫垂炎の患者さんがいらしても手術はできない、救急手術ができないということもありますので、基本的に

は、自分たちの身の丈にあった方を受け入れることで、90%とかはとても無理だと思います。

ただ、先ほどから話題になっております下り搬送については、既に武蔵野赤十字病院さんからの受入れを、昨年からはじめさせていただいております、これはほぼ100%となっております。

別にオンラインもなくて、電話1本で私自身が電話に出ることにして、受け入れておりますし、先日は、杏林大学の近藤先生にもお越しいたできて、杏林大学とも下り搬送を始めようとしていただいております。

実際には、いつもこちらからお世話になってばかりの多摩総合医療センターについても、契約はございませんが、実質的には高度救命センターは必要でないという救急患者で、特に小金井市の住所がある方については、かなりの数を受け入れていただいております。

当院としてできることは、どちらかという、高度救命センターの後方ベッドを確保して、高度救命センターが本来の目的を達せられるようにすることが、一番地域医療に役立つんじゃないかと考えております。

○中嶋座長：ありがとうございました。

ホットラインを併設して、なるべく受け口を広くして、患者さんを受け入れているということですね。

それでは、また、受ける側の病院として、回復期の武蔵野陽和会病院の長倉先生、お願いいたします。

○長倉（武蔵野陽和会病院 理事長）：私のほうは、ご存じのように、100床ほどの小さい病院でして、半分は回復期で、半分の53床は急性期です。

ただ、急性期のほうを、今ある地域包括医療病床に、近いうちに変換する予定でおります。

現実的にはそんなに診療内容は変わらないんですが、先ほどから話題に出ています武蔵野日赤ほかの、いわゆる「3日以内の救急搬送」を含めて、下り搬送を受けることと、地域に密着した高齢者のサブアキュートの患者を入れることといったことを中心に、少し整理していこうかなと予定しております。

ただ、先ほどから、私どもは2次救急の病院ですが、いろいろありまして、うちも、宿日直許可をもらった上で、大学の先生方をお願いしております。自院では20%ぐらいしかできないという中で、先ほど、調布病院の山田先生もおっしゃったように、患者さんからも「専門要求」というのが非常に強い状況なので、なかなか数的に応需率を上げるというのは、単純な作業では全くないという状況です。

吉田先生のような考え方で進めていくしか方法はないんですが、うちとしては、50床しかない病床なので、もとよりキャパが小さいので、できるだけそれを、下り搬送の患者さんを中心にお受けできるような形態をこれからつくっていかうと思っています。

○中嶋座長：ありがとうございました。

下り搬送で、地域包括医療の部署をつくっていると、送った側からインセンティブが入るんですね。」

あと、回復期病床のほうでは、高齢者の間口を広げて、できるだけ応需率を上げていくということでした。

それでは、三鷹市の野村病院の野村先生、お願いいたします。

○野村（野村病院 理事長）：きょうの話は、高齢者救急、特に、中等症以下の高齢者救急の話だと理解しております。

これが、いわゆる急性期拠点病院にどうしても集中してしまう。特に東京は交通のアクセスがいいので、医療機関もご本人も好きなところを選べる。

そういう意味で、急性期の拠点病院がパンクするので、その下り搬送の活動をしているが、なかなかこれが円滑にいかないんだという話についてどうかと理解させていただきました。

情報基盤を整備するということはもちろん必要だと思いますが、確か去年のこの会で、日赤の黒崎先生が、去年の7月、8月から下り搬送を円滑に進めるために医師の負担が大変かかっている。すなわち、情報だけじゃなくて、医師同士の関係性、コミュニケーションというものがないと、なかなかできないという実態を、お話しされていました。

そのとおりだと思いますので、情報基盤も必要ですが、急性期拠点病院と私どもの野村病院のような、いわゆる地域密着病院との間で、関係をさらに構築していくという必要があると思います。

