

〔令和7年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩西部〕

令和8年1月22日 開催

【令和7年度第2回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩西部〕

令和8年1月22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2回目となります東京都地域医療構想調整会議〔北多摩西部〕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、ご参加ください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、事前にお送りしておりますので、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ご挨拶を申し上げます。

東京都医師会、土谷副会長、挨拶をお願いいたします。

○土谷副会長：皆さん、こんばんは。お寒い中、この会議にご参集いただきありがとうございます。

私からは2つお話ししたいと思います。

1つは、新たな地域医療構想が、これはもう前から少しお話ししているところですが、新たな地域医療構想は、きょうも説明があると思うんですが、国の説明においては、東京都とそぐわないところがあるというところをご認識いただきたいと思います。

と言いますのは、ご案内のとおりですが、地域医療構想は、人口減少、特に患者が減るだけじゃなくて、医療提供するところも、人材が不足していくといったところに焦点を当ててやっています。

東京は、実は反対で、まだ医療需要が増えていきますが、人材不足は皆さんも感じておられるところだと思いますが、そのギャップがより一層強くなっていく特異な地域だということです。

ですから、国の言うとおりに進めても、東京の場合は問題が生じる可能性がありますので、東京は東京なりに、私たちは考えていかなければいけないというところなんです。

もう1つは、その中身の話です。

特に、これまでの地域医療構想でも、高齢者救急というのを焦点に話すことも多々ありました。中でも、きょうは、高齢者救急は誰が担うべきなのかを、皆さんに考えていただきたいと思います。

そこで、ポイントになるのは、急性期拠点病院と言われているところです。

地方においては、急性期の拠点が何でも診ないと地域の医療が成り立ちません。ところが、東京を初め都市部では、高齢者救急も高度急性期病院が担うのかと言われると、そういうわけでもないんじゃないかと思われま。

役割分担していくということですね。急性期拠点病院は、高度急性期医療に特化していくことが求められるのではないのか。何でもかんでも診るといふ訳じゃなくて、役割分担をさらに進めていかないと、医療が効率的に進まないんじゃないかといったところを、考えていただきたいと思います。

つまり、1つ目は、国の言うとおりでなくて、東京なりに考えていただきたいということと、2つ目は、高齢者救急は誰が担うのか、特に急性期拠点病院のあり方についてお考えいただきたいと思います。

○本間課長：ありがとうございました。

続きまして、東京都保健医療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：東京都の宮澤でございます。

ご参加の皆様方におかれましては、日頃から大変お世話になっております。第1回に引き続きまして、よろしくお願いいたします。

本日は、報告事項といたしまして、皆様方にご協力をいただきました地域医療に関する調査の中間報告、また、土谷先生からもお話がありましたが、新たな地域医療構想の国の検討状況につきましてご説明をさせていただきます。

また、議事といたしまして、新たな構想において始まる予定でございます医療機関機能につきまして、東京都における方向性に関しまして、ご意見をいただきたいと思っております。

土谷先生からお話がありましたが、都の特性を踏まえた地域医療構想の策定につなげていく、また、それを踏まえた医療提供体制の確保につなげていくための機会とさせていただきたいと考えております。

会議の進め方につきましては、前回同様、事前説明を動画で配信する方式とさせていただきますので、ポイントのみ説明をさせていただきます。

本日も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。

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、副座長の先生方や傍聴の方も、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。

会議録及び会議に係る資料についても、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、これ以降の進行を富上（たみ）座長にお願い申し上げます。

