

〔令和7年度 第1回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区西南部〕

令和7年8月1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』

〔区西南部〕

令和7年8月1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〔区西南部〕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。

8月になりました。先月まですごく暑かったんですが、8月も変わらず暑いだろうと思われます。先日も40度を超えるところがたくさんありましたが、以前はそんなことは考えられなかったような状況になってきています。

今回は、令和7年度第1回の調整会議ということです。地域医療構想そのものは2025年を目標にやってきました。つまり、ことしということで、その目標年がことしということでした。

きょうの議事の中で、その振返りというのがありますが、それだけじゃなくて、15年後の2040年を見据えてのディスカッションもございます。

忌憚ないご意見を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しました。

続きまして、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：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。どうも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。よろしくお願いいたします。

本日の会議の進め方でございますが、報告部分だけは簡潔に説明させていただきますが、事前に説明動画を配信することで、効率的な運営となるよう改めておりまして、ご意見をいただく時間を確保しております。

また、本日、報告事項といたしまして、今年度、都内医療機関の皆様方のご協力をいただきまして実施する予定の、地域医療に関する調査の概要についても、ご説明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、また計画の見直しに向けてまして、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、これ以降の進行を太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

○太田座長：座長の、世田谷区医師会の太田でございます。よろしくお願いいたします。

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。

○太田座長：ありがとうございました。

では、土谷副会長、お願いします。

○土谷副会長：私から2点お話ししたいと思います。

1点目は、(1)の患者の受療動向を調査するということです。

皆さん、病院の経営はいかがでしょうか。いいというところはほとんどないと思うんですが、その要因とすれば、物価高騰によって出るものが多いというのがありますし、あとは、患者さんがコロナの前に戻っていないというのもよく聞くところです。

その原因はいろいろ言われていますが、はっきり分からないというのが現状かと思います。

そういう中で、東京都に東京都内の病院に患者の需要動向の調査をやってもらうということになっていて、この結果につきましては、第2回の調整会議で発表されることになっています。

本来はコンサルにお願いして調べる話かもしれませんが、東京都全体でこういった調査できるということですので、ぜひご協力いただきたいし、その結果については、第2回の調整会議で関心を持って聞いていただければと思っています。

それから、(3)の病院の経営状況についてですが、その下の①についてです。

先ほど東京都さんからもお話がありましたように、1日1人当たり580円の支援金の要件となっていますので、必ずお答えいただきたいと思います。

非常に細かく、ボリュームもそれなりにあるんですが、支援金をもらう代わりに、しっかりお答えいただきたいと思います。

どうぞよろしくお願いします。

○太田座長：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、ご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。

よろしいでしょうか。土谷副会長もおっしゃったように、病院調査については、地域医療確保緊急臨時支援事業の交付金の要件になりますので、ぜひ病院の先生方、ご協力いただければと思います。

患者1人当たり580円ということで、都としては321億円の予算を立てているということで、実は東京都として予算を立てるのは今回が初めてではないかということで、都しても非常にご協力いただけるということですので、よろしくお願いいたします。

それでは、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）

○太田座長：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、ご承認いただいたということで進めさせていただきます。ありがとうございました。

(2) 現行の地域医療構想の振返り（意見交換）

○太田座長：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。

○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A I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。

○太田座長：ありがとうございました。

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ご意見などということで、ご発言がある先生方はいらっしゃいますでしょうか。

碑文谷病院の丸井先生、よろしくお願いいたします。

○丸井（碑文谷病院 院長）：私、2024年より現職で参加させていただいておりますが、この東京ルールというものがつくられた背景というものについて、昨年もお聞きしました。

当院は2次救急を担っているわけですが、その中で、東京ルールというものについての見直しというか、取組みのあり方というのを話し合う機会というのは、この会議が適当ですか、それとも、救急の会議のほうが適当なのでしょうか。

○宮澤部長：東京都の宮澤でございます。

具体の施策の部分につきましては、救急医療対策協議会とか圏域の会議において、検討いただこうと思っております。

そこにつないでいくような現場の声ということで、そうした声をいただければと考えております。

○丸井（碑文谷病院 院長）：ありがとうございます。

ここで協議するつもりはございませんが、お聞きいただきたいのは、東京ルールというものによって搬送されている患者さんが、どのような患者さんなのかということを考えますと、それを請け負う施設の負担というものが、非常に大きく

なっているのではないかということをご一考いただけたらというのが、私の提案であります。よろしくお願いします。

○宮澤部長：承知いたしました。

東京ルールですが、平成20年ごろにスタートしましてから、かなり東京ルール事案が減ってきていたわけですが、コロナによりまして、非常に増えてしまって、それが高どまりになっているというような状況でございます。

