

〔令和7年度 第2回〕

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

〔区中央部〕

令和8年1月26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』

### 〔区中央部〕

令和8年1月26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〔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会議形式で開催いたしますので、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、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。お寒い中をお集まりいただきありがとうございます。

明日は、衆議院選挙の公示があります。社会保障費が高過ぎるんじゃないかとかいったことも争点になりそうな感じです。

医療というのは、社会保障の中の一つでもありますので、それにかかるお金を減らして手取りを増やすんだみたいな話が出てくるのかなと思うと、ちょっと憂うつな気分がします。

なぜかと言えば、社会保障を減らすという話になれば、私たち医療というのは社会保障の主役になっているわけですので、それにかかる費用を減らそうというような気分が高まってくる可能性があるのではないかと思います。

何も私たちが大変だというんじゃなくて、社会の中で必要だと、私たちが思っているお金が、使われなくなってしまうことが懸念される選挙じゃないかと思っていますが、皆さん、いかがでしょうか。

さて、調整会議そのものの話ですが、報告事項の3番目と4番目が今回の論点です。議事については、3番目の意見交換のところが、今回のポイントになります。

ポイントを1つだけ言えば、高度急性期、急性期拠点病院のあり方、三次救急の病院のあり方について議論していただければと思っています。

特にこの区中央部は、全国的にもそういった病院が多いわけですので、特に三次救急をやるような病院、高度急性期を担う病院は、地域の中でどういうふうにあるべきなのか、そのあたりを中心にご議論いただければと思っています。

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。

続きまして、東京都保健医療局医療政策部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、本日も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、新たな構想において始まり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。

土谷先生からお話もございましたが、都の特性を踏まえた地域医療構想の策定につなげていき、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。

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先生方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、副座長の先生方や傍聴を希望された方も、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きましても、後日公開となっておりますので、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) 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

○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（中間報告）と、(4)の新たな地域医療構想の2点について、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でございます。

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。

全体をまとめて申し上げますと、直近、令和6年度は、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。

調査結果の内容については、事前の配信動画でご説明させていただいておりますが、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、東京都として国に、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に、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。

この調査は、ほとんどの医療機関に協力いただきましてありがとうございます。

皆さん、この調査は何につながったかということをご存じでしょうか。

今年度初めて、都道府県単位で民間病院を支援するということが始まりました。これは画期的なことです。

この今年度始まった民間病院支援ですが、実はどのぐらいの病院が赤字なのかというのは、はっきりとは分からない中で、東京都さんは事業化してくれました。そういう点では、よく事業化していただけたと、本当に感謝しているところです。

今年度、皆さん、この調査に回答していただいて、多くの病院が赤字だというのがまた明らかになったわけです。

となれば、民間病院も支援しなければいけないんだということにつながっていて、来年度も民間病院支援が継続されることになりました。

したがって、皆さんのこういった調査にお答えすることが、そういった支援事業につながっているということです。来年度以降もこういった調査を行ってほしいのですが、引き続き調査を積極的にやっていただきたいと思っています。

○藤田座長：ありがとうございます。

資料3の説明、それから土谷会長のコメントも含めて、その内容以外でも、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でしょうか。

よろしいでしょうか。

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

こちらは、「新たな地域医療構想について」ということで、国の検討状況について簡単にまとめている資料です。

1 ページ目のところですが、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て、新構想のガイドラインの内容検討を進めているところでございます。

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昨年の12月までずれ込んだこともございまして、秋ごろの「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のところ予定されております。

次のページは、これまでに実施された検討会の各回の検討内容で、こちらに記載のとおりでございます。

次のページ以降、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、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おりとなっております。

○藤田座長：ありがとうございました。

それでは、資料4についてもご意見、ご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：これも少しだけコメントさせてほしいと思います。

ポイントは何かというと、「東京は国のおりやったら変なことになります」ということです。

国の検討会議が今進められているところですが、そこで焦点を当てているところは、人口が減っているところです。東京はまだ人口は減っていません。ですので、国の言うとおりのことをやりますとうまくいかないのは、もう目に見えているところです。

現行の地域医療構想がそうでしたので、新たな地域医療構想に向けてやっていくところですが、宮澤部長が冒頭に話されたように、東京の特性を活かした、東京独自のといいますか、そういった思いで、皆さん、新たな地域医療構想の策定に臨んでいただきたいと思っています。