急性期拠点病院と地域密着病院を何かの仕組みだけで運営させるということには限界があるので、今実際にやっているところをもっと太くするべきで、いろいろな方策があるだろうと思います。

私どもの病院にとっては、うちでもし具合が悪くなったときに、もう一度すぐに取ってくれるかということは、もう本当に、特に夜間の、すごく逼迫したというか、ドクターたちの声ですので、そういったことが必要だろうと思っています。

それで、中嶋先生、もう時間が過ぎているのですが、私のスライドをよろしいですか。東京都さんに予め、今移動的なものですから、提出しておりますので、私、これだけ話をして終わらせてもらいたいと思います。

今も、中嶋先生が、事前のミーティングをして、その中で高齢者救急が非常に問題だろうと、それも下り搬送だ。では、それを各病院の先生方がどう考えるかという、あっという間に40分、50分経ってしまうわけです。

したがって、まず今後の運営について提案したいのは、地域医療調整会議に運営ワーキンググループをつくって、できれば議題や進行や取りまとめなどの検討をしていくということが必要だろうと思います。

構成は、座長、副座長、それから高度急性期、急性期、回復期、慢性期から各1名の計6名を基本として、もちろん関係者がオブザーバー参加することは構わないと思います。

そして、できるだけ固定メンバーで2年やって、2年経ったところでまた次に考えるという形で、できるだけコンパクトに進めていくということが必要だと思います。

その中で、ある程度、議題や議題の方向性、あるいは取りまとめまで行ければいいんですが、それを、このメンバーの方々に事前に何らかの形で知らせて、それを当日、意見を言うだけじゃなくて、決定しなければいけない場合には、決定も行うということが必要だと思います。

その中での議題は、私は2番のところで書きましたが、これは今の高齢者救急も含めて、いろいろな議題があると思います。

時間もありませんので、調整会議の運営ワーキンググループを設置するという
ことを提案して、私の意見表明にしたいと思います。ありがとうございました。

○中嶋座長：ありがとうございました。

この調整会議をより実効的なものにするために、特には年2回、1回1時間と
時間が限られていますので、こういったワーキンググループを設置して、あらか
じめ方向性を決めて話し合うというご提案で、非常にいいと思います。

この医療圏では、このワーキンググループが立ち上がって、実際に行われるこ
とになろうと思います。

それでは、府中市の共済会櫻井病院の櫻井先生、いらっしゃいますか。

それでは、通信環境が悪いということですので、では、調布市の多摩川病院の
後藤先生、お願いいたします。

○後藤（多摩川病院 院長）：下り搬送に関して、当院の医療区分で受けるとすれ
ば、回りハと地域包括ケア病棟になるかと思いますが、回りハに関しては、でき
る限り早期に、患者さんを受け取るような形にしたいと思っています。

また、地ケアは、夜間の受入れは結構厳しいので、人員を増やして、若返りも
図って、活性化をしているところです。

ただ、問題になるのは、我々の病院は、療養病床の区分にありますので、看護
配置が13対1ですので、今は回りハでも結構早期に来るものですから、内科的
な併発症の治療が不完全になっているものがあったりとかで、なかなか手がかか
り、高度になったりしているので、そこら辺の問題も解決していかなければい
けないと考えております。

○中嶋座長：ありがとうございます。

病院の人的資源等で受けられる患者、疾患などがある程度限られると思うとい
うお話でした。

それでは、続きまして、慢性期病院ということで、武蔵境病院の天野先生、お
願いいたします。

○天野（武蔵境病院 院長）：これからの２０４０年に向けての高齢者救急というところで、当院はもともと慢性期ですが、近隣の在宅の患者さんとか施設の患者さんの受入れを行って、あとは、日赤から、長期化した患者さんを受けて、家に帰すという仕事をしています。

調整会議で前回も申し上げたと思うんですが、実のあるものにするために、もう少しグループ分け、野村先生がおっしゃっていたことと近いかもしれないんですが、北多摩南部という全部で考えると、かなり地域特性もいると思います。