それに対しまして、東京ルール事案を発生させないよう取組み、また、できるだけ迅速にできるような取組みということで、手も打ってきているところでございますが、根本的な部分も含めまして、見直しの必要性も含めて、改めて検討していきたいと考えております。

○太田座長：土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：丸井先生、ありがとうございます。

東京ルールの状況をお話したいと思います。皆さんご存じのように、コロナのときは、救急車のサイレンが鳴りっぱなしのような状況でした。

たしかにそのときは、東京ルールがすごく多かったんです。1日に都内全体で200件以上、多いときは300件近くになっていたというときもありました。

ただ、今はどうかといいますと、1日30件ぐらいに減ってきていまして、これはコロナ前と同じぐらいの水準に戻ってきたというところです。

ですので、東京ルールの搬送先がなかなか見つからないという状況は、未だに1日30件というのはあるんですが、コロナ前の状況に戻ったということになっています。

○丸井（碑文谷病院 院長）：ありがとうございました。

○太田座長：では、玉川病院の和田先生、お願いします。

○和田（玉川病院 院長）：先ほどの病院の２０２５年度の目標の中で、病院の名前が変わったり、病院の中身が変わったりしているところがあるんですが、そういうアップデートみたいなことはおやりになっているのでしょうか。

病院の目標とかがこの１年で変わっているような病院もあるように思うんですが、それはそれでよろしいのでしょうか。

○太田座長：１つ前の「２０２５年に向けた対応方針」の資料の中でということですね。

○和田（玉川病院 院長）：見ていると、そういった病院もあったように思うんです。病院の名前が変わったり、目標が変わったりしている病院もあると思うんですが、何年か前に調査されたものをお使いになっているかと思うんですが、２０２５年はそれでいいということでしょうか。

○本間課長：ご質問ありがとうございます。

病院の中で、それぞれその都度ご検討いただいて、施設の状況が変わった場合には、こちらのほうに変更の手続きをとっていただくということができるようになっております。

お気づきのところがあるかもしれませんが、名称が変わったものが反映されていないとかいうことが、もしかしたらあるかもしれないですが、基本的にはその都度変更いただくということになっております。

○和田（玉川病院 院長）：そういったことがあったりしたら、もちろん報告されるんですが、その辺がうまく、院長が代わったりすると、うまく話が通じない部分もあるかと思ったりしました。

うちの圏域だけ見ていると、そんな感じのところがあったので、ちょっと確認させていただきました。

○太田座長：ありがとうございました。

ほかはございますでしょうか。

よろしいでしょうか。それでは、本題はこのあとの議事になってくるかと思えますので、次に進めていこうと思います。

（３）２０４０年に向けた課題及び取組みの方向性（意見交換）

○太田座長：それでは、「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 ページですが、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。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。

○太田座長：ありがとうございました。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：先ほどは地域医療構想の振返りということでしたが、皆さん、「あっさり終わっちゃったな」と思われたかもしれません。

平成28年から、その前も含めて、十年以上に及ぶかもしれませんが、やってきましたが、振返りがあっさり終わってしまいました。

先ほど、「生成AIで課題をまとめてみました」ということでしたが、最初に調整会議が始まった当初の話と、今回の最近の課題をまとめてみましたということで、こちらも「あれ？」と思われたかもしれません。

高齢者を含む救急の話、と在宅医療の話、3つ目が連携ということで、当初と一緒にという話でした。直近のはプラス「人材不足」という話もありましたが、地域医療構想が始まったときの課題と、今の課題はほぼ一緒だったという話になっています。

ただ、私が言いたいのは、「では、私たちが話していたのは無駄だったのか」ということですが、決してそんなことはなくて、ずいぶん皆さんの意識づけが変わったんじゃないかなと感じています。

どう変わったかといいますと、「自分たちはどんな医療をやりたいか」というのが、はじめの頃はあったと思うんですが、調整会議が始まって何が変わったかという、「自分たちがやりたいこと」というよりも、「地域の中で自分たちはどういうふうに求められているのか」ということを意識しながら、医療を提供されるようになったんじゃないかなと感じています。

それは、皆さんもそれぞれの意見から感じられると思います。

そういうことで、地域医療構想において、病床数としてはそんなに大きく変化したかと言われると、してないのかもしれませんが、そういう皆さんのマインドセットは変わったんじゃないかなと感じているところです。

それで、3つ大きなテーマが出ましたが、「2040年に向けて話しましょう」というと、広いテーマになりますので、テーマをある程度絞って議論していただいたほうが議論が深まるかと思いますので、よろしくお願いします。

○太田座長：ありがとうございました。

2040年に向けて、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ついてということで、議論を深められればと思います。