○藤田座長：ありがとうございます。

いかがでしょうか、地域医療構想に関する全体的なことについて、ご意見をお持ちの方がいらっしゃいましたら、お願いいたします。

よろしいでしょうか。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)

○藤田座長：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、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、何かご意見がある方はいらっしゃいますか。

よろしいでしょうか。では、東京都のほうから何かございますでしょうか。

○宮澤部長：ご審議いただきましてありがとうございます。特に紹介重点医療機関につきましては、ほかの圏域のこれからの調整会議でもご意見を承った上で、都として公表に向けて準備を進めてまいりたいと思います。どうぞよろしくお願い致します。

○藤田座長：ほかにいかがでしょうか。土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：東京都さんにお尋ねしたいところがあります。資料2の別紙1の「地域医療への協力意向確認」についてです。

3番目の医療機関の「開設者」が、「株式会社ヨシダ」となっています。今まで、株式会社が医療機関の開設者になっているのは見たことがないと思ったんですが、それについて説明していただけますでしょうか。

○本間課長：こちらは確認させていただきます。

○土谷副会長：露骨に「株式会社」と書いてあるので、どういうことなのかを説明できるものがありましたら、調査した上でお答えいただければと思います。

○藤田座長：台東区の方でお答えできる方はいらっしゃいますか。

では、これは宿題ということにして、最後の議事に進みたいと思います。

### (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）

○藤田座長：「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、資料から抜粋して簡単に説明させていただきます。資料6をご覧ください。画面でも共有させていただきます。

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。

来年度の調整会議は、通常の年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しする臨時会を実施したいと予定しております。

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等も載せておりますが、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、新構想の策定に活かしていこうと考えております。

次のページから13ページまでについては、前回の調整会議におけるご意見のまとめと、次のページですが、それらのご意見を踏まえまして、例えば、高齢者救急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として、こちらのページをお付けてしております。

また、その次のページ以降については、新構想において新たに始まる予定の医療機関機能に関連する国の検討会の資料の抜粋を、13ページまで付けております。

14ページをご覧くださいいただければと思います。

このページ以降のイメージ図として付けておりますものは、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。

こちらは、新たに始ま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でございます。

真ん中に居る患者の実態といたしましては、高齢者と高齢者以外など、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、今までの病床機能ではその点が考慮されていないということから、より高度な医療を提供する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と考えております。

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でございます。

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課題を、今示したイメージ図のフローでどこに該当するかということをお示するとともに、課題に基づいて新構想に盛り込んで推進していくべき方向性の案ということで、お示ししている資料になっており、16ページから18ページと続いております。

最後に、意見交換の内容ですが、以上を踏まえまして、今回の意見交換のテーマとしては、「東京の特性を踏まえた医療機関機能について」としております。

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一部の指定の二次医療機関が想定されるところでございます。

その他の医療機関機能については、その数について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救急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りハについては、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おります。

また、先ほど来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たものでございます。

論点の1つ目として、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、高齢者救急・急性期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つ目といたしまして、今回イメージ図として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については、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ございます。

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の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をどのように考えるべきか、医療機関機能に基づき効果的に連携するために必要な取組みは何かとしております。

具体的な論点として挙げた、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、新たな論点や必要な点など、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。

○藤田座長：ありがとうございました。

土谷先生、補足をお願いします。

○土谷副会長：現行の地域医療構想の中では、病床機能報告というのが始まったんですが、医療の現場の人たちには実際の医療に資するものでは余りなかったんです。

それは、そのまま残っているんですが、「病院ごとに機能を考えましょう」ということになりました。実際私たちはそうやって見ていたわけだから、当たり前といえば当たりの話ですが、病床じゃなくて病院ごとで機能を報告するというのが始まりますが、それに基づいて機能分化して医療連携していきましょうという流れになっています。

冒頭にもお話ししましたが、慢性期については、この圏域は数も少ないですし、そちらがどうこうという話は余りないと思いますので、ポイントになるのは、今後増えていくであろう高齢者の救急をどういうふうにみんなで対応していくかということになります。

一番の問題は、「三次とか急性期拠点と言われるような病院に、そういった高齢者が行くのはいかがなものでしょうか、それはどういうふうに対応していくのがよろしいでしょうか」ということを、論点にさせていただければと思っています。