2. 報告事項

(1) 在宅療養ワーキンググループの開催について

(2) 外来医療計画に関する手続きの提出状況について

(3) 地域医療に関する調査（中間報告）について

(4) 新たな地域医療構想について

○富上座長：座長の、立川市医師会の富上でございます。

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：東京都保健医療局医療政策部の井床と申します。

報告事項のうち、今回初めてご報告いたします(3)の地域医療に関する調査の中間報告と、(4)の新たな地域医療構想の2点について、まとめて説明をさせていただきます。

まず、調査の中間報告についてでございます。資料3をご覧ください。画面でも共有いたします。

前回の調整会議でもその実施についてご報告をいたしました地域医療に関する調査について、昨年11月12日に公表いたしました中間報告の内容をお付けしております。

今回は、お忙しい中、大変多くの病院の皆様方からご回答いただきまして、誠にありがとうございました。

簡単に全体をまとめて申し上げますと、多くの皆様方からご回答いただいているんですが、直近、令和6年度については、約7割の病院が赤字でありまして、急激な物価高騰などが病院運営を圧迫しているということが、中間報告の段階では明らかとなっております。

資料については、詳しくは事前の配信動画でご説明しておりますが、これらの中間報告の内容によりまして、把握した病院の経営実態等を踏まえまして、同じく11月12日に、東京都から国に、診療報酬改定等に関する緊急提言を実施しております。

提言の内容といたしましては、物価高騰や大都市の地域特性により、医療機関が受けている影響を十分に考慮し、診療報酬の大幅な引上げを行うとともに、物価や賃金の上昇を速やかに診療報酬に反映させる仕組みを導入すること、また、

地域医療の確保のため、診療報酬改定のタイミングを待たず、機動的な財政支援を行うこととしてございます。

調査の最終報告は、年度末に向けて取りまとめをいたしまして、次回以降の調整会議でご紹介をさせていただく予定でございます。

資料3の説明は以上となります。

○土谷副会長：東京都医師会の土谷です。

報告事項の3の地域医療に関する調査について、コメントしたいと思います。

皆さん、ご案内のとおり、今年度、民間病院の支援を東京が独自に行っています。実は、今ご案内がありました調査に基づきまして、来年度も民間病院の支援を東京都が行うという話が今進んでいるところで、議会の承認を得たら執行されることになると思います。

つまり、皆さんからは、ほぼ100%に近い割合で答えいただいています。その実態としては、7割の病院が赤字だということです。これが明らかになりましたので、東京の医療を確保するために、民間病院を支援しなければいけないという事業につながっています。

皆さんからのしっかりした調査のお答えが、そういう事業につながっているということをご理解いただき、来年、再来年以降もこういった調査があるかもしれませんが、それにお答えいただいて、それを東京都の事業にしっかり反映していただければと思います。

○井床課長代理：それでは、続きまして、報告事項の(4)について、資料4を使ってご説明させていただきます。画面を共有いたします。

1枚お送りいただきまして、こちらは、国のほうで昨年度検討し、公表いたしました「新たな地域医療構想に関する取りまとめ」を受けまして、昨年7月より、こちらのピンクの枠組みのところ、地域医療構想及び医療計画等に関する検討会と、右側に4つありますが、各ワーキンググループを立ち上げまして、新構想のガイドラインの内容検討を進めております。

右下に「検討会のスケジュール」とありますが、こちらは医療法等の改正法案の成立が12月までずれ込んだこともございまして、秋ごろとなっております「中

間とりまとめ」については行われておらず、年度末に向けたとりまとめが今後予定されているところでございます。

これまでに実施されました検討会の各回の検討内容は、こちらに記載のとおりでございます。第1回から直近の第9回まで実施されております。

次のページ以降は、これまでの検討会で提示された国の資料から抜粋した資料をお付けしております。こちらについては、詳しくは事前の配信動画にてご確認いただければと思います。

現時点における新構想に係る国の検討会の検討状況の概要は以上のとおりでございます。

説明は以上です。

○富上座長：ありがとうございました。

今説明があった内容以外にも、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でしょうか。

よろしいでしょうか。

土谷先生からのご説明もありました。

では、議事に進みたいと思います。

3. 議 事

(1) 紹介受診重点医療機関について (協議)

(2) 2025年に向けた対応方針について (協議)

○富上座長：議事の1つ目は、「紹介受診重点医療機関について」、2つ目は、「2025年に向けた対応方針について」です。

それでは、まとめてお伺いします。

本圏域において紹介受診重点医療機関とする医療機関に関して、また、各医療機関の対応方針について、何かご意見のある方はいらっしゃいますか。

よろしいでしょうか。ありがとうございました。

東京都のほうから何かご発言はありますでしょうか。

○宮澤部長：紹介重点医療機関についてですが、この北多摩西部圏域自体は該当する医療機関はありませんが、また、ほかの圏域の皆様からのご意見などを踏まえて、都としての公表に向けて準備を進めてまいりたいと思います。ありがとうございました。

○冨上座長：アドバイザーの陳先生、お願いします。

○陳（アドバイザー・一橋大学）：こちらの資料5-1の最後のページですが、「数字が著しく下回る場合を除き」と書かれていると思うんですが、この表現では、主観的な判断になってしまうので、こちらに関しては何か客観的な数字とかはありますでしょうか。あれば教えていただきたいと思います。

○井床課長代理：「数値を著しく下回る場合を除き」というところで、何か基準を定めているわけではないんですが、事前の配信動画でもご説明させていただいたんですが、ここの「ア」と「イ」に当てはまる医療機関は、今回は、東京都の中では、特に1つも当てはまる場所がなかったもので、今回はここについて具体的に議論をするということは差し控えさせていただいて、もしこれに該当しそうなところがある場合には、また検討させていただければと思いますが、いかがでしょうか。

○陳（アドバイザー・一橋大学）：分かりました。ありがとうございます。

○冨上座長：ほかにご意見はございますでしょうか。

それでは、次の議事についてご意見をいただければと思います。

（３）新たな地域医療構想における 医療機関機能について（意見交換）

○冨上座長：それでは、次の議事に進みたいと思います。「新たな地域医療構想における医療機関機能について」、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：それでは、資料6に基づきまして、抜粋して簡単に説明させていただきます。資料6を共有させていただきます。

1枚お送りいただきまして、こちらは、これまでの調整会議でもお見せしてきました来年度の新構想策定に向けたスケジュールでございます。

来年度の調整会議につきましては、通常年2回の前に、形式は未定ですが、国のガイドラインに基づく新構想の概要ですとか、医療需要推計などをお示する臨時会という形を予定しております。ですので、計3回ということで、想定をしているところでございます。

今回の調整会議の意見交換では、新構想の策定に合わせて、新たに始まる予定の医療機関機能に基づく連携を見据えた内容としております。

前回の調整会議でのご意見を振り返りまして、関連する国の検討会資料もお付けしておりますが、東京の特性を踏まえた医療機関機能について意見交換をいただき、いただいたご意見については、新たな地域医療構想の策定に活かしてまいりたいと考えております。

次のページは、前回の調整会議におけるご意見のまとめでございまして、そちらを踏まえまして、さらに次のページですが、高齢者救急の体制の検討会を新たに設置するなど、都の来年度の予算要求の方向性の資料を付けております。

また、その次のページ以降については、国の新構想における新たに始まる予定の医療機関機能に関連する検討会の資料の抜粋等を付けております。

ページが飛びますが、14ページのところまで移っていただきまして、こちらのページ以降のイメージ図としてお付けしているものですが、こちらが都のほうでオリジナルで作成しているものとなっております。

まず、こちらの14ページですが、今お話ししている医療機関機能ではなく、現状の高度急性期から慢性期までの病床機能に基づく連携のイメージ図としてお付けしております。

真ん中に居る患者の実態といたしましては、高齢者や高齢者以外など、結果として医療提供の密度が異なるなどの患者像の違いがあるにもかかわらず、病床機能ではその点が考慮されていないということで、より高度な医療を提供しております高度急性期の医療機関で、高齢者も高齢者以外も含めた患者を受け入れる傾向にあるのかなと思っております。

今後、高齢者が急増しても、高次の医療機関に入院患者が滞留することなく、例えば、高次の医療機関がそこでしか提供できない医療に集中して、患者の状況に応じた適切な医療を提供し続けるために、新たに医療機関機能に着目した連携を考えていく必要があるのではと考えております。