では、増田先生、お願いします。

○増田（東京都医師会 理事）：東京都医師会の増田です。

この圏域は、比較的住宅地が多くて、近隣の高齢者は、かかりつけとしてかかっている方が多いと思うんですが、先ほどの東京ルールもそうですし、それから、先日始まった紹介重点医療機関について、先生方、ずっと長くかかっていた地元の高齢の方に関して、いろいろ苦勞されていることも多いと思いますので、その辺についても情報提供をお願いできればと思います。よろしくお願いします。

○太田座長：ありがとうございました。

では、議論に入ろうと思うんですが、議論入る前に、私も改めて、区西南部というのがどういう規模なのかというのを確認してみましたので、ちょっとお話しさせていただきます。

過去の地域医療構想で出てきた資料の中では、区西南部は、人口としては145万人程度ということになります。世田谷区が概ね93万人程度、渋谷区が23万人ほど、目黒区28万人ぐらいということになります。

ということで、区西南部としては1つの圏域としてあるんですが、区によってかなり人口のばらつきがあって、世田谷区がとてつもなく人口が多いというところがポイントになると思います。

高齢化率は大体どこも同じで、65歳以上が10%で、75歳以上も10%ぐらいで、これは東京都の平均と同じだと思います。

2030年に人口が大体150万人ぐらいに西南部は増えて、高齢者人口が今は34万人ぐらいですが、2040年の今から15年後には、43万人程度まで10万人ぐらい増えるということになっています。

病院の細かいところは、私よりも先生方が知っておられると思うんですが、高齢者を担う場所として、先ほどから在宅とかが出ていますが、在宅医療に関しては、数年前のものでは、東京都の平均と比べて区西南部はどうかというと、医療

機関においても、在宅医療を提供する医療機関が東京都の約1.8倍多いということです。

そして、実際に在宅を受けている患者をレセプト上で出したものがありますが、その場合でも約1.8倍となっていて、世田谷区に関しては2.1倍ということでした。

高齢者人口は多いんですが、それを受け持つ地域の医療資源というのは、それぞれあるのかなというところが、このようなデータを見て感じたところです。

開業医の数に関しても、東京都の平均を上回っていて、渋谷区に関しては、非常に大きく東京都の平均を上回る開業医数になっているということのようです。

そういうことで、これまでのデータも含めて、先生方の中で、2040年に向けて、区西南部として重点的に協議すべき点というところに関して、ご意見をいただければと思います。

最初にご意見のある先生はいらっしゃいますでしょうか。

どうでしょうか。先ほど言った救急医療、在宅、連携等があるんですが、区西南部に関して、高齢者人口がかなり多いということもありますし、在宅のニーズも高かったりということがあります。

あと、高齢者救急というのは、結局のところ、在宅療養であったり連携にも絡んでくるという点で、私としては、区西南部の議論の中心としては、高齢者救急に関して議論していきたいと思います。

それでは、渋谷区医師会の井上先生、お願いします。

○井上（渋谷区医師会 理事）：土谷先生がおっしゃっていたようなことの流れもあって、今に至っているんですが、結局、いろいろなことが多過ぎると思うんです。

その中で感じているのは、スムーズな流れができれば、いろいろなところで法律化が行われていいのではないかと思います。

確かに地域でできることというのは、ものすごく考えるんですが、例えば、僕が直面したのは、全員じゃないですが、介護施設に関わっている先生が、介護施設の患者さんが具合が悪くなったときに、「それは救急隊に任せて、どこにでも行って」とする。

そうすると、救急隊は探しまくるんですが大変で、なかなか受け取るところが見つからない。

診療所の先生、往診の先生、介護施設に関わる先生が、地域の病院のこととか、地域の病院の先生とうまく関わっていれば、そういうところがスムーズに行くのではないかと考えています。

それから、どこにどういうふうな患者さんがいるかということ、太田先生もおっしゃっていましたが、施設がどういう人を抱えているかというのも、結構大事なんだと思います。

看取りでいいのか、それとも救急で搬送しなければいけないのかというくくりでもいいんですが、そういう指標があるといいなと思っています。

それに関して、思っていることが2つあります。

診療情報提供書が事前に書いてあると、これは宮澤部長にもお聞きしたいんですが、書いてしまうと、保険点数の問題とかいろいろあるんですが、情報という意味で、最初に情報があつたほうが、何か事が起こって、救急車で運ぶときも楽ではないかと考えています。

それから、こういう現状を、改めて診療所や訪問してくださっている先生にも簡単に分かるような、チラシというか、情報共有ができてくると、今の東京ルールについてご存じない先生もいらっしゃると思うんですが、「現状はこうなんだ」ということが分かると、とてもスムーズになっていくのではないかと思います。

○太田座長：ありがとうございました。

では、東京都医師会の理事で、三軒茶屋病院の大坪先生、お願いします。

○大坪（東京都医師会理事、三軒茶屋病院 院長）：今の井上先生のことに関してですが、後方支援のシステムというのがありまして、後方支援病院というものに申請すると200床以上の病院だとなれるんです。

そして、患者さんとその病院が契約を結ぶというか、それで情報提供書を先にいただしておくことはあります。

それで、何かあったときには必ず、救急車を呼んだときはそこが受け入れるということで、後方支援病院としてやっているということがあるんです。

ただ、例えば、訪問診療をされている先生といろいろ話をしても、「今はそんなことを考えなくてもいい」とか、「今はそんなに入院しなければいけない状態じゃないから」ということで、なかなかこれが進んでいかないというのが現状としてあります。

なので、そういう後方支援というのが進んでいくと、前もって情報があるので、この方が何かあったときは、大体その予想がつく場合について、そのときは救急車で探さなくても済むということになるのかなというのがあります。

もう1つ、ついでに発言しますが、今後、救急というのは、高齢者救急なのか通常の救急なのかというのは、分けて考えられるようになってくるんじゃないかと思います。

そのとき、先ほど井上先生がおっしゃったように、自分たちの地域の病院の機能というか、どのぐらいどこが診られるかというのは、皆さんの中で情報共有するのは非常に必要なことかと思っています。

例えば、高度急性期のところに本当に運ばなければいけないのか、それとも地元の中小病院で済むことなのかということで、救急の使い分けみたいなのも、今後出てくるんじゃないかと思っています。

それをやらないと、何もかもが大きい病院に運ばれてしまうと、本当に高度急性期の病院でなければできない治療をしなければいけない方が、地元の民間病院でも診られるような方に手を取られている間に、高度急性期でなければできない患者さんを受け取れないということになってしまいかねません。

ですので、その辺のところで、救急の使い分けとということも必要になってくるんじゃないかと思います。

通常のと看はいいんですが、繁忙期というか、患者さんが急激に増える時期があって、波があると思うんですが、そういうときにそういうことが整理されていくと、高齢者救急も問題解決に進んでいくのかなと思っています。

○太田座長：ありがとうございました。重要なところだと思います。

自院の役割をもう一度確認して、高齢者救急を踏まえたプライマリーを診ているのか、それとも本当に必要な急性期医療として診ていくかというところを、しっかりと病院ごとに考えていただければと思っております。

井上先生、もう一度どうぞ。

○井上（渋谷区医師会 理事）：先生がおっしゃっていたとおりだと思います。

ただ、問題は、施設にいる患者さんの家族が何を望むかというところで、担当の先生が家族に対してどういうふうに説得しているかというのが、結構多かったですね。

それから、そこでもう取決めをして、「大きい病院は3日までで、あとは地域の病院にお任せしましょう」とか、その辺のきちんとした話合いが本当にできているのかなということも、一つ問題だと思うんです。

それから、「大きい病院に行ったら、ずっとそこに居るんじゃないんだ」ということも、いろいろな先生方が知っていなければいけないことだし、そういう連携をとるのに、現場の先生同士の顔の見える連携というのが必要になってくるのではないかと思います。

「何も大きい病院に行く必要がない」というのもあるけれども、とりあえず一度行って、そこでトリアージして、地域の落ち着いている病院にお任せするということができるので、その辺も考えどころだと思っています。

○太田座長：ありがとうございました。

病院の役割という話が出ましたが、現状を含めて、この圏域の中で2040年にはどういうふうにあるべきかというところなどについてもお聞きしていきたいと思っております。

久我山病院の岩下先生、お願いします。

○岩下（久我山病院 院長）：当院は、世田谷区にある中小病院で、医療圏が半径3キロぐらいで高齢者が多いということで、今問題になっています軽症の高齢者救急と、回復期の病床も備えていて、両方ともカバーしているような病院です。

きょうは、救急医療と在宅と連携という3点が大きな問題点になっていますが、救急医療に関しては、大坪先生が言われたような、高次医療機関に搬送された患者さんに関しては、下り搬送制度というのはできていますので、そういったものをもっと活用していただきたいと思います。

当院の場合にも、特定機能病院と契約を結んでいますが、それが、当院とより高次の医療機関との間の下り搬送の提携をもっとスムーズにできたらと思っています。

あと、救急医療に関しては、近隣の介護施設と、「病院機能等でこういう患者なら受けられますよ」というような情報を共有するようなシステムをつくっていただいて、そういうネットワークを構築できればありがたいですので、検討していただければと思います。

それから、在宅医療に関しては、先ほど太田先生が言われていたように、世田谷区というのは、個人の在宅医というのは、もうほとんど飽和状態という状況ですが、個人の在宅を行っている医師が、どういう病院にその患者を搬送するということを判断したときに、個人のパイプを通してあるので、公的なネットワークがないという問題があります。

ですので、病院としての受入れ条件を広報したり、できれば近隣の在宅医と病院との間のネットワークを構築するようなことも考えていただければと思います。

最後に、連携に関しては、東京都医師会が推進している東京総合医療ネットワークを普及していただいて、特に個人の医療施設では、まだこのネットワークに加入されていない方がたくさんいますので、こういったものを活用して、個人の診療所と病院とのネットワークによって、患者情報の共有化を進めていただければと期待しています。

○太田座長：ありがとうございます。

高齢者救急、在宅、連携という全ての点でお話しいただいて、非常に勉強になったと思います。

下りの搬送制度をネットワークとして確立したらいいではないかというお話がありました。

また、高齢者施設がどんどん増える中で、病院の役割の情報をそこにしっかりと流していった、そこでも同じようなネットワークをつくる必要があるというお話でした。

また、世田谷も踏まえて、在宅が最近非常に多くなっていく中で、在宅の患者さんの病院搬送のシステム、ネットワークづくりというのも、現状ではないという中では、これをつくるのが、病院の入り口と下りの部分の一つの対策になるんじゃないかというお話もいただきました。

それでは、高度急性期の立場からいろいろなご意見をいただければと思います。東京医療センターの小林先生、いかがでしょうか。

○小林（東京医療センター 院長）：先ほどから議論になっておりました高齢者の下り搬送についてお話ししたいと思います。

うちもいくつかの病院と連携を結ばさせていただいているわけですが、確かに制度設計上、アイデアとしては非常にいいシステムだと思うんですが、実際に現場の医師たちの中で、うまく情報共有ができていなくて、最終的には搬送につながっていないというのが多いかなというのを実感しております。

ですので、制度だけではなくて、現場のコミュニケーションのところをどう解決するかという、非常に具体的な話をもう少し進めていただけるとありがたいと思っております。

当院は高度急性期なので、重症な患者さんをどんどん受けたいわけですが、高齢者の圧迫骨折とかの、うちでなくてもという患者さんもたくさんいらっしゃるって、そういう方の外来診療で救急外来も疲弊してしまうといったマンパワーの問題点も、一つあるのかなとは思っております。

○太田座長：ありがとうございます。

下りのネットワークについては、現場に周知されて、ちゃんとネットワークとして動いているかというところが、問題提起されたところかと思います。

では、玉川病院の和田先生、お願いします。

○和田（玉川病院 院長）：前からずっと言っているのは、救急の数は増えているんですが、うちも応需率はピークに比べるとだいぶ落ちて、ピークの7割ぐらいになっているんですが、それでも全体を受けている件数は変わらないということなので、増えているんだと思うんですね。

その中で、高齢者が圧倒的に多くて、うちの人たちも、断わる場合もあるし、受けてやっている場合もあるし、それから、内科系というのはほとんど高齢者になってくるので、その辺を区別していくことができるのかと思っているんです。

それから、応需率自体も落ちている中で、では、高齢者を夜間に受けてくださる病院、いわゆる地域包括医療病棟みたいなものが、この地域で今後増えていくのかどうかよく分からないです、

夜間に受けるというのが、実際に話を聞いていると、難しいということで、下り搬送といっても、次の日に送ったり、いろいろな連携をとりながらやったほうがいいのかと思ったりしています。

それから、高齢者救急というものをどこで線引きするのかということが、結構難しくて、80で考えているのか、85で考えているのか、75で考えているのかというように、年齢で決めていいのか、それだけでは決められないので、なかなか難しいと思っています。

それから、うちの病院でも、場合によっては、ある病棟を地域包括医療病棟とかにせざるを得ないような状況に、将来的になってくるかもしれないですし、その辺は、来年度の改定とかいろいろなものでも、急性期病床の点数のあり方とかでも変わってきてしまうのかなと思っています。

それから、うちは、二、三年前から、医療と介護の連携ということで、この地域にある20ぐらいの施設の方に来ていただいて、話し合いを定期的に行っているんです。

その中で上がってくるのが、中には、「看取りはうちではできません」という施設がまだまだあるということです。また、夜間の体制とかを聞いても、夜間にぱっと来てくれるようなことがなかなか難しいような施設もたくさんあります。

それから、実際のところ、ACPみたいな形で、「この人は救急で来るときに、どこまでやるのか」というのがはっきり決まっていけない例があったりするので、その辺の整備も必要かと思ったりしています。

こちらが施設に戻したりする場合でも、一番のネックが、いろいろな施設とお話ししていても、例えば、「夜間の吸引はできません」ということで、肺炎等で入院されてまた返そうと思って、「夜間に何回か吸引してください」みたいなことを言うと、「もう取れません」みたいな話になってしまうことが多いというのが現状です。

同じようなことがどこにいても起きてくるのかと思うので、そういう意味では、医療と介護の連携という話でいくのであれば、また、高齢者救急をやるのであれば、そういった受け皿のところでも医療が少しできるようなことをしていないと、今後はなかなか難しいのかと思っています。

病院の中だけで、急性期のあとに、「次の病院に行きましょう」と言っても、そこから先がまた詰まってしまうような気もするので、いろいろ改善していく点が多いのではないかと思います。

それから、いろいろな意味で、2040年に向けた仕分けというか、どういう病院がどういう治療をやるんですかというのがあると思うんですが、1つだけというのはなかなか難しいと思います。

医療センターさんみたいなところだと、「急性期の拠点病院です」と言って、それでいけるのかもしれないですが、うちみたいところだと、急性期の拠点になれるかどうか、高齢者をやるのか、在宅支援をやるのかなみたいな、はっきりした色分けというのは難しいような気がしています。

それから、お聞きしたかったのが、こういった調整会議をやるにあたって、病院の仕分けとしては、高度急性期、急性期とか、回復期は包括期みたいな形に名前が変わりましたが、そういった中で、同じような形でやっていくということでもいいのかということです。

それから、今は二次医療圏で考えていくということで、ずっとやっていますが、例えば、世田谷と渋谷とかでいろいろ状況が違うのであれば、「その地域で何とかしてくれ」というのであれば、その地域でもうちちょっと小さいところでまとまって話していくほうがいいのかも思ったりしているんですが、それは今後の方向性としてはどうなるでしょうか。

○本間課長：ご質問ありがとうございます。

新しい地域医療構想になってからということになると思うんですが、まだそのあたりはこれから検討することになります。今の国の検討だと、今までの病床機能に基づく分け方というよりは、今度は、先ほどの資料にもありましたような病院機能のところに注目してというところもあります。

ですので、病院機能によって、そこを軸にいろいろ検討を進めていくということに、恐らくなるんじゃないかと思っています。

あと、小さい単位でのというのも、国のほうでもいろいろ議論されていて、例えば、在宅医療の問題であれば、「もう少し狭い単位で議論すべきではないか」というところもありますので、そういった議論を踏まえて、新しい体制をどうしていくかということを、また検討していきたいと思っております。

ありがとうございました。

○土谷副会長：和田先生、ありがとうございます。私からも1つだけ述べたいと思います。

これまでずっと二次医療圏をこの調整会議の圏域としていたんですが、これまでやってきて、例えば、病床の配分とかで不都合が多いんじゃないかと、東京都医師会としては感じています。

なので、介護とか外来とかになれば、区市町村単位になるでしょうし、二次医療圏のあり方については、私たちもいかがかと思っています。

○太田座長：ありがとうございました。

では、同じく高度急性期の日本赤十字医療センターの中島先生、お願いします。

○中島（日本赤十字医療センター 院長）：調整会議に参加させていただいて、今の課題をいろいろ聞かせていただいたんですが、高度急性期病院自体が抱える問題というのは、皆さんもご存じかもしれませんが、大学病院を含めて、どの病院もかなり経営的に苦しいという問題がございます。

これは、今の保険点数の問題がかなり大きくて、構造的にもなかなか難しいところに来ているなと思っています。

ただ、日本の医療の予算を考えてみると、「日本の政府はどういうふうに考えているのかな」というのは、非常に気になっています。

西南部は、高度急性期のベッドは平均より少ないということは知っているんですが、東京都内で見れば、少し余りがあるわけですし、少し淘汰をさせようとしているふうにも思えるんです。

それはさておきまして、急性期の病院は、我々もコロナ後、入院の患者数などが減ってきて、いろいろ対策をとっております。

まず1つ、これから高齢者が増えてきますので、我々の病院の方針としまして、高齢者の救急というのは力を入れるようにしております。

例えば、最近変えたこととしましては、複合疾患を抱えた高齢者の救急に関しては、積極的に受け入れて、縦割りの、内科の診療科ということについても、自分自身の専門性にこだわらず、広く患者を輪番制で受け入れるようにして、なるべく応需を増やすという努力をしております。

問題は、後方との医療連携にありまして、昨年度から、後方支援の制度というので点数までついてきたんですが、なかなか現実には進んでいないことは確かで、少しずつ増やしてはいるんですが、患者さんの転院というのはなかなか難しい状況だなと感じているところであります。

もう1つ、全然関係ない話ですが、高齢者というのは、いわゆる“お1人様”といって、単身の方がすごく増えてきております。

もちろん、そういう人たちに対しての在宅医療というのはあるんですが、単に在宅医療を施すだけでなく、社会的支援というのがかなり重要になってくるのかと思っております。

○太田座長：ありがとうございました。

全員の先生からいろいろなご意見を聞きたいところですが、時間がかなり押してきてしまっています。

回復期の先生だけお話をまだいただいていないので、回復期の先生方で、今後のこの圏域でというところでお話しいただける先生はいらっしゃいますでしょうか。

渋谷の原宿リハビリテーション病院の松谷先生、お願いします。

○松谷（原宿リハビリテーション病院 院長）：回復リハビリテーション病院というのは、ご存じのように、急性期病院で治療を終わった方で、すぐにはお家へ帰れない方を引き受ける場所ですので、患者さんのほぼ100%が急性期病院からの紹介です。

しかも、一旦うちへ帰った方は、制度上取り入れられないので、もうダイレクトに転院してくるということになっておりますので、一般的な高齢者救急というところとは、ある意味では無縁なところではあります。

ただ、実際に、今お話がありましたような、日赤とか東京医療センターからご紹介いただいて、お引き受けする方は、本当に高齢者が多く、なおかつ、重症の患者さんが多いことになっております。

また、当初は、厚労省の回復期リハ病院系というのは、自宅へ帰れるということを目指しましたものですから、余り重症度ということの規制はなかったんですが、最近はあるパーセントは重症の方も取らなければいけないというようなことで、中身的には変わっているところで、こちらも苦慮しているところがあります。

例えば、脳卒中の治療が終わった段階で、全ての生活動作に介助が必要とするというのが、脳卒中の自立の評価の「modified Rankin Scale (mRS)」と言っているんですが、それが5という評価になります。

それが、急性期病院を退院するときの脳卒中患者の方だと、mRS 5というのは、大体25%から20%ぐらいでした。

そういった方々が回復リハの対象になりますので、回復リハとして脳卒中を受け入れますと、そのmRS 5という方が実は脳卒中患者の中で、80%がそれぐらいの頻度になっています。

その方をマックス150日間リハビリテーションをやって、どれぐらいよくなるかという話にはなってくるんですが、さすがに高齢者で75歳を超えてmRS 5ということになりますと、自分の足で自宅へ帰れる人は、実はもう10%あるかないかというところなんです。

そうすると、この方々がこちらでのフルのリハビリが終わったあとどこへいらっしゃるかというと、1つは、ご家族が何とか、「ご本人も希望しますし、我々も

帰ってきてほしいので、自宅で面倒をみます」ということで自宅に帰られる。もう1つは、「自宅ではとても無理で、老々介護になるので」ということで、介護施設に移られる。この2つに分けられるわけです。

脳卒中の治療に携わってきた者として、80%を占める方がどれぐらい実際、退院したときに自宅へ帰れただろうかということです。

まず、リハビリを一生懸命やりまして、mRS 5という状態が、こちらのリハビリが終わった段階で、4以上に上がる患者さんは4割ぐらいあるんですが、6割ぐらいがこちらのリハビリが終わっても、その状態であるということです。

そうすると、通常は、家族の方の介護量が増えまして、地域の支援センターのヘルパーさんとかをフルに使っても、介護量が増えて、非常に難しいんじゃないかと我々は考えるんです。

ただ、実際に調査をしてみますと、その中の6割ぐらいが自宅に退院されているんです。そういう点では、脳卒中の重症の患者さんが一生懸命リハビリをやって、それでもなかなか重症度が抜けられない方が、地域の支援センターの協力のもとに、そのうちの半分近くが自宅へ帰れたというのは、ある意味、喜ばしいことだと思います。

ただ、それは本当に地域の支援センターの力なのかというと、ご存じのように、この渋谷区、世田谷区あたりでの有料介護施設の値段が大変高くて、とてもそこに行けないために、やむを得ず自宅で頑張っているのかというところがあると、回復期リハビリテーション病院の高齢者の脳卒中の患者さんの、アウトカムのところで気になっているところです。

それで、先ほど大坪先生からお話がありましたように、療養型の病院が大変少ないというような実情がありまして、そちらにお願いするのも大変苦労するという事情でございます。

○太田座長：ありがとうございました。

ほかにございますでしょうか。大坪先生、よろしくお願いします。

○大坪（東京都医師会理事、三軒茶屋病院 院長）：きょうのいろいろなお話をまとめてというか、問題点を整理してみたんですが、今後、高齢者救急が逼迫しな

いたためには、高齢者の方々がどこまで治療を望んでいるとかというのを、前もって知っておくということがすごく大事だと思います。

例えば、施設で「救急車で探して」というと、「どこまでやっていいか分からないので、とりあえず高度のところに運んで」となったりすることがあると思うんです。

それを避けるためには、「どのぐらい」というのを前もって知っておくことが必要だと思うんですが、ＡＣＰの推進をしていくということと、先ほどあったように、「高度急性期の病院は数日しか入院できなくて、そのあとは自宅に帰るか、下り搬送で出ていかなければいけないんだよ」ということを、患者さんのご家族にもよく知っていただかないと、下り搬送がスムーズに進まないというところもあると思うんです。

そうすると、在宅にしる施設にしる、かかりつけの先生の負担というのは、これからすごく増えてくるというか、その方たちがいかに患者さんやご家族に説明をして分かっていただいて、どういうふうにしていこうということを決めているかどうか、これから先の高齢者救急が逼迫するかどうかというのはかかっていると思うんですよ。

なので、かかりつけ医の役割というものがすごく大事になってくると思うんですが、果たしてそこまでを担えるのかどうかというのもあると思うんです。

そうすると、「この部分の説明は誰々さんにしてもらおう」とか、「その辺は多職種で連携して分担してやる」とか、そういうところも決めておかないと、かかりつけ医が全部やるのは難しいんじゃないかなと思いました。でも、そこが結構鍵になるのかと思っています。

○太田座長：ありがとうございました。

では、碑文谷さんの丸井先生、お願いします。

○丸井（碑文谷病院 院長）：「こういう会議なので、じっくり考えてよく話さない」と、都の方から言っていたので、じっくり考えたんですが、２０４０年というのは、今から１５年後です。ここにいらっしゃるのはほとんど医師だと思うんですが、医師、看護師の不足というようなことは、どこの場所でも言わ

れていることですが、2040年となると、現在35歳の医師が50歳になっているときです。

そうしますと、先ほどの話で、在宅医は飽和状態ということですが、そういう人たちが全ての医療をやり尽くして、「在宅医療でもやろうか」ということになるかという、そうではないように思います。

美容のほうに走る方々がいても、それは自由ですが、自分の生活や収入をメインに考える若い医師というのは、決して少なくない状況にあると思います。

そうすると、2040年を担う50歳になる、現在30代の医師が、やりがいを感じて、急性期の医療、それから現在話されているような高齢の方をどのように診ていくかということを、まじめに考える医師を育ているということも、非常に重要な課題ではないかと考えました。

そのために、大病院で「数日間しか同じ患者が居ない」というようなところにいるだけでは、十分ではないと思っています。

医師を目指し、医療を行おうという人たちが、どのような治療をしたのが本当によかったのかといったことを知って、医療の魅力、医師としての魅力というものを感じて、それを一生懸命やろうという人材を育ていくということも、地域医療の中では非常に重要なことではないかと思いますので、提言したいと思いました。

もう1点、人材派遣のナースについてです。

現在、人材派遣をする業者によって、私たちの負担が非常に増えている現状がありますので、可能であれば、公的機関が私たちを助けるような形で、人材派遣をしてもらえるようなシステムがあると助かると考えております。

○太田座長：ありがとうございます。

では、東京都医師会の増田先生、お願いします。

○増田（東京都医師会 理事）：非常に切実な参考になる意見をありがとうございました。

大坪先生が言われたかかりつけ医の役割と、井上先生が言われた、平時に診療情報提供があったらいいんじゃないかというお話で、私も1人開業医ですので、

診療中に電話がかかってくれば、外来が今大変ですが、急いでつくるわけですが、土曜日の夜とか日曜日とかも入院される患者がいる。

日頃お元気な方でも高齢になってくると、災害時もそうですが、患者さんに、「診療情報提供書に相当するものを普段から持ったほうがいいよ」と言って、「自費でつくってあげるよ」と言ったんですが、普段かかっている人は700人ぐらいいるんですが、1人も手を挙げてくれないんですよ。

ですから、国保のほうに言っても、国のほうに言っても、「入院のときじゃないと診療情報提供書は取れない」ということなので、この辺は、もう東京都の対策として、年に1回クーポン券を高齢者に配って、「あなたの診療情報所をかかりつけ医に書いてもらったら、2500円でも5000円でもいいんですが、「かかりつけの先生があなたの日常の状況に関して書いておいてあげますよ」というようなシステムがあつたらいいかなと、井上先生の話聞いて思いましたので、提案させていただきます。

○太田座長：ありがとうございました。

時間も過ぎておりますので、これで議事を終了したいと思います。

ちなみに、私も200名ぐらい在宅患者さんを診ていますが、全員の診療情報を家に設置しています。

活発なご議論を本当に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共有する場ですので、その他の事項でぜひ情報提供したいという先生がございましたら、挙手をよろしくお願いいたします。

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、本日は本当に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きまして、追加でのご意見やご質問等がある場合は、「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週間以内にご提出してください。

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。

(了)