ですので、例えば、日赤のグループとか杏林のグループだとか、多摩総のグループだとかというグループ分けをして、分科会みたいなものがあって、そこで各論的なところを詰めて話すと、より地域医療構想に効率のいいようなものが求められるんじゃないのかと思っております。

○中嶋座長：ワーキンググループの新たな形の提案でございました。

続きまして、府中市の府中医王病院の、事務長の安嶋様、お願いします。

○安嶋（府中医王病院 事務長）：医者ではないんですが、現場の事務をやっております。

うちは一般急性期が４０床で、地域包括が５８床の中小病院の小のほうです。

先生方からいろいろ診療のことでご意見があったんですが、私は現場の意見として、今から１４年前に耐震補強工事の補助をいただいて病院を改修いたしました。

ただ、今１４年過ぎますと、次のメンテのところですごくお金がかかるということがよく分かりまして、その間にいろいろお金を貯めておけばよかったのかもしれませんが、そういうメンテの費用、補助金というのは、どこにも出してくれるところがないんですね。

そのため、それを維持するということで、すごくお金がかかるということで、今苦心しております。

病院全体の外壁の工事とか、エアコンが１つ壊れると全部取り替えなければいけないとか、掃除も全てやらなければいけないということで、すごく苦労しています。

あと、2次救急をやって、40床だけですが、医者の確保が大変です。最近申し込んでくださる先生方は、若い先生方が当直免除という方がとても多いです。

この間の日曜日ですが、1人の先生をお願いして、業者さんでやったんですが、体調を悪くしまして、急に来れなくなった。それで慌てて、うちの院長、副院長のどっちかが出てきてやっているんですが、医師の業務改善ということにならないような小さな病院ですので、そういうときには、2次救急だと医者が必ずいなくちゃいけないんだろうかと、すごく考えました。

看護師はいっぱいいるんですが、資格の問題で医者がいなければいけないというのがありまして、そこでクエスチョンマークが来ています。

うちの病院は、周りに多摩総さんとか杏林さんとか、榊原さんとかいっぱいあって、総合病院に特化したような形で今運営していますので、また、先生方の今回の話をすごく毎回大変勉強になっております。ありがとうございました。

○中嶋座長：ありがとうございます。

東京都は物価とか人件費が高いので、病院の建替えに支障をきたすような民間病院が多いという話と、あと、医師の働き方改革とか、生産年齢人口の減少とかいったことも相まって、医師の確保が難しくなっていくということですね。

それでは、調布市の北多摩病院の万代先生、お願いいたします。

○万代（北多摩病院 院長）：1つは、新たな地域医療構想検討会で出された高齢者救急に関してですが、黒崎先生もおっしゃっていたように、「高齢者救急」ということでひと括りにできないと思っております。

つきましては、救急疾患の中で「サブアキュート」という概念が以前出されていたんですが、私が中医協委員のときに、医療側から「アキュートを切り分けるな」というような強硬な意見が出まして、それ以来、厚労省は「サブアキュート」という名前を一切使わなくなってしまいました。

そこで、東京都だけでもよろしいので、「サブアキュート」という名称で、高齢者救急を切り分けると、皆さまの懸念が少し解消すると考えております。

2つ目は、これまでもご意見があったように、私も、介護関係を含めた高齢者の医療に対応するには、スモールグループでの話し合いが必要かと思っております。

したがって、下り搬送に関しては、比較的広い範囲での論議、すなわちこの調整会議での論議が必要かと思いますが、介護も含めた、2040年に向けての高齢者への対応につきましては、その区市町村レベルでの会議が必要と思っておりますので、その点を提案したいと思います。

○中嶋座長：ありがとうございました。

高齢者救急における「サブアキュート」の概念と、あと、ワーキンググループは各自治体でということでしょうか。

それでは、小金井市の桜町病院の瀬口先生、お願いいたします。

○瀬口（桜町病院 院長）：当院は、24時間救急をやるような救急病院ではないのですが、できるだけ日中の救急は受けようということで、先ほどから話があります武蔵野赤十字病院、多摩総合医療センターと下り搬送の提携をしています。

当日でも、ホットラインで電話をいただいて、当日の転院を受けるように今頑張っております。

実際、コロナ前に比べて、先ほどお話のあった「サブアキュート」「ポストアキュート」の患者さんの転院が少なくなっております。

先ほどから受け皿が少ないという話もあったんですが、実は、私どもの病院も含めて、もう少し受け皿としてお受けできる病院もあるのではないかなと思っております、その辺も連絡を取っていただければと思っております。

○中嶋座長：ありがとうございます。

稼働率が下がっているということでしょうか。

○瀬口（桜町病院 院長）：そうですね、はい。

○中嶋座長：どこの病院でもそのようですね。患者さんの受療行動の変化なのか、コロナの影響なのか、これは東京都の調査で明らかになってくると思います。

それでは、ここで、東京都医師会理事の佐々木先生、お願いいたします。

○佐々木理事：Webで参加させていただいております、東京都医師会の地域医療担当の佐々木です。

先ほど、野村先生からワーキンググループ、天野先生から分科会の話、それから、万代先生からスモールグループという話がありましたので、そのことについて感想を述べさせていただきたいと思います。

ご存じのように、東京都のこの地域医療構想調整会議は、年2回の会議と、そのほかに在宅療養ワーキンググループをしています。

昨年から在宅療養ワーキンググループでは、在宅医療というのは、二次医療圏よりももっと小さい圏域でやることになっていますので、各区市町村ごとの分科会をしています。

2回の調整会議と在宅療養ワーキンググループとその分科会という形で、年4回という形になって、新たな地域医療構想でもそういう形を踏襲していこうかということ、今議論されております。

問題は、在宅療養ワーキンググループの中に今のところ病院が余り入っていないんですね。ですので、これから分科会ということであれば、ぜひとも在宅療養ワーキンググループ、もしくはその下の分科会の中に、病院も入っていただくと、きょうのお話を通じるのではないかと思います。

それから、もし分科会、スモールグループみたいな形でやるのであれば、地域ごとの分科会もあるんでしょうが、「医療圏を越えた」という話もありましたが、医療圏を越えた機能ごとの分科会、例えば、医療圏を越えた高度急性期だけの分科会とか慢性期だけの分科会ということも考えられるかと思って聞いておりました。

○中嶋座長：ありがとうございました。

医療圏を越えた分科会をという新たなご提案をいただきました。

それでは、東京都病院協会からということで、小川先生、よろしく願いいたします。

○小川（東京都病院協会、調布東山病院 理事長）：ワーキンググループを私たちが自分たちでやりたいということで、言うは簡単ですが、年に4回やるのも結構大変です。

どんなくくりでやっていくかということも含めて、ただ、やる場合は、とりあえずこの二次医療圏内で始めて、そのあと、具体的に必要なものが出たら、またワーキングをするということにしたらどうかと思います。

あと、「そういうことをやるので協力してほしい」ということを、各市の医師会の先生方、病院部会の先生方に、きょうのこの話を必ずフィードバックしていただいて、ご協力要請したときに、ぜひご参加いただけるようになるといいなと思います。

そして、「このワーキンググループを本当にスタートしていいですか」ということと、「スタートした場合、東京都のどなたかがオブザーバーとかでご協力がいただけますか」ということがあります。

もう1つは、いずれこういうワーキンググループがスタートしていったときに、データ共有とか、議論になったのは、心電図とか画像が共有できれば、下り搬送も含めて、オンラインで相談し合えるというのは、非常にありがたくて、できたらそちらのほうの何か進捗があるといいなと思っております。

もう1点は、全然関係ないかもしれないんですが、この2年で救急の受入れも各病院も相当努力されたりとかしていて、たった2年で地域の様相が変わってきているということです。

地域医療構想調整会議なので、実は、吉祥寺南病院さんの病床数を今後どうしていくかということは、この調整会議できちんと我々が話合いに入れるのかどうかということです。

なぜならば、今の吉祥南病院さんのベッドを、誰かが外から入ってくるのか、それとも、既に救急受入れの態勢がもう地域で変わってきているのであれば、その地域でちゃんと受け入れていくということのほうが、そのあとの回復期、療養の病床数もきちんと稼働率を上げていくために地域で協力していくのであれば、そのほうがいいと思います。

そのために必要な救急の負担は、先ほど黒崎先生がおっしゃったように、負担する側のところに財政的な補填をしたほうがよっぽど安くあがると思うんです。

そういうことも含めて、私たちの地域が自分たちでどうしていくのかということを考えられ場を持っていいかどうかと、そういう場として私たちに相談していただけるかどうかということを、事前の会議でみんなで話し合っ、きょうみんなの総意としてお伝えしようということで、私、代表して今発言させていただきました。

○中嶋座長：おまとめいただいてありがとうございました。

ワーキンググループに関しては、ぜひ東京都の方もご協力をいただければと思います。よろしくお願いいたします。

吉祥寺南病院の病床事業継承に関しても、いろいろな問題が山積みですので、単に病床を増やせばいいという単純な問題ではなさそうですので、そのあたりもよくこの場で話し合っていけたらと思います。

それでは、土谷副会長、お願いいたします。

○土谷副会長：いくつかお話ししたいんですが、まず1つは、きょうの議事に振り返りますが、(2)(3)の振り返りの話と2040年に向けてという話について、東京さんが「生成AIでまとめてみました」という話でした。

皆さん、これを見てどう思われましたか。高齢者救急と在宅医療と連携という話で、「始まったときと未来に向けた課題はほぼ一緒じゃないか」ということでした。

もちろん、未来に向けたところでは「人材不足」とかありましたが、実は最初から同じテーマで話していて、問題意識は余り変わっていなかったということですが、これはもう変わらない話ということになります。

さっきの私のコメントに戻りますが、「では、全然進んでないのか」というと、そういうわけじゃなくて、こうして皆さんがお話しされていますし、「地域の中でどうやってやっていくのか」というマインドセットが変わったんじゃないかと思っています。課題は一緒だけれども、マインドセットが変わったというのが1つです。

もう1つは、協議の場の大きさについて、二次医療圏でいいのか、もっと広く、あるいは狭くということで、それは新たな地域医療構想に向けての大きな課題だ

と思いますので、そういった課題を挙げていただいたことは、私としてはすごくありがたいな思っていて、今後、協議の場の広さについては、要検討だと思っています。

なお、参考資料の3についてです。

きょう余り触れなかったんですが、これをよく見ていただきたいと思っています。

各医療機関について、「この疾患をこの病院はいっぱい診ているんだ」「余り診ていないんだ」というのもあるかもしれませんが、これを参考にさせていただくと、それぞれの病院がどの疾患が強いのかとかいうのが分かると思います。

前回「地区診断」というお話がありましたが、ぜひこの参考資料3をご覧いただいて、「この疾患についてはあそこの病院と連携しようかな」「ここは後方で受けてくれるんじゃないか」というのが読み取れると思いますので、ぜひ参考資料の3をご活用いただきたいと思います。

本日はお忙しい中どうもありがとうございました。

○中嶋座長：ありがとうございました。

本日は活発なご議論をいただきありがとうございました。

予定された議事は以上となりますが、次の前にはワーキンググループを開催して、次の回はもっと円滑に進めていければと思っています。

それでは、事務局にお返しいたします。

4. 閉会

○本間課長：本日はさまざまなご意見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まして、東京都医師会宛てに会議終了後1週間以内にご提出ください。

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

(丁)