○藤田座長：では、東京都医師会の増田理事、お願いします。

○増田理事：「東京都特有」と言いますが、区中央部は本当に特有なんです。私は長い間、区中央部は日本の医療の中心になる病院が集まっているから、こういう状況かと思ったんですが、最近、患者さんの行動を見ていると、東京というのは皇居を中心に放射状に発達した街なんです。

だから、国道も交通機関も放射状なので、例えば、私が住んでいる東十条の方々というのは、「病院に行く」というと、みんな本郷通を通過して御茶ノ水までのいくつかの病院に行ってしまうわけです。

ただ、いよいよ高齢化して、いくつかのパターン図がありますが、「通えなくなって、在宅になったらそこに行こう」とか、いろいろなバリエーションを考えて、このパターン図を東京都の方がつくってくれたわけです。

ただ、これを地域構想で当てはめるとなると、区中央部のそういうふうな病院は、区中央部だけじゃなくて、23区内のいろいろな圏域の病院と病診連携を結んでいかないとイケなくなるとなっています。

「通えなくなったから近所のクリニックに行く」と言っても、病気が見つかって「手術に行く」となると、「もともと行っていた大学病院に行きたい」と、皆さん言われるので、毎日のように紹介状を書いているんですよ。

そういった意味で、この区中央部の先生方には、23区はもちろん西のほうの多摩までカバーする医療連携を組まないと、なかなかこの流れに乗らないのかなと思っています。

ですので、どの辺まで、どんな感じで、地域医療構想会議を進めていけば効率的なのかなということも、きょうお聞きしたいと思います。よろしくをお願いします。

○藤田座長：ありがとうございます。

あと、今まで「高齢者」という言葉でひとくくりで話されていたんですが、ここに来て、「高齢者」「超高齢者」というのではなくて、「要介護者」ということで、介護度ごとに着目した分類みたいなのも出てきているように思います。

土谷先生、その辺のところは、今まで単に「65歳以上」だったのが、少し変わってきたように思われますが、いかがでしょうか。

○土谷副会長：「高齢者救急」と言ったときの高齢者を、皆さんがイメージすると、決して65歳以上の人ではないと思います。75歳でもないかもしれません。85歳以上ぐらいでもいいんじゃないかと思うんですね。

今年度、2025年というのは、団塊の世代の人たちが後期高齢者、75歳以上になったということですが、さらに10年経てば85歳になっていくわけです。

その団塊の世代の人たちが医療機関にかかることが、病気やけがをすることが、さらに多くなるわけですが、この「団塊」と言われている大きなかたまりを形づくっている人たちに、どういうふうに医療を提供していくのか。

これについては、私も時々言っていますが、「コロナよりも大きくて長い波が来ます」ということですので、それをどういうふうにみんなで連携して対応していくかというのが、2040年に向けた対応になっていきます。

ですので、藤田先生がおっしゃったように、65歳がターゲットじゃなくて、85歳以上の人たちがこれからもっと増えていきますので、要介護の人たちが多いわけですね。

介護を要する人たちに医療を提供したときに、いつも言われているように「病院で介護できないよ」ということで、特に高度急性期のところでは難しいと思います。

ですから、地域包括ケアシステムとつながっている病院は、そういった人たちに対応していくのがよろしいんじゃないですかということ、言わざるを得ない状況になっていくのではないかと考えています。

○藤田座長：ありがとうございます。

これは、あくまで構想なので、診療報酬のこととかが出てこないんですが、前回までの振り返りでいきますと、病院の先生方からは、「どうしても介護が必要な

高齢者の方が入院すると、医療だけでなく、介護の部分があって、その介護の部分に対する手当がないのは、病院経営を苦しめている一因だ」というふうなご意見だったかと思います。

そういうことを踏まえて、この医療機関機能の分化ということについて、ご意見を頂戴できればと思います。

では、最初に東大病院の田中先生からお願いできますでしょうか。

○田中（東京大学医学部附属病院 病院長）：今おっしゃったように、ただの高齢者というわけではなくて、非常に状態が悪くて、特に手術などが必要になったあとに、介護度が一段また上がってしまうとか、あるいは、認知症が進行するような高齢者を、どこか下方に送れるかということですね。

なかなか取ってもらえないということも多くて、実際に医療としてはもうほぼ完結しているんですが、介護度が高くなった方をどうするかということで、おうちとか施設になかなか戻せないというケースが多くて、我々も大変困っているところです。