次のページですが、こちらは、2040年に向けて急増していく高齢者への対応を中心として、各医療機関機能の病院がどのように役割分担するかということで、こちらは国の検討会資料を基に作成したイメージ図でございます。

高齢者の入院医療の主なフローとして、あくまで国が示す医療機関機能に基づきまして、AからDまでの流れをイメージ図として落とし込んだものとなっております。

次の16ページから18ページまでは、前回の調整会議で上がった高齢者救急に関連するような課題を、今示したイメージ図のフローでどこに該当するのかということをお示しするとともに、新構想に盛り込んでいく、推進していくべき方向性の案ということで、右下のオレンジのところを示している資料となっております。16ページから18ページと続いております。

本日、意見交換いただきたいのは、こちらの19ページ以降の内容になりますが、今回の意見交換のテーマとしては、先ほど来お伝えしているとおり、「東京の特性を踏まえた医療機関機能について」ということで挙げております。

こちらの図の中に書き加えたとおり、左上の急性期拠点機能については、国が示す「30万人程度に1か所」とした場合、東京都全体で40か所程度と見込まれまして、東京においては、都内28か所の救命救急センターと、あとは一部の指定の二次医療機関が想定される場所です。

また、その他の医療機関機能については、その数というのは限定されるものではございませんが、左下の高齢者救急・地域急性期機能については、急性期拠点以外の指定二次医療機関や地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟など。

また、右上の専門等機能の集中的なリハについては、回復期リハビリテーション病棟、右側の中長期入院については療養病棟。

また、右下の在宅医療と連携機能については、在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟など、それぞれ想定され得る病院や病棟の種別を記載してございます。

また、先ほどお示ししている国の資料の説明に基づくイメージ図をベースにして、特に今後高齢者の増加が見込まれる東京の特性を踏まえた医療機関機能に係る具体的な3つの論点を、こちらにお示しするとともに、東京の特性に合わせて先ほどのイメージ図を改変しているものでございます。

論点の1つ目といたしまして、下に載せておりますが、特に高齢者が増えていく東京において、例えば、要介護認定を受けている高齢者は、基本的には高齢者救急・地域急性期機能の左下のところの機能で受け入れることは可能かとしております。

要介護の高齢者は、その中のフローで言えば、AのフローとB1、上り搬送のフローで受けることを基本として、B2の下り搬送を例外とすることで、左上の急性期拠点と左下の高齢者救急・地域急性期の役割分担を促していくことができるかとしております。

2つ目といたしまして、高齢者が増えていきまして、高齢者救急・急性期機能という、左下の機能で受け入れる患者が増えていくことが想定される中で、この機能の中でも、例えば、手術対応の可否などに応じて搬送先を選定できるようにする必要があるかとしております。

3つ目については、今回イメージ図としてこちらに提示した搬送フローとは異なりまして、脳卒中や心疾患など、都において指定の医療機関への既存の搬送体制が確立されている症例は、どのような基準で搬送先を選定するべきかについて、ここで示している搬送フローとどのように棲み分ける必要があるかという点で挙げております。

次のページに行きまして、最後に、これらをまとめておりますが、2040年に向けて高齢者の医療需要増と医療介護人材不足が懸念される中で、1つ前のページでお示したイメージ図を念頭に置いていただきまして、東京の地域特性などを踏まえた新たな地域医療構想の策定に向けて、都における医療機関機能の方向性について意見交換をお願いしたいと考えております。

意見交換にあたっての主な論点としては、こちらに3つ挙げておりますが、特に強化すべき医療機関機能など、考慮すべき都や区域特有の実情があるか。また、医療機関機能ごとの受入れ患者像、基礎疾患ですとか、介護度、ACPなどといったものをどのように考えるべきか。3つ目として、医療機関機能に基づく効果的に連携するために必要な取組みは何かとして挙げております。

具体的な論点として挙げた、1つ前のページの内容とイメージ図を参考にご意見をいただければと思っております。

また、こちらに挙げた論点に係るご意見に限らず、新たな論点ですとか必要な点など、ご意見をいただけますと幸いです。

なお、最初にもご説明したとおり、調整会議における構想区域別のご意見については、2040年に向けた新構想の策定にぜひ活かしてまいりたいと思っておりますので、そのような観点で様々なご意見をいただけますと幸いです。

説明は以上となります。

○冨上座長：ありがとうございました。

ここで、意見交換をしたいと思いますが、何かご意見をいただけますでしょうか。

それでは、立川市の災害医療センターでは、高度急性期拠点病院として、いろいろお世話になっておりますが、この新たな地域医療構想に関してご意見をいただけますでしょうか。

○伊藤（国立病院機構災害医療センター 副院長）：院長の大友は出席していませんので、私に分かる範囲で答えたいと思います。

今年度も、私どもは、救命センターを中心に救急車を7000台取らせていただいています。

基本的に「断らない」という体制でやっているんですが、この1月を見ると、停滞するんですね。

このフローでいくと、専門等機能の「集中的なりハ」とか「中長期入院」の施設が、確かに北多摩西部にはあると思うんですが、基本的にそこにお医者さんが

それほど充足されていないので、地域連携室を通してお話を持っていても、患者さんをお受けいただくところがないんですね。

将来的に、私どもがやっている高度急性期は、現状維持で行くと思うんですが、問題は、転院先の確保が、北多摩西部医療圏の西側の地域というのは、根本的に絶対数が足りないと思うんですよ。

そこをどうするかというのをぜひ東京都として考えていただきたいと思っています。

あと、高度急性期医療を我々はやっていますが、生活が破綻した状態で救急車で運ばれてくるという患者さんへの対応ということで、「啓発活動を東京都としてしっかりやっていただけませんか」ということを、1年ぐらい前の会議で申し上げたんですが、余りそれが見えてこないんですね。

実際に患者さんが到着してから、「これはこうですよ」という説明を、医者もするし、ケースワーカーはじめ地域連携の人たちが、必死になってやっても、患者さんたちは、当院に居たほうがお金もかからないという、もう本当に現実的なことが出てきてしまうので、その解決が現場任せになるというのは、どうしても理解に苦しむところです。

私は、あと2か月でこの病院を去るんですが、この30年間で、「救急加算」というものが付いて、どの病院も救急を取るになったんです。それはとても喜ばしいのですが、東京都さんから今お話が出ている「あとをどうするか」ということに関しては、解決策というか、具体的なことが、こういう図面では理想が出ているんですが、それに見合った進捗が見られていないというのが現状なので、「そこはどうするんですか」と、逆にお聞きしたいと思います。

○冨上座長：ありがとうございました。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：伊藤先生、コメントをありがとうございます。

災害医療センターでは断らない救急に取り組んでいるということですが、もしかしたら、これからはもう断ってもいいのかとも思っています。

というのは、医療だけじゃなくて、地域包括ケアシステムの中で対処していかなければいけない、生活破綻者は最たるものだと思うんですが、ぎりぎりで生活している高齢者の人たちに対して、なぜ中小の病院がそういった人たちを診るべきなのか。

それは、地域包括ケアのネットワークと役割分担を進めていかなければいけないんじゃないかなと考えています。

ですので、災害医療センターのような高次機能を持っている病院は、そういった資源をフルに活用できるような人たちを選択して、診ていただければいいのかと思っています。それがこれからの役割分担なのかと思っています。

そうすることで、そのあとの、いわゆるトリアージの問題といったものが、もう少し負担が減るんじゃないのか。災害医療センターで診るべき人をもう少し限定して行って、役割分担していくことが、この地域の医療にも資するんじゃないかなと考えています。

○伊藤（国立病院機構災害医療センター 副院長）：そうすると、「救急の患者を何人取ったか」という応需率というのは、東京都はすごく聞いてきますよね。

それを否定する形になって、うちの友大は、救急医療の世界では有名人ですが、毎月のように東京消防庁から「おたくの応需率はいくらで、三次は100に近いけれども、二次は7割ぐらいだ」と、ずっとやられるんですよ。

だから、先生のおっしゃることは分かるんですが、そうすると、応需率とかいう数字で評価するという現状をかなり変えていただかないと、私は副院長で消化器外科が専門なので、がんばりやっていますが、実際、救命センターで救急医療をやっているところでは、そういう数字を非常に気にするんですよ。

そうすると、「評価の出し方も東京都としてどうするんですか」というのを、今後どうするかを、「東京消防庁とお話をちゃんとしてください」ということを、ぜひお願いしたいと思います。

○土谷副会長：すごく大事なポイントです。応需率で評価することになっている場合は、そういった傾向になってしまうんですが、それよりもっと大事なものがあるんじゃないかというのが、今回の話だと思います。

評価の指標については、東京都もいろいろな指標を持っていて、その評価の重み付けもしているんですが、地域の救急が回るためには何が重要なのかというのは、これから変えなければいけないと思います。

医療計画の指標とかいったところにつながっていくと思いますので、伊藤先生の指摘されたことは非常に大事なことだと思いますので、私もこれからそういった点を指摘していきたいと思います。

あと、自分たちが「断る」と言う前に、救急隊が選定する医療機関をどうやって選ぶのかということで、トリアージの問題も出てくると思います。そのあたりも大きな課題だと認識しています。

誰を災害医療センターに運ぶべきか、地域のどこに運ぶべきなのかということ、誰が判断するのか、判断できるのか、どういうふうに判断するのかということも、大きな課題だと思っています。

○富上座長：それでは、立川相互病院の高橋先生、どうぞ。

○高橋（立川相互病院 院長）：急性期拠点機能を持つ病院ということで、救命救急センターが28か所と都内で40か所と想定されているということですが、確かに三次救急病院としてはそのぐらいの数でいいんだろうと思います。

ただ、果たして具体的に、救命救急以外に「どの程度の疾患を想定するのか」というところで、例えば、先ほど伊藤先生がおっしゃった消化器がんの患者は、ここに限定するのか、あるいは心カテの患者は、急性期拠点機能を持つ病院に限定するのか、それとも一般急性期病院に行くのか。

その辺はどういうふうに考えていらっしゃるでしょうか。

というのは、当院で言えば、今回の会議では回復期の機能ということで分類されていますが、中身は急性期でずっとやっています。

立川市には、急性期の手術とか心カテをやっている病院というのは、3つぐらいあるんですが、これをやるために系統的に施設を整え、人も育ててきていますし、今後も後継者を育成するというので、研修の機能を常にリフレッシュしながら変えているわけですから、我々としても、「オペをやめろ」と言われても困ります。

もう1つは、20万から30万の人口に対して1か所ということで、これは三次救急に関して言えばそれでいいかと思いますが、例えば、消化器がんとか心カテを行う病院がそれだけでいいのかというと、立川市でいうと、1か所ということになるんですが、現在も3か所の病院でかなり忙しくそれぞれやっていて、何とももっている状態なので、そういった具体的なことを考えると、この数は少な過ぎるんじゃないかと思いますが、その辺はどうでしょうか。

○富上座長：ありがとうございます。

東京都からお願いします。

○本間課長：ご質問についてですが、今回の資料の中にも、国の検討会の資料があるかと思います。

そこで言われているのが、急性期拠点の機能については、手術などの医療資源を多く持っている幅広い、総合的な医療を提供できる病院というところと、あと、高齢者救急については、高齢者に多い疾患が受入れ可能な病院ということになっています。

ただ、まだ国のほうでも、一律に年齢とかいうもので分けるものではないという方向で議論が進んでいるんですが、そのあたりをさらに国のほうでもこれから議論されていって、こういった患者像というのは、ガイドラインの中で国としては示されると思います。

さらに、土谷副会長からもありましたが、「都の場合には、どのぐらいの患者像を切り分けていったらいいんだ」みたいなことは、まさにこれから皆さんのご意見をいただきながら検討を深めていければと思っております。

○高橋（立川相互病院 院長）：理屈で言うと、分かりやすいような感じもありますが、現実には、30万人に1か所の急性期拠点病院という、手術をする病院というのは、絶対足りないと思いますので、よく検討していただきたいと思います。

○富上座長：ありがとうございます。今後の検討課題ということで、貴重なご意見をありがとうございました。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：高橋先生、ご意見をありがとうございます。

先ほどの国の資料の中でも、地域の病院が骨折の治療するかしないかで、斜線が引っ張ってあったりします。これを見ると、地域急性期病院は骨折の手術をしてはいけないのかというようにも思われて、国の資料は分かりにくいと思うんです。

そこで、東京はその特性を活かしてということで、手術できる病院が30万人に1か所だけでいいのかというと、高橋先生がおっしゃるように、できる病院は広くやっていくべきだと思っています。

ここは分かりにくいんですが、この左の急性期拠点病院の役割をしっかりと私たちは考えて、これから増える高齢者は、黄色のところを中心に担っていくわけです。

その機能を維持していくということで、先生も人材確保、育成に努めておられるところだと思いますが、それはもう変わらないですし、これからも私たちもやっていかなければいけないところだと思います。

○冨上座長：ありがとうございます。

ほかに何かご意見をいただけますでしょうか。伊藤先生、どうぞ。

○伊藤（国立病院機構災害医療センター 副院長）：根本的なところなんです、高橋先生の言いたいことも、私が言いたいことも、病院というのは、特に急性期病院は、新規の入院患者さんをいかに集めるか、それから全身麻酔の手術をどれぐらいやるかで、収益が上がってくるんですが、それ以外のことで、まず病院の収益につながらないんですよ。

ですから、後進を育てるとか、いろいろなことを言いますが、現実的に病院が収益をきちんと取れるのは、新規の入院を確保できるか、全身麻酔の手術を数多くやれるかということが求められてしまっているんです。

そこに、高齢者の救急がどうのこうのというのが入ってきて、モデルケースで「この施設はこれだけ」とかいうふうにやろうとしても、病院は生きていかなければ

ればいけないので、みんなの得心がいくような指針を東京都さんに出していただきたいと思います。

この1月は新年会で、私もほかの病院の院長先生と話していましたが、どの院長先生も、「外科医であれば全身麻酔の手術をたくさんやってほしいし、職員には新規の入院をできるだけ取ってほしい」とおっしゃっていました。

それが急性期病院に求められている姿なので、どういう趣旨で救急の対応をするかというのもあると思うんですが、病院に来ていただいてから、その折り合いをどうやって付けなければならないかというのを、逆に早く指針を示していただきたいと思います。

土谷先生がおっしゃっていることは分かっているんですが、何年も前から似たようなことばかり言っていますよね。だから、話を進めましょうよ。ぜひお願いします。

○土谷副会長：伊藤先生、ありがとうございます。

私が言うのもおこがましいですが、高度急性期の病院は、「精一杯やっても今の状況だ」とおっしゃるところもあると思うんですが、医療経済的に経営の話をするれば、診療報酬の点が高いところに集約して、急性期拠点病院がそういったところを担っていただきたいと思いますと思っているところです。

それで経営が成り立つ、あるいはよくなっていくという役割分担ができるような体制を整えていければいいのかなと、私なりには思っているところです。

「じゃ、具体的に」というのは難しいところですが、先ほど言いましたトリアージの問題とか診療報酬の点数とかいったところが、大きな課題になっていくのかなと認識しているところです。

○富上座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。立川病院の片井先生、どうぞ。

○片井（国家公務員共済組合連合会立川病院 院長）：同じ急性期として、まず一言お話ししたいんですが、私たちは救急患者だけを診ているわけではないんです。

北多摩西部でも、結局、ある程度救急をよく診ている病院が、高橋先生は今3つあるとおっしゃいましたが、そういう病院で、普段の救急以外の病人を分担して診ているわけですね。

この話を聞いていると、高度急性期をやる病院以外は、難しい手術をしてはいけないということで、普段の医療に関しても、何か制限を与えるような形ですので、救急だけ議論していても医療は成り立たないと思います。

それから、入り口と出口の問題はすごく大切だと思います。

どういう患者を送るかですね。例えば、救急隊の方は、「なるべく近くの病院に送らしましょう」ということと、患者さんの介護度とかいうのではなくて、病態がどれだけで、どこの病院が必要かということで受けているということがあります。

それから、伊藤先生がおっしゃったように、例えば、災害医療センターが断った場合、ほかの病院に患者さんが来るわけですね。その患者さんは、出口がないと、ほかの急性期病院では成り立たなくなりますので、こういうことを考える場合に一番大切なのは出口なんですね。

最後の出口がきちんとしていないと、上が断った瞬間に破綻しますので、昨年からずっとやっていますが、出口の検討を最優先で行っていただきたいと思っています。

○富上座長：ありがとうございます。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：立川病院さんのようなところが高度急性期をやってはいけないということは、決してそういうわけじゃなくて、むしろ、もっと頑張っていかないと高齢者救急をうまくやっていけないんじゃないかと思っています。

制限するどころか、もっと精一杯やっていかないと、医療が破綻してしまうんじゃないかと思っています。

そういった中で、特に高度急性期に限っては、そちらのほうに集約してもらわないといけないんじゃないかという話です。

もう1つは、出口の話です。

高度急性期よりも地域の病院、先生のところもそうだと思うんですが、より地域包括ケアのネットワークと結びついているといったところが、しっかり出口を解決していかなければいけないと思っています。

もちろん、東京都全体として考えなければいけないと思いますし、個々の医療機関もさらに地域包括ケアのシステムを深化させていくことも大事だと認識しています。

○片井（国家公務員共済組合連合会立川病院 院長）：通常医療をある程度やっていると、もうキャパが限られているんですね。「断らない救急」ということで当院もやっていますが、通常医療をきちんとやっている限りは、ある程度それで病床が埋まっていますので、出口がない限りは、ある程度以上の医療は提供できないと考えています。

○高橋（立川相互病院 院長）：もう一つ、高度急性期に関しては、「病院を絞る」とおっしゃいましたが、その高度急性期の中身というのは、三次救急、救命救急と捉えていいですか。

そこには、先ほども聞きましたが、一般的ながんの手術とか心カテなどは入ってこないと考えていいのでしょうか。

○土谷副会長：先生がおっしゃるように、疾患ごとに違うと思うんです。

特にこの資料の中でも、最後から2ページ目ですが、時間を争うような循環器の疾患については、別ルートがありますので、それはそれでこれからももっとしっかり連携していかなければいけないと思います。

もう少し時間的余裕がある場合は、そんなに40年まで時間があるわけじゃないですが、疾患ごとに、「どこの病院がどういうふうに受け持つていくのか」ということになっていくんじゃないかと思います。

先生がおっしゃるように、がんとかといったところは、もう少し整備されていくのかもしれませんが。

○富上座長：よろしいでしょうか。

ほかに何かご意見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。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、その他の事項でも情報提供、情報交換を行いたいということがありましたら、ご発言をお願いします。

よろしいでしょうか。

では、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返しします。

4. 閉 会

○本間課長：本日は活発な議論をいただきましてありがとうございました。

我々としては、国の検討状況と、その中のこととして、「今後こういうところを議論したらいいんじゃないか」というところを、資料としてまとめさせていただいて、それに対して、様々な課題点があるということ、きょうは貴重なご意見としていただきました。

ほかの圏域の皆様からのご意見も踏まえながら、来年度の地域医療構想の策定に活かしてまいりたいと思っておりますので、引き続きご意見がありましたら、頂戴いただければと思っております。

具体的には、ご意見につきましては、「東京都地域医療構想調整会議ご意見」と書かれたいつもの様式がございますので、会議が終わったあと1週間以内に、ぜひまた、いろいろなご意見をお寄せいただければと思っております。どうぞよろしくをお願いします。

時間の関係で、きょうはこれで終わりになりますが、引き続き構想に向けた検討について、ご協力を賜ればと思っております。よろしくをお願いします。

それでは、本日の会議は終了とさせていただきます。ありがとうございました。

(了)