

〔令和7年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区中央部〕

令和7年7月7日 開催

【令和7年度第1回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区中央部〕

令和7年7月7日 開催

1. 開 会

○本間課長：定刻となりましたので、令和7年度第1回目となります東京都地域医療構想調整会議〔区中央部〕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、ご承知おきいただければと思います。

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、挨拶のほどよろしくお願いいたします。

○土谷副会長：皆さん、こんばんは。暑い中お集まりいただきありがとうございます。

今年度の調整会議の1回目が始まりました。前回は「病院の経営が大変だ」という話を中心になってしまったかもしれません。

今回は、報告事項、議事とありますが、まず、スタイルを変えました。皆さん、事前に動画を見ていただいたでしょうか。会議の中でずっと説明していたところを、事前に動画で見ていただくことになりました。

繰り返し見ることもできますし、人によっては速回しで見た人もおられるかもしれませんが、事前に見てもらっております。つまり、ディスカッションの時間をしっかり取りたいということです。

内容につきましては、特に議事については、2番目と3番目で、地域医療構想は2025年が目標年だと言っていて、もうついに2025年になりました。ですので、振返りをやりましょうということで、東京都さんが生成AIを用いながら、振返りの資料をつくっていただきましたので、このあたりを皆さんで意見交換してもらえればと思います。

それから、あと、2040年に向けた課題は何なのかということで、2番と3番と関連がありそうそうですが、そのあたりをしっかりとご議論いただきたいと思います。

きょうはどうぞ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。

続いて、東京都保健医療局医療政策担当部長の宮澤よりご挨拶を申し上げます。

○宮澤部長：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。誠にありがとうございます。

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

また、本日の会議の進め方につきましては、今、土谷先生にも触れていただきましたが、効率的な会議運営となりますよう変更させていただいております。ご意見をいただく時間を多く確保したところでございます。

また、議事につきましても、地域医療構想の振返り、また2040年への取組みの方向性などについて、ご意見をいただくこととしてございます。

また、今年度、都内医療機関の皆様方のご協力をいただきながら実施する予定でございます、地域医療に関する調査の概要につきまして、ご説明をさせていただきます。

限られた時間ではございますが、忌憚のないご意見を頂戴できればと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○本間課長：ありがとうございました。

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

また、会議に参加のご希望のありましたほかの圏域の座長、副座長の先生方もW e b等でご参加いただいておりますので、ご承知おきください。

本日の会議の取扱いについてですが、公開とさせていただきます。

傍聴の方がW e bで参加されております。

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

それでは、これ以降の進行を藤田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

○藤田座長：皆さん、こんばんは。座長の、港区医師会の藤田でございます。

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でございます。

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、赤字要因の分析を行いたいと考えてございます。

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ございます入院患者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ございます。

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。

○藤田座長：ありがとうございました。

今説明のあった内容以外でも、報告事項全体についてご意見やご質問のある方はいらっしゃいますか。挙手をお願いいたします。

大丈夫でしょうか。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：私から2つだけコメントしたいと思います。

1つは、先ほどの資料の下段にあります①の病院調査になります。

先ほど東京都からも説明ありました、1人1日580円の民間病院の補助金が出るという支援事業についてです。

実は、東京都はその事業をやってくれたわけです。ですので、その実態をしっかり把握しなければいけません。

この調査をした結果、「580円じゃ全然足りない」という話になるかもしれませんが、ぜひしっかりご回答いただきたいと思います。協力をよろしくお願いいたします。

もう1つは、特に上の段で行くと(1)になるんですが、患者の受療動向についてです。

コロナが終わって、「患者さんが思ったより増えない。戻ってこない。最近やっ
と戻ってきたかな」というところもあるかもしれませんが、どうしてなのかとい
うことについては、さまざまなことを言われています。

本当だったら、私たちはお金を払ってコンサルに調べてもらったりするかもしれ
ませんが、これを東京都が独自に調べていただけるということで、非常に私たち
も知りたいデータになります。

これは、今回アナウンスがありましたが、第2回のほうで、結果報告となる予
定になっていますので、そちらのほうで皆さんもどうぞ関心を持って聞いてもら
えればと思います。

○藤田座長：ありがとうございました。

報告事項全体と、また今の土谷先生のお話に関しても含めて、質問やコメントがある方がいらっしゃればお願いいたします。

よろしいでしょうか。

それでは、報告事項(2)と(3)については、お読み取りいただくということで、議事を進めたいと思います。

3. 議 事

(1) 2025年に向けた対応方針について（協議）

○藤田座長：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。何かご質問、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〕

では、そのようにさせていただきます。

(2) 現行の地域医療構想の振返り（意見交換）

(3) 2040年に向けた課題及び取組みの方向性（意見交換）

○藤田座長：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。

また、その次の「2040年に向けた課題及び取組みの方向性」についても、併せてよろしくお願いいたします。

○井床課長代理：では、ご説明をさせていただきます。

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を、資料5-1でさせていただきます。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。

少し資料が飛びますが、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取組みというもの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る地域完結型の救急医療の仕組みづくりが必要、といったご意見がございました。

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

次に、在宅療養についてでございます。

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

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

最後に連携についてでございます。

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

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

ここまでの前半の現行の地域医療構想の振り返りでございます。

続いて、資料５－２で、後半の「２０４０年に向けた課題及び取組みの方向性」としてお示ししております。

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、こちらの説明については割愛させていただきます。

５ページまで飛びますが、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ページ飛びますが、今後新たに実施されます医療機関機能報告により、ご覧の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、こちらでも生成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、こちらでもご参照いただければと思います。

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

11ページのところでございますが、お示した2040年に向けた都の課題例を念頭に、自圏域に当てはまる課題やその他の取り組むべき課題があるか。

また、その課題に対して、これまでの取組みを踏まえて、新たにに取り組むべき方向性があるか。

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

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

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

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

さらに、今回は慢性期から繰り返し発生する急性期疾患にデータを絞るとともに、MDCの16で脊椎圧迫骨折としてカウントされ得る疾患を追加して、また

新たにMDCの06、消化器系疾患として、消化管出血、腸閉塞、胆嚢炎、胆管炎としてカウントされ得る疾患を追加しております。

こちらのデータも参考として、意見交換をいただけますと幸いです。

説明は以上となります。

○藤田座長：ありがとうございました。

きょうは意見交換の時間を十分に取っているんですが、それでも全ての医療の課題について話し合うと、時間はとても足りないということで、きょうは、できれば高齢者認知症の方々の退院後の話ということができればと考えております。

認知症高齢者の方が病院を退院するときは、病院から別の病院に行くか、介護あるいは福祉施設に行くか、それとも、家に帰るといっても、もう独居というのはなかなかむずかしいでしょうから、在宅関連のサービスを十分に入れた上で地域に戻るというような形になるかと思います。

その点を踏まえて、この調整会議が設置されてから、ご自身の病院や地域で変わった部分、また、都の取組みに対する意見、そして2040年に向けて、これはもう15年後に結論を出すということで、長期的なことになるんですが、圏域として重点的に協議すべき課題と取組みの方向について、お話しいただければと思います。

区中央部を退院となりますと、二次医療圏では収まらないかと思います。その辺のご苦労などもお聞かせいただければと思います。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：藤田座長がテーマをある程度絞ってもらいました。

高齢者の、特に認知症がある人について、二次医療圏を超えて退院をどうするというのをテーマにしたかどうかというお話でした。

資料もう一度戻っていただきたいんですが、「2040年に向けた東京都の課題の例」として、「直近の調整会議で出た意見をまとめたらこうなりました」ということですが、高齢者救急、在宅療養、医療連携となっていました。

「あれ、これはさっき見たのと同じじゃないか」という話です。実は、策定時の課題が3つに生成AIで絞り込まれましたが、結局同じ課題をずっとやってい

たんだということです。

今回新たに「その他」で、「人材不足」というのが出てきましたが、実は同じような話をしていたんだということでした。

この3つは、永遠の課題と言えると思います。では、課題として残っていたから、「今まで私たちはこれだけ話して何も進んでいなかったのか」と言われると、決してそんなことはないと思います。

この会議を通じて、何回かお話ししたかもしれませんが、地域のことを考えながら医療を提供するようになったんじゃないかなと感じています。

自分の病院が地域の中でどういう役割を果たすのか、以前からそういう思いがあったでしょうが、より一層強くなったのではないかと思います。

そこで戻って、今回ご提示いただいたテーマ、「高齢者の認知症の退院後」が、また40年に向けて課題となるということです。

ただ、これは今、「こうしたらいい」「ああしたらいい」という解決策が出るとは限らないと思っていますが、これについて、高齢者と認知症の方の退院後をどうしたらいいのか、40年に向けてどういうふうに議論していったらいいのか、そういった議論をしてもらえるといいかと思います。

どうぞよろしくお願いします。

○藤田座長：ありがとうございました。

増田先生、お願いします。

○増田理事：東京都医師会の増田です。

今出た高齢者救急、退院後のことも含めてですが、紹介重点医療機関の話が出たときに、特にこの圏域では、総合病院で、しかも患者さんのほうも複数の科を受診する方が多いということで、日常の外来に関しても、「ちょっとやりづらい」という話が出た記憶があります。

ただ、その後、ほかの圏域でも、その話が立ち消えて、元に戻ってそのままというふうなイメージで捉えているんですが、その辺に関しても、何か変わったこと、それから工夫していることがあったらお教えいただきたいのでよろしくお願いします。

○藤田座長：ありがとうございます。

それでは、意見交換に入りたいと思いますが、よろしいでしょうか。

では、こちらからお願いします。

まず、東大病院の田中先生、いかがでしょうか。

○田中（東京大学医学部附属病院 病院長）：非常に難しい問題だなと思っています。

東大病院に入院される方の中には、認知症の方もいらっしゃるんですが、退院後、自宅に帰る方も結構多いんですが、そういう場合に、それ以降の通院をどうするかという話が問題になっていて、ご家族にかなり負担になっているように思います。

しかも、多くの診療科を受診すると、月に何回も病院に来ないといけないということですが、その場合、誰が連れてくるのかということが、常に問題になっています。

例えば、施設に入居した際にも、では、それ以降の外来通院をどうするのかというところは、なかなか解決できていないんじゃないかなと思います。

施設の人が連れてくるわけでは多分ないので、では、誰が外来まで、非常に認知症が進んでいる人だけじゃないけれども、1人では通院できない方がたくさんいらっしゃるの、そういう人の外来通院をどうするかというのが、具体的に一つ問題になっている点ではあります。

○藤田座長：ありがとうございます。

外来通院自体をもう紹介して、次の医療機関にお願いするということも、テーマとして出てくるのではないかと思います。

では、虎の門病院の門脇先生、ご意見を伺えますでしょうか。

○門脇（虎の門病院 院長）：虎の門病院では、高齢者も積極的に受け入れて、その件数も伸びているように思います。

一方で、虎の門病院は高度急性期ということを病院の重点にしていますので、

脳卒中であるとか循環器疾患であるとか、先ほどお話があった消化器の急性疾患といったものをメインに、対応すべき医療機関だと思います。

誤嚥性肺炎などについても、まず入院させて、できるだけ早い時期に、入院した時点からMSWが関与して、転院先であるとか、できるだけ早く自宅に帰せないとかを検討しております。

入院期間が長引くということは、認知症などを非常に悪化させるということがありますので、できるだけ早めに、一度受け入れても、転院先や自宅に戻るということを検討する仕組みにしています。

今後ますます、認知症を抱えた75歳以上の高齢者というのが増えていくばかりだと思いますので、そこを引き受けることによって、回復期、慢性期の医療機関に、そういったインセンティブを付与するというのが、連携をスムーズに進める上でとても重要ではないかと思っています。

○藤田座長：先ほど、田中先生から、「外来通院は困難じゃないか」という意見が出たんですが、その辺のことで工夫されていることとかはあるでしょうか。

○門脇（虎の門病院 院長）：「2人主治医制」ということがとても大事ではないかと思っています。

虎の門病院では、例えば、循環器疾患や脳卒中だったり、さまざまながんなどを、虎の門病院としての医療を続けて行わなければいけない患者さんでも、例えば、がん診療一つを取ってみても、がんのフォローアップを年に2回ぐらいするけれども、高血圧などを含めて、通常の投薬については、かかりつけの医療機関、それは慢性期の医療機関も含めて、あるいは、開業医の先生も含めて、診ていただければと思います。

どうしても必要とする部分は虎の門病院に年に何回かかかっていますが、日常の診療についてはかかりつけ医にかかるということで、虎の門病院にするかかかりつけ医かということを決めるのじゃなくて、「2人主治医制」という形で、双方で連携を取りながら診ていくということが、とても大事じゃないかなと思います。

認知症などを抱えた患者さんが、自宅から近い医療機関にかかるということは、

先ほど、田中先生が指摘された問題とも関連して、重要ではないかなと思っています。

○藤田座長：ありがとうございました。

改めて「2人主治医制」が大切だということでした。

では、聖路加国際病院の石松先生、お願いできますでしょうか。

○石松（聖路加国際病院 院長）：認知症の患者さんに関しましては、もともと施設であったり、在宅で様子を見られた患者さんが、何らかの形で入院になった場合には、比較的スムーズに元の施設や在宅には帰っていただいています。

しかし、新しい疾患で入院されて、少し治療が長期になったときに、その中で認知症が新たに見られることになったときには、ソーシャルワーカーを交えて行き先や、自宅が無理であれば施設ということになると、多少時間がかかるような気がしております。

それよりも、気になっておりますのは、認知症のある患者さんが、原疾患、例えば、尿路感染症とか誤嚥性肺炎とかで入院されたときに、病棟での非常な労力、あと起こり得るインシデント等が、病院にはかなり負担になっているような気がしております。

○藤田座長：ありがとうございます。

2040年に向かって人手不足が心配なところで、ますます85歳以上の高齢者の方が増えるということが、一番大きな課題ということかと思います。

では、三井記念病院の川崎先生、お願いいたします。

○川崎（三井記念病院 院長）：今まで3人の先生方からご意見があったことに、特別付け加えることはないんですが、現状としては、認知症気味の方や、より高齢の方の比率が増えてきて、病棟での、特に看護師さんを中心とする負担がかなり増えつつあるというのが現状です。

我々としては、急性期病院は、認知症のために入院するわけじゃなくて、疾患を治して、退院していただくという過程で、認知症気味の方が本当にどんどんひ

どくなるような状態にしないでお返しするというのが、我々の現状の目標です。

ただ、外に出たときにどうするかという問題は、我々が勝手にしゃべるというのは余り適切ではなくて、もっと大きな枠組みで考える問題だと思っております。

退院したあとの受入れの人材を含めて、もっと深刻な問題ですので、今から15年後を考えると、なかなか単純には語れないと思います。

○藤田座長：ありがとうございます。

石松先生からもありましたが、現在の患者さんに医療の手間がすごくかかってしまうということで、今すぐ東京都に「こういうことを取り組んでほしい」というご意見がありましたら、「40年ではなくて、今すぐ」ということは特にございませんか。

では、続いて、済生会中央病院の海老原先生、救急が先ほどの表で多かったんですが、その辺のところからご意見を伺えたらと思うんですが、いかがでしょうか。

○海老原（東京都済生会中央病院 院長）：救急患者さんは、コロナの時期と比べると、少し落ち着いている感じはあるんですが、そういう急性期で入った患者さんが、合併症が結構多くて、結局少し退院が延びてしまうということが、一時期多かったと思います。

ただ、最近、ほかの病院の先生方との連携が少しずつ進んでいて、後方支援というもので、だんだん滞りは少なくなっているように感じています。

それから、紹介受診重点医療機関ということで、逆紹介を増やすということをやってきたわけですが、再診の選定療養費をなるべく取ってくれるところとやってはきているんですが、診療科によって多少温度差があったりとかしています。

なかなかその辺で難しいところがあったり、余り進め過ぎるとどうかなというところも出てきていますので、このあたりは難しい問題だなと感じております。

○藤田座長：「余り進め過ぎる」というところについて、差し支えなければ、

○海老原（東京都済生会中央病院 院長）：患者数とか評判とか、そのあたりで難

しい面が出てくるのかなというのが、多少意見として上がってきております。

○藤田座長：ありがとうございました。

では、続きまして、永寿総合病院の愛甲先生、ご意見を頂戴できますでしょうか。

○萩原（永寿総合病院 副院長）：院長は欠席で、副院長の萩原と申します。

皆さんがおっしゃられたことと大体同じですが、台東区では、2つの医師会を抱えていまして、キーパーソンがいらっしゃる方で、介護能力がはっきりしている方は、かかりつけ医との連携を密にしながら、退院後も、その後の通院も含めて、フォローアップはスムーズに継続していけるわけです。

ただ、そういったところの条件が整わない場合、特に独り身の方とかも最近増えていますので、こういう方の受入れ先の施設とかが、MSWの方とか頑張っているんですが、とても難渋して滞っているという面が否めないと思います。

きょう、話題提供じゃないですが、皆さんにご意見を伺えればと思います。

かなりの高齢者、例えば、80代、90代を超える方で、重い病気で入院されてきたような方に、どこまで救命、延命のための高度医療を提供するかということです。

私は、血液内科などを専門としておりますので、化学療法とか輸血をどこまでやるかとか、本人の意思決定が得られないような場合、「リビングウェル（事前指示書）みたいなものが予め得られていれば、問題ないですが、家族の意向に沿ってやるわけです。

その辺がなかなか、調整といいますか、やり取りの中でいろいろジレンマを抱えるということです。

高度急性期医療で、当然そういったことは任務としてやるわけですが、その辺のところを、どういうふうに今後考えていったらいいかということも、課題としてあるのではないかと思います。

○藤田座長：ありがとうございます。

振返りのところでACPの推進ということもありましたが、全員にエンディングノートを出す、あるいはそういう啓発運動したほうがいいのかどうかといったところですが、佐々木先生はいかがでしょう。

○佐々木理事：東京都医師会の佐々木です。

都医の中でも話が出ているんですが、同じ80歳でも同じ90歳でもいろいろなステータス、状況があると思います。

ですので、いずれはそういうことをちゃんと評価して、どういう医療が適切なのかという、そういう場合分けが必要になってくるんだろうという議論はございます。

○藤田座長：増田先生、お願いします。

○増田理事：東京都医師会の増田です。

今の問題ですが、佐々木先生もよく言われるんですが、高齢者にとことん医療をするかどうかというのは、いろいろな考え方があると思うんですが、最近、訴訟の事例で、高齢者に対して、「これはやり過ぎではないだろうと思われる医療をやらなかった」というふうな裁判が増えているんですね。

それは、弁護士は、お金儲けでやっているんでしょうが、我々も、「ここまでやったほうがいいかな」「これ以上はやらないほうがいいかな」という、ある程度線引きがあると思うんですが、その線引きを越えたところの訴訟が起きているんです。

ですので、その辺を、医学界全体でコンセンサスをつくらないと、今後非常にやりづらくなるかなと考えています。

○藤田座長：萩原先生、今こういうふうなご意見も出たんですが、いかがでしょう。

○萩原（永寿総合病院 副院長）：とても難しい課題で、それこそ医学界を巻き込んだ議論で、国民全体に対して意識調査とかいうことをおやりになるでしょう

から、そういったところで、何か折り合いをつけていくというか、今は主治医任せということになっていますが、本当にそれでいいのかというのは、日頃疑問に思っていますので、そういった議論も今後進めて、広がっていけばいいのかなと思いました。

○藤田座長：ありがとうございます。

それでは、議論を続けまして、東京通信病院の山嵜(ヤマザキ)先生、ご意見を頂戴したいのですが、よろしいでしょうか。

○山嵜(東京通信病院 病院長)：当院では、高齢者の方を特に断わることもなく、積極的に受け入れしていますので、救急からもたくさんの方が入院されていますが、認知症の状況で、ケアが必要な人が大勢いらっしゃいます。

できるだけ拘束しないようにと、病院の方針としてしていますが、せん妄状態であるとか、転倒だとか、いろいろなことが起こり得るので、看護師の負担は相当なものだと思っています。

急性期病院とうたっていますが、実際には、そのあとのケアで、地域包括ケア病棟とかも使って、できるだけ摂食機能とかの訓練をしたり、リハビリをしたりして、戻すようには努力はしていますが、どうしても負担は非常に大きいです。

言い方は悪いんですが、急性期医療であれば、診療の点数が高いですが、そうじゃないところで、その苦勞に見合っただけのことはサポートされていないということを、常々に実感している次第です。

我々は病病連携、病診連携とかも強化していますし、レスパイト入院も積極的に受けるという方針をとっていますので、いろいろな在宅からも紹介を受けています。

そういう老健施設とか在宅からの紹介というのは、もともとの紹介元があるので、いざとなれば、そのままお戻しすることができるんですが、今後の問題としては、独り身であって、入院したあとに認知が進むとかという人たちを、どうやって戻すかというのは、かなり増えてくるだろうと思います。

これは、病院の中のソーシャルワーカーとかの努力だけでは成り立たないので、東京都に何を求めるかという、そういうところのサポート体制の強化というこ

とが必要になってくると思います。

そこのところは、どうしてもネットワークとか人的な力が必要になりますので、そこは今後は増やしていただく必要があるのかなというのが、お願いだということころです。

あとは、高齢者が入院したときの負担というのが非常に大変ですが、できるだけそれを受けるところの病院では、それに対しての負担が非常に多くて、看護師以外の看護助手さんたちを雇用しなければいけないということで、人件費とかも圧迫してきますので、先ほど、「東京都で」という話がありましたが、そこところの経済的な負担というものは、何らかサポートできるシステムがあればありがたいと思っているのは事実であります。

○藤田座長：ありがとうございます。

土谷先生、この負担に関しては、診療報酬を変えるか、あるいは助成金をいただくかというようなところになってくるかと思うんですが、見解を教えていただければと思います。

○土谷副会長：その前の話になってしまいますが、コロナのときも同じ話が出ていました。コロナで高齢者が入院したが、コロナの治療よりもその人たちの介護が大変だということで、非常に問題になりました。

ですので、この問題については、コロナのときに“リハーサル”をやっていたということが言えます。

ですので、これから2040年を見据えて、高齢者の治療をしたあとの介護に手間がかかり過ぎて、病院の機能等、特にこの区中央部では、高度な医療の機能が十分発揮できない、抑えられてしまっているというのは、どこの病院も感じているところだと思います。

では、これをどうするかということについて、山唄先生からもご意見がありましたが、前回の話でも「インフレで大変だ」という話になりましたが、人件費はもっと上がっていくでしょう。

では、それに見合って、介護人材に払える人件費を、私たちが工面できるかと言われると、厳しそうだなというのは、考えれば分かるところですよ。

では、誰がお金出すのか。患者さんか、病院か、あるいは国がお金を出してくれるのか、東京都がお金を出してくれるのか、誰かがやらなければいけない仕事ですが、その辺は問題になるかと思います。

最初に調査のことをお話ししましたが、調査に基づいて、そういったところが明らかになって、東京の医療、介護を支えていかないと、やっていけないんじゃないかというところが、はっきりなればと思います。

そうすると、東京都の医療をどういうふうに維持していくのかとなれば、医療計画をきちんと立てて、都民に適切な医療を提供する責務があるのは、個々の医療機関は目の前の患者さんはもちろんそうですが、全体として見たときは、東京都になるのかなと思います。

私が言うのも何ですが、東京都さんが、580円のように、介護費についても、はっきりそれを切り分けて、そこに補助金を出すか分かりませんが、そういった形で支援していかないと、東京の医療は維持するのが難しくなるんじゃないかと、私も思っています。

○藤田座長：ありがとうございます。

「あすから」というわけにはいかないでしょうが、こういう声が東京都の方にも届いたかと思しますので、よろしくお願いいたします。

では、都立駒込病院の戸井先生、ご意見をお願いいたします。

○戸井（都立駒込病院 院長）：先生方がおっしゃったことに尽きるかなと思っています。

うちの病院の場合は、がんの患者さんが多くて、それにプラスということで、少くない患者さんがいらっしゃいます。後方の施設、あるいは自宅療養というのに困難を感じる方もいらっしゃいます。

そういう方はケア度が非常に高く、それをサポートするシステムを何か考えないと、なかなか難しいなと思っています。

急性期医療にその圧迫が実際には来ている、そちらが負担になってしまっているという現状がありますので、ケアをどういうふうに、もし「あしたの」ということであれば、どういう体制にしたら多少は緩和ができるかということだと思

ます。

この問題は内部でいつも話し合っていることではあるんですが、病院の運営上は非常に重要な課題の一つになっています。

もう一つ、先ほども言われましたが、転倒等のインシデントが非常に多いので、そちらの面を予防するような、何か新たな方策というのにも考える必要があるかなということを、みんなでディスカッションしております。

○藤田座長：ありがとうございます。

本来の治療以外のところにも、非常に意識を取られてしまうということで、なかなか大変ということが伝わってまいりました。

では、浅草病院の日野先生、よろしくお願いします。

○日野（浅草病院 院長）：当院は、2次救急をやっておりますが、かなりの数の認知症の患者さんがいると思っております。

実際に、浅草医師会と連携して、認知症学会を今後始めたいというふうな気持ちでおります。

実際にもう中に入り込んだといいますか、そういう患者さんが多いので、それに関しては対応して、これが現実なのかなと思っております、そんな感じでやっっていこうと思っております。

○藤田座長：ありがとうございます。

認知症の方はどうしても時間的にかかってしまうということで、それに何とか対応せざるを得ないという状況をお話しいただきました。

では、地域包括ケア病床を開いていらっしゃる、JCHO東京高輪病院の山本先生、受け入れる側として、また紹介する側として、ご意見をいただければと思います。

○山本（JCHO東京高輪病院 院長）：うちは約50床の地域包括病床がありまして、特に、地域包括ケア病床には認知症の患者さんも、当然ですが多いです。

認知症で自宅にいらっしゃる方が、肺炎を起こしたりという場合もありますし、

施設から来られる方もいらっしゃるんですが、ほとんど治療を必要としないような方は、地域包括ケア病床に入れるので、先ほどからお話がありますように、看護より介護が主になっている方の割合がかなり多いのが、地域包括ケア病棟になっております。

うちには、JCHOの規定で、「療養介助者」というのがありまして、病院で9人いるんですが、そのうちの7人を地域包括ケア病棟に配置して、看護師の負担を軽減しているというのが実情です。

幸い、看護師が充足しているので、他の病棟にはほとんど、「療養介助者」というのを置いていないということで、対応しています。

あと、認知症の患者さんには、社会的背景が結構難しい方がいらして、退院されるとき調整が非常に苦労が多いです。

○藤田座長：ありがとうございます。

山本先生、東京高輪病院は品川区と接しているということで、もう既に退院先も、二次医療圏では収まらないことが多いかと思うんですが、何かその辺のところで工夫がありましたら、

○山本（JCHO東京高輪病院 院長）：余り医療圏は意識していないと思います。

地域連携室で登録されている医療機関というのは、高度医療機関は別にして、900ぐらいあるんですが、かなりの医療機関が、品川区とか目黒区とかにありまして、二次医療圏というのは余り意識しないで連携をしております。

○藤田座長：病院は病院の診療圏があるということですね。ありがとうございます。

では、台東病院の山田先生、お願いできますでしょうか。

○山田（台東区立台東病院 病院長）：当院はもともと、急性期後の患者さんを受け入れる病院としての機能をしておりますが、この調整会議の最初の頃は、急性期の機能がないということで、統廃合の対象にされて、ちょっと残念な思いをし

ていたことがあります、それからすると、隔世の感が最近はします。

きょうの議題である急性期の加療と在宅に向けてというのが、非常に重要なところで、特に高齢者の方々を在宅に戻す、あるいは、その後の施設ケアを担保するということは、そのときに間に合わそうと思ってもできる話じゃないと思っています。

ですから、ご高齢の方々は疾病を多く持ちがちだということで、いろいろな医療機関にかかっていらっしゃるのも事実ですが、できるだけ地元で、地域の医師会の先生方、かかりつけ医をしっかり持って、自分の主治医というのをできるだけ決めていただきたいと思います。

そして、その先生を通して、急性期で転送するとか、あるいは帰ってくるときも、その方を目指してやっていくということで、どちらかという、急性期へ入ったときも、どこまで治療するかという問題は、主治医、かかりつけ医がある程度アドバイスするべきだと思っています。

そして、退院後の課題も、できるだけかかりつけ医が受け持つということで、私は今こそこかかりつけ医機能が重要になってきて、特に区中央部、あるいは二次医療圏で議論すること以上に、各市町村、特に空ごとに、きめの細かい対応というか、連携を考えるべきだろうと思っています。

病院の機能連携というのは、二次医療圏で考えると、この区中央部は特殊ですから、ここで議論してもなかなかめどが立たないと思うんですが、各区ごとに、区及び医師会、そして病院という三役一任となって、そこでこそ、この調整会議でやられたような、都、病院、医師会と同じような枠組みで、それぞれの区で、区、病院、医師会というようなことで、三位一体になって議論して進めていくことが、今こそ重要じゃないかなという気がしています。

だから、高齢者の問題の多くは、それぞれの市区町村の問題をうまくそこで抱えていかないと、本当の急性期、本当の専門的医療のほうは、この区中央部の高度医療機関にお任せざるを得ないと思うので、高齢者の問題こそ、小さな単位でできるだけ大きな病院にお世話にならない方法を考えていくというのが、非常に重要じゃないかと思っています。

○藤田座長：ありがとうございました。

病院の先生方からいろいろご意見をお伺いしましたが、改めて「2人主治医制」やかかりつけ機能というところがまた俎上に戻ってきました。

土谷先生、その辺のところで、開業医がまた引き受けていかなければいけないんですが、またご意見をいただけますでしょうか。

○土谷副会長：今年度から、かかりつけ医機能報告制度というのが始まります。

実際の報告そのものは、年明けの1月から予定されているところですが、どんなものになるのかまだよく分かりません。

本当に機能的なものになるのか、私たちのリクエストに応えられるような報告制度になるのか、その辺はまだ分からないところです。

本日は、まとめてお話をしてしまいますと、藤田先生がテーマをかなり絞っていただいて、認知症を抱えた高齢者ということで、議論が余り散漫とならず、むしろ深掘りされた会だったなという印象があります。

ACPも含めて、どこまで治療するのか、かかりつけ医も含めて地域でという話と、もう1点は、介護の手間がかかり過ぎて医療機能が発揮できないという、このような点が大きな課題だったかと思いました。

あと、医療圏については、二次医療圏は余り気にしてないし、二次医療圏よりも小さいところでやらなければいけない。つまり、東京は二次医療圏は余り意味がないんじゃないかというのは、この圏域でも出たのではないかと思います。

あと、これだけ強調して終わりたいんですが、あたかも高齢者が悪い者のような言い回しになりがちですが、高齢者だって好きで歳取っているわけじゃなくてはありませんし、私たちも死なずに生きていけば高齢者になるわけです。

ですから、高齢者が悪いわけじゃなくて、悪いのは、うまく制度が整っていないということだと思います。

そのあたり、皆さんと今後も頭を抱えながら少しでもいい方向に進めていければいいなと思いました。

○藤田座長：ありがとうございます。

では、まだご意見をお伺いしていなかったところがございます。申しわけありません。

東京健生病院の山崎先生、お願いいたします。

○山崎（東京健生病院 院長）：土谷先生のまとめがあったあとで、申しわけありませんが、当院は、慢性期と回復期を中心に、下りをお受けしております。

在宅も行っているんですが、おっしゃるとおり、認知症の方が多くて、当院は、ほとんどの人が認知症になっているんじゃないかというぐらいです。

認知症の方の中には独居の方も多くて、家に帰れない人が最近かなり増えています。

あと、ネグレクトとか高齢者の虐待問題とかも、最近結構目立つような感じもあります。

また、経済的に困難という方もかなり増えているので、治療以外のところでかなり手を取られて、対応にだいぶ苦慮したりしております。

あと、家に帰れない場合とか長期療養になる場合も、次を探すのが結構大変な状況にもなっているので、今でもかなり協力していただいているんですが、東京都も含めて、行政の方に、そういうサポートをもっといただければありがたいと思っております。

○藤田座長：申し訳ありませんでした。

では、慈愛病院の藤本先生、お願いいたします。

○藤本（慈愛病院 院長）：うちも療養型ですが、寝たきりの方ばかりなので、ちゃんと話ができる人が1人とか2人とか、そんな感じです。

高齢者でも、自宅に帰りたい希望のある人とかもいらっしゃいますし、うちは、婦人科とか泌尿器科とかはないんですが、そういう病気を持っていらっしゃる方もおられます。

今後はフレキシブルに、ちょっと自宅に帰るとか、そういうのもいろいろ利用しながらやっていければ、療養型の病院は少ないみたいなので、そういうものを利用しながらやっていけると、高齢者の認知症の人にもいろいろできるんじゃないかなと、個人的に思っています。

○藤田座長：ありがとうございます。

区中央部は、特に慢性期、療養型のところが少ないので、よろしくお願いいたします。

では、九段坂病院の山田先生、よろしくお願いします。

○山田（九段坂病院 院長）：当院の取組みを少し紹介したいと思います。

当院の特色は2つありまして、1つは、例えば脊椎脊髄外科と専門診療で、全国から患者さんがいらっしゃるということです。

もう1つは、千代田区の高齢者総合サポートセンターが当院に併設されていて、それに関わる区の部署も当院にあつて、認知症を含む地域の高齢者の医療とか、健康づくりに貢献するということをミッションとしているということがあります。

この2つ目は、まさにきょうの話題の認知症高齢者の問題に、密接に関連しているところです。

認知症の高齢者の患者さんの退院後とか行き先に関しては、今後ますます連携室の機能を強化していくということが、重要になってくる状況です。

例えば、施設の入所に関して言いますと、区の中央部はどこでもそうだと思うんですが、近隣の施設では多額の費用がかかりますので、なかなか難しくて、遠方の施設と入所の調整をしなければいけないとかで、ますます時間を要するようになって、連携室の仕事が増えているような状況だと思います。

当院と千代田区の連携ということにつきましては、当院は、区民の代表委員会を含む委員会から、当院がきちんと地域住民の方々のお役に立っているかということ、毎年評価を受けています。

例えば、リハビリを例にとってみると、当院では、どのぐらいの地元の方のリハビリをやっているかという数字を出しているわけですが、行政のほうのデータ、千代田区全体でどのぐらいの人がリハビリを受けているかということのデータが出てくれば、その中で当院がどのぐらい貢献していることが分かるようになるということです。

ですので、今後、地域連携において、認知症の問題も含めまして、行政と情報を共有して、データを入手して解析していくということが、必要になってくると考えております。

問題としましては、そういった課題に取り組むためには、人材の確保が必要であるということで、とりもなおさず、人件費をどう確保していくかということが、これは恐らくどの病院でも共通の問題だと思っております。

○藤田座長：ありがとうございます。

介護の人も大変だけれども、ソーシャルワーカーの人ももっと大変でということですね。

それでは、東京都薬剤師会の犬伏（イブセ）先生、お願いいたします。

○犬伏（東京都薬剤師会 常務理事）：薬剤師も、普段は余り見えないんですが、この認知症の方に関しては、非常に地域で貢献はできていると思います。

薬局では、普段のその方の姿を知っていることから、「ちょっと変だ」というような段階で、地域包括支援センターと連携して、認知症に早めに受診ができるように動いています。

あと、もう一つ薬剤師ができることとして、先ほどおっしゃっていた退院するときの退院時カンファレンスにも、薬剤師は参加して、その方の今までの動向ですとか生活内容とかをお伝えすることができるんですが、今のところなかなかそこには呼ばれていないという現状がございます。

そこが、薬剤師の立場でもったいないと思うところでございます。

ただ、それに関しまして、「できる薬局とできない薬局があるじゃないか」というような議論もあると思います。

そこに関しましても、薬剤師会では、在宅ができる薬局が可視化できるような、マッチングのような仕事をしていきたいと思っております。

地域で一番近いところの薬局で、普段からその人のことを知っている薬剤師が対応するということが、非常に意義深いことだと思いますので、そういった形をつくっていききたいと思っております。

というか、今でもできているところの一部ありますので、ぜひ活用していただきたいと思っております。

薬剤師を活用することに大きなお金がかかるようなことではございませんので、今ある資源を活用するという意味では、そういったこともご一考いただければと

考えております。

○藤田座長：ありがとうございます。

認知症患者さんということに限らず、患者さんが薬を飲んでいるのかどうか。実は家にいっぱい余っているとかいうようなことを、少しでも防ぐというところでも、関与していただければと思います。

先ほどの九段坂病院の山田先生のご意見のところで忘れてしまったのですが、高齢者の方というのは、後期高齢者保険に入っているので、保険データというのは、保険者が東京だったら1つのところにデータとしては集まっているので、そういうものの活用というのもありかと思います。

そのほか、皆様、ご意見はございますでしょうか。

なければ、増田先生、佐々木先生、お願いいたします。

○増田理事：先生方のところでも、スタッフの給料をどれだけ上げるかということで、物価上昇分を上げないと生活が成り立たないと思うんですが、きょうの朝のテレビで、「水道局がちゃんと水道管を補修するためには8割値上げしなければいけない」という数字が出ていたんです。

医療機関についても、この間から、「電気、ガス、水道の値上げもあって、2割ぐらい上げてくれなきゃ困るだろう。診療報酬を2割上げるか、1点12円にするか」という話を、しょっちゅうしているんです。

病院の建替えとか、病院のスタッフの生活を考えると、5割、8割というぐらい上げないと成り立たない気がするんですが、次の診療報酬がどこまでいけるか、多くは期待できないんですが、少しでもその数字に近づくようにと願っております。

恐らく先生方も肌感覚として、数字はそのぐらいの感じでお持ちだと思いますので、よろしくお願いします。

○藤田座長：ありがとうございます。

○佐々木理事：きょうの議論の中で、看護助手の活用とか、メディカルソーシャ

ルワーカーの活用とかという話が出ていますが、本当に2040年になったときに、そういう人材が我々の周りに居るだろうかということも考えないといけないと思います、

ことしの初めにあった「日本包括ケア学会」のお話で、医療界は、建設業とか運送業とかのほかの業種に比べると、結構人材確保はできているけれども、それでもこれから足りなくなってくる。

そうなると、今までのような、これも前から言われていますが、デマンドベースで考えるのではなくて、サプライベースで「このぐらいのことしか我々は供給できないので、こういう医療提供体制に見合った医療のかかり方を考えていかなければいけないんだ」ということも、これから議論していかなければいけないのかなと、常々思っております。

○藤田座長：非常に大切な問題だと思います。ありがとうございました。

では、活発なご議論をありがとうございました。

それでは、最後に、調整会議は地域での情報を共有する場ですので、その他の事項でぜひ情報を提供したいということがありましたら、挙手をお願いいたします。

よろしいでしょうか。

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

4. 閉 会

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

最後に事務連絡がございます。

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

それでは、本日の会議は終了となります。長時間にわたりありがとうございました

した。

(了)