○藤田座長：ありがとうございます。

では、がんセンターの瀬戸先生、通常のがん診療のことでお話しただけであればありがたいです。よろしく申し上げます。

○瀬戸（国立がん研究センター中央病院 病院長）：高齢の方々も最近多くなっていますし、それについては、後方連携と申しますか、治療のめどがある程度立ったあとのサポートというのが重要だと思っていますので、そういった地域医療連携の充実は図っています。

ただ、先ほどから話題になっている急性期拠点機能とかというのは、どちらかというとがんに特化した病院ですので、申し訳ありませんが、我々は、がんの拠点病院の機能というのを、もちろん、我々は本当に含んでいかなければいけないと思っています。

○藤田座長：ありがとうございます。

もしもこの医療機関機能を分化していったら、がんセンターの先生方は、より自立の方を対象にシフトしていくということになるでしょうか。

○瀬戸（国立がん研究センター中央病院 病院長）：いえ、決してそんなことはなくて、我々も、例えば、ある程度認知機能が落ちてしまった方とか、あるいは要介護の方々の治療も行っています。

ただ、それはまた、個々の症例ごとに、例えば、ご家族のサポートがどのくらいあるかとか、地域のサポートがどのくらいあるかとか、それはもう総合的に判断させていただいてからということになると思います。

○藤田座長：ありがとうございました。

では、三井記念病院の川崎先生、こういうふうに医療と介護の部分で、より高度急性期の先生方には、医療の部分が多い医療を、それでまた急性期の拠点病院とかいったところは、より介護の成分が多くなっていくというようなことを、想定しているかと思うんですが、この辺のところのお考えはいかがでしょうか。

○川崎（三井記念病院 院長）：先ほどから聞いていると、急性拠点機能の病院と高齢者救急・地域急性期機能の病院に、誰がどう入院させるのかということですよ。

患者さんの希望とかもありますから、下り搬送とか上り搬送とかおっしゃるけれども、移動というのはそんな簡単なものじゃないですよ。

だから、「救急車でどっちに送るか」とかいうのは、むしろ政策でできるかもしれませんが、救急車じゃない方で、急性期拠点機能と地域急性期機能の患者さんをどういうふうに、患者さんのご希望があるわけですから、それを政策で色分けするというのは、かなり難しいことじゃないかと思っています。

それから、病院側から言わせてもらおうと、どういう診療報酬制度になるのかも全く分からない状態で、いろいろそうやって棲み分けるということが、非常に不安ですよ。その辺が分からないと、なかなか議論が具体的になってこないんじゃないかという感じがします。

○藤田座長：ありがとうございます。

救急医療で、「どういう患者さんはどういうところに行くのかということコーディネートする機関が必要」というような考えでもよろしいでしょうか。

この構想の中には入っていないんですが、采配するところがないと、確かにおっしゃるように、どこの病院に行くのかを決めるのは誰なのかを、ある程度権威を持って決める機関がないと、あるいは決める人がいないと、難しいのかなという気はするんですが。

○川崎（三井記念病院 院長）：そうすると、そういう人たちをつくるためには、もっとお金がかかりますよね。

○藤田座長：ありがとうございました。

では、引き続きご意見を伺いたいと思います。聖路加病院の石松先生、お願いします。

○石松（聖路加国際病院 院長）：先ほどからの医療機関機能の話聞いていますと、川崎先生がおっしゃったように、急性期の拠点機能というのと、高齢者救急・地域急性期機能というのは、本当に棲み分けできるのかというのが、非常に不安な感じがします。

と言いますと、病院の機能をそれぞれで役割分担できるかというのが、まず患者さんがどういう経路で来るかということです。

例えば、かかりつけ医が必ず「こういうときにはこの病院に行きましょう」と言って、連れていくようにするんだったらいいんですが、患者さんがご自宅で119番して自分で救急車を呼ぶとなると、今までの消防庁の搬送基準によって搬送先が決まりますから、高齢者から三次救急には行かないとはならないわけで、その辺の流れと棲み分けができるかというのは不安な感じがします。

それともう1つ、気になっているのに余り出てきませんが、施設にいらっしゃるとか家族でいらっしゃる高齢者はいいいんですが、独居高齢者は、誰が介入するんだろうということです。

高齢者の場合、病院に搬送する前にかかりつけ医なり、介護なり、行政の方が

介入して、それで医療機関を決めるというのがあれば一番いいんでしょうが、これも非常にコストがかかると思っています。

○藤田座長：ありがとうございます。救急搬送のルールがないと、棲分けが難しいというようなご意見だったと思いますが、永寿総合病院の愛甲先生、ご意見はいかがでしょうか。

○愛甲（永寿総合病院 院長）：私どもは二次救急医療機関ですので、どちらかという、医療機関の機能としては、地域急性期かと思うんですが、介護度が非常に高い患者さんに関しては、だいぶスタッフが慣れてきて、そういう患者さんが非常に多いので、あまり抵抗なく受けられるようになっていると思います。

実際、地域の在宅医療を行っている医療機関とか、介護施設と併せて9つの施設と、「何か急変が起きたとき、入院が必要になったときは、必ず受け入れる」という契約を、ほかの地域でもあると思うんですが、結んでいます。

コロナの前までは、そういった機関を一堂に集めて、いろいろな座談会とか会合をしていたんですが、中断していたので、ことしからまた再開する予定です。

そのうちの1つの施設の方と面談したときに、「施設の夜勤が1人とか2人というときがあって、そういうときに急変があると非常に困る」という話がありましたので、「うちも救急車を1台手に入れましたので、それを利用して迎えに行きますよ」と言ったら、非常に喜んでいただきました。

ただ、その場合は、医師が同乗していないと、何らかの加算が取れないという実情がありますので、そういったところをもう少し補助していただけるとありがたいと思っています。

それから、急性期拠点病院の院長先生とも、昨年2名ほど面談したときには、「どういう連携を必要としているか」とお聞きすると、「とりあえず経営のために9割とか9割5分のベッドを埋めないといけない。そうすると、実際に三次救急の患者さんとかかかりつけの患者さんが入れられないので、そういうときの転院先として手を上げてくれないか」というような要請がありました。

それは悪い話ではないので、「もちろん、いいですよ」という話をしたんですが、この話を進めていくにあたっては、そういった急性期の病院が、例えば、8割ぐ

らしい稼働で十分やっていけるようにしないと、なかなかうまく回っていかないんじゃないかと思います。

そういう「経営判断」という“異分子”が入ってくると、回るものもなかなか回らなくなってくるんじゃないかという気がいたしました。

○藤田座長：ありがとうございます。

構想だけではなくて、財政的な裏付けが大事とお伺いしました。

それでは、虎の門病院の上野先生、お願いいたします。

○上野（虎の門病院 副院長）：きょうは、門脇院長の代理で出席しております。

虎の門病院は、しばらく前から、「高齢者救急を受けましょう」という、病院としての方針が出ていますので、実際受けているのが現状です。

私たちのところも、二次救急の病院ですから、三次救急のすごい方は基本的には来ないんですが、できるだけ受けて、それで、初期対応、もしくは入院してもらい、合併症が多い方もいらっしゃるので、各科で対応しています。

ただ、当然、下り搬送先が充実していないと、救急のキャパシティが無理なので、高輪病院さんなどでは、心よく下り搬送先としてしっかり対応していただいて、その辺が少しうまく回っているので、高齢者救急を受けても、また救急のキャパシティは空けておける努力をしているところです。

これがまたバランスがすごい数になってしまったときには、下り搬送先の準備などがもっと必要かと思うんですが、現状ではそんな形でやらせていただいております。

○藤田座長：ありがとうございます。

では、ここで、土谷先生。医療機関機能を分化するということですが、なかなか単純には難しいんじゃないかということと、誰が決めていくのかとか、その辺のところは今出てきたかと思いますが、その辺はいかがでしょうか。

○土谷副会長：この議論を進めていくと、課題が2つ出てくると思うんです。

1つは、今お話がありましたトリアージの話で、救急隊が判断するのか、「要介

護だから高次機能の病院には運びません」とかですが、今の時代、とてもそれは救急隊長の一存で決めるわけにはいかないと思います。

だから、トリアージはどうやってやるのか、誰が判断するのか。あるいは、そうやって判定されたとき、また「高次機能の対象にはなりません」と言ったときに、「いやいや、私はあっちに行きたいんだ」と言われたとき、「飛行機のアップグレードをするように、特別にお金を払うんですか」とかいった話も出てくるかもしれません。

そこまで議論するのは難しいかもしれませんが、トリアージは一つの大きな課題になるかと思っています。

もう1つは、これも意見が出ていましたが、収益に結びつくのかということです。

高度急性期の病院は高度急性期に特化して、その質を保つことで経営が安定できればいいと思うんです。極端に言えば、「高齢者救急は診ません。高度急性期に特化します」と言って、経営が成り立つことが明らかになっていけば、そういうふうの特化できるかもしれません。

倫理的というか、人情的な問題はあるかもしれませんが、このトリアージと経営の問題は、今後この話を進めるにあたっては課題になると思っています。

○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：救急車で運ぶときはいいんですが、患者さんが普段行くときは、「私はこの病院がかかりつけだから、全部の科をこの病院で診てほしい」という患者さんが多いと思うんです。

紹介受診重点医療機関ができたときにやりづらかったんです。それは、先ほど、三井の川崎先生が言われていましたが、患者がどこにかかるかというのは、患者さんがイニシアチブを取っているのです、その辺で、我々とか国がいろいろ言ったところで、それは覆せないのです、現場では非常に苦勞されているんだろうなと想像しています。

救急車で運ばれるとき以外、普通に受診される方は、必ず自分の行きたいとこ

ろに行きますので、「この大学病院が私のかかりつけだから、ここで全科診てほしい」という方が多く存在すると思いますので、いろいろな軋轢があって、苦勞されていると思います。

○藤田座長：ありがとうございます。

三次救急を受け入れる医療機関には、ある程度助成金を投入して体制を整えていただくということが必要で、「単純に稼働率を上げて、収益の中から体制をつくってください」というのは無理があるかなというような印象ですが、いかがでしょうか。

あと、愛甲先生からは、こういう地域医療構想にかかわらず、既に地域のネットワークをつくっておられているというご意見をお聞きしましたが、その辺のところを踏まえて、またご意見を皆さんに伺いたいと思います。

東京通信病院の椎尾先生、ご意見を伺えればと思うんですが、いかがでしょうか。

○椎尾（東京通信病院 副院長）：きょうは、山嵜（ヤマヅカ）病院長の代理で出席しております。

これまでの議論を聞いていて、この急性期拠点と、高齢者救急・地域急性期機能を棲み分けるのは難しいというのは、私もそのとおりだと思います。

ただ、病院の中でも、例えば、診療科によって凸凹は結構あると思うんです。うちの病院でも、ある内科、外科に関しては、「急性期拠点病院に負けないぞ」という診療科もあります。

あと、急性期拠点病院の中でも、私もいろいろ知っていますが、病院全体として「高度急性期をやっています」とか、「非常にハイレベルなことを全ての診療科でやっています」というわけじゃないので、診療科によっての凸凹というのもあるんです。

さらに、どういうドクターが来るかによっても変化して、非常に流動的なものだと思うんです。うちの外科系の中でも、部長が新しくいらっしゃって、非常に手術ができる方で、どんどん手術が増えているんです。

だから、そういったことで、人によって、診療科によっても、ずいぶん凸凹が

できてしまうんですが、そこまで考慮していると話が整理できないと思うんです。

ただ、うちは高度急性期ではないと思うんですが、そうかといって、じゃ、そういった医療を全て投げるといってもいかないですし、伸ばしていきたいと思うわけですね。

もちろん、高齢者救急とか、ACPに根差したとか、あるいは、介護施設とか、あるいは先ほどから話が出ている下り搬送も、うちは受け入れているんです。

ですから、非常に混沌とした中で運営をしているというのが、うちの病院の現状かと思えますので、方向性を見定めるのが非常に難しいと思っています。

○藤田座長：ありがとうございました。

続きまして、済生会中央病院の海老原先生、ご意見をお願いしてもよろしいでしょうか。

○海老原（東京都済生会中央病院 院長）：私どもの病院は、救命センターですので、三次救急をもちろん扱っているわけですが、三次救急だけで病院が成り立っていればいいんですが、なかなかそういうわけにはいかないわけです。

そのため、二次救急もしっかり診なければいけないんですが、その中で、合併症の多い患者さん、超高齢の方に対する対応も、しっかりやっけていかなければいけないようなところは、致し方ないかと思っています。

今回の診療報酬改定の方向性を見ていると、搬送件数などが問題になってきているので、三次のところは三次だけ診ていけばいいというのはなかなか難しいですし、その中で棲分けをしていくということに関しても、現状ではなかなか難しいように思っております。

そういうことに対して、何かいいシステムができればと思っています。

○藤田座長：ありがとうございます。

では、駒込病院の戸井先生、お願いします。

○戸井（都立駒込病院 院長）：うちの病院も、大体1年につき1歳ずつ年齢が高くなっている状況です。

先ほど来、先生方が話されていることと全く同じでありまして、なかなかきれいにイメージするのが難しいなと感じておりました。

都立病院ですので、行政的医療を担うという側面もありまして、いろいろな点から考えますと、ある程度詳細なデータベースがあるのだろうかなどは思いました。

これをもしつくれば、あるいは存在するのであれば、先ほどおっしゃったようなことに対して、何らかの対応策を開発していくこともできるの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す。

今の診療報酬だけでは難しいということですね。

では、浅草病院の日野先生、お願いできますでしょうか。

○日野（浅草病院 院長）：当院は純粋な二次救急の病院でございます。

昨年、救急医が1人入ったということで、少しパラダイムシフトと言いますか、二次救急の範囲内で高齢者を診るというところに特化していこうということで、全てのドクターがそのあたりの救急を診れるということのプロトコルをつくっています。

これは結構大変だったんですが、今は何とかうまく動いていまして、「全部診よう」ということで、私も救急医として参加しているんですが、何とかやっております。

うちの近くもそうですが、台東区は、65歳の健康寿命が短いとか、高齢の独居者が多いということで、ちょっと特徴的なところがございますので、「もう全員で診ていこう」というところでやっていて、何とかやらせていただいているというのが現状です。

先ほど、介護の話が少し出ましたが、私どもは訪問リハをから始めまして、訪問看護、訪問診療も最近少し始めております。

病院の中の機能として、そういうのはやっていくべきだと思っていますので、そのあたりで少し棲み分けをしてやっているという次第です。

○藤田座長：ありがとうございます。

それでは、JCHO東京高輪病院の山本先生、地域包括ケア病床もありますが、その辺のところを踏まえて、今度こういう医療機関機能を分化するとなったらどういうふうに進んでいくのか、ご意見を伺えればと思うんですが、よろしく願いします。

○山本（JCHO東京高輪病院 院長）：今言われたように、うちには地域包括ケア病棟がありまして、高齢者がかなりたくさん入院されていますので、要介護3程度の方は結構入院されております。

きょう示していただいた東京都のイメージ図ですが、B1の流れは、例えば、うちのような病院に救急で運び込まれた方が、よくよく評価すると、うちの病院ではちょっと手に負えないので、高度な病院に搬送するという流れは、確実にあると思っています。

ただ、例えば、このB2のほうについてです。先ほどからお話もあるように、下り搬送のほうですが、一旦その病院に入ってしまうと、患者さんは、例えば、虎の門病院に入ったら、「虎の門病院から高輪に」とお願いしても、大きな病院のほうがいいじゃないですか。

ですから、なかなか患者さんのご理解が得られないので、ここで考えられているような形で患者さんの流れがつけられるのかなというのは、かなり疑問に思います。

現在、救急患者連携搬送料というのが設定されているんですが、点数が余り高くないので、どちらかというところ、搬送するよりは、自分のところで抱えておいたほうがいいのかという判断が、どうも働くようで、入院翌日とか、入院当日の搬送というのは、非常に少ないのが現状であると思います。

それから、先ほど、大病院をかかりつけの病院にされている患者さんが結構いらっしゃるという話がありました。

これは、日本の医療の特徴じゃないかと思うんですが、こういうことを国が考えるのであれば、患者さんに対して、「1つの病気を治療するには2つ以上の病院をかかるとですよ」というような教育をしていただかないと、うまく回らないんじゃないかという気がいたします。

○藤田座長：ありがとうございます。

では、九段坂病院の山田先生、お願いします。

○山田（九段坂病院 院長）：当院は、病院の機能として2つありまして、1つは、専門医療です。例えば、脊椎脊髄外科とか、私ですと、認知症の早期治療とか、そういう非常に専門的な医療に特化した部分を持っています。

もう1つは、当院は、千代田区の高齢者総合サポートセンターが併設されていて、地域の高齢者の医療とか健康をサポートしていくというミッションを持っています。

ですから、今回の地域医療構想のほうは、後者の、地域の高齢者の医療、健康のほうだと思います。

その辺の特色としましては、回復期リハ病棟があるということです。

都心ではまれだと思うんですが、リハビリ施設も人員配置も非常に充実していて、脳卒中のリハにも注力しています。

ですから、今後の構想において、いかに急性期の病院から連携を強化していったらいいか、適切な患者さんを適切なタイミングでということを実現していくかということが大切だと思います。

ただ、地域包括ケア病棟もありますが、特にそのあたりのことが問題になっていて、必ずしも現状では、適切な患者さんが適切なタイミングでということが、うまく実現できていなくて、流れがスムーズではない部分があります。

ですので、それを今後の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、きょういろいろお話がありましたが、そこをいかにスムーズにしていくかということが、回復期に位置付けられているような病院からすれば、課題だと思っています。

○藤田座長：ありがとうございます。

では、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）：当院は、回復期とか慢性期の病院ですので、下り

を受ける病院で、救急は皆さんのところをお願いするような形になっています。

回復期の先生方がおっしゃったようなことは、うちでも思っているところですが、最近気になるのは、認知症の患者さんが多いのは変わらずですが、さらに老老介護の方で、両方とも認知症があって、片方が片方を介護している方が多くなっています。

また、独居で身寄りがない人とか、窓口がない人たちが増えてきていて、後見人をつくらないといろいろなことが決まらないというケースが結構多く見られて、かなり対応に困っているところがあります。

そういうところが決まらないと、家に帰れないとか、施設に行けないケースも多くて、そのために長期の入院が必要になって、さらにベッドがなかなか空けられないというケースが、結構増えているのかなと思います。

ですので、こういうことは病院だけではなくて、地域のいろいろな機関や行政との連携の強化も必要なのかなと思っております。

あと、それとはまた別の話ですが、病院の経営や老朽化の問題は、さらに重くのしかかっているところがありまして、この高コストの都内で、どこまで民間の病院が耐えられるのか、頑張れるのかというところも、一方で思っているところ です。

○藤田座長：ありがとうございます。

では、台東区立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）：そもそも私どもの病院は、高齢者ケアのためのケアミックスということで作ったようなものですから、そういう意味では、高齢者の救急も含めて頑張らないといけないところです。

ただ、専門的な診療能力はかなりの限界があって、総合診療を中心に展開しているものですから、高齢者の救急は、日中はできるだけ、転送を前提にしてお引き受けするようにしています。

ただ、夜間はそういった機能がないんですが、そういった時間でも、登録した在宅の患者さんについては、ご家族が既に納得されて、「しっかりした専門検査ができない状態であっても構わない」というような人たちに限って、夜間はお受け

しているというようなところです。

在宅の患者さん、あるいは施設の患者さんも引き受けているんですが、ご家族によっては、高い介護度で、もう予後が知れているという状態であっても、「フルコードで対応をお願いしたい」という家族も、一方でいらっしゃるということで、そういう方々に対してリスクを背負っていくことが、私どものような小病院では難しいかと思っております。

ですから、先ほどから話題になっている介護ですとか、超高齢者ですとか、予後の見込み次第で、ある程度医療の受けられる制限というものがついて、当然じゃないかなと思っております。

ただ、これを一方的にやるわけにはいかなくて、ご家族のご理解が必要だと思うので、ここで重要になってくるのは、かかりつけの先生方じゃないかと思しますので、かかりつけ医については、特に「三次病院がかかりつけ」というのは、非常に奇異に感じるところです。

そもそも一次医療、プライマリケアを専門にして、幅広く受け持っておられる先生方がかかりつけ医であって、そこを経由して病院を受診するというのが前提であるべきじゃないかと思っております。

そのことでご家族の納得、安心も得られるんじゃないかと思しますので、基本的には、ますますこういう状況になってくると、かかりつけの先生方がぜひ中心になって、一般の住民の方々も、家族ごとにかかりつけ医を持って、その状況に応じて、適切な診療に努めるというようなことをお願いしたいと思っております。

○藤田座長：貴重なご意見をありがとうございました。

では、浅草寺病院の黒田先生、お願いいたします。

○黒田（浅草寺病院 院長）：当院は、現在の形ですと、在宅の急性期の病棟と地域包括ケア病床を、回復期と長期の療養病床という形で運用しております。

その中で、在宅も少しやっておりますが、地域の先生方が、在宅の訪問診療を数多くされていて、それで患者さんを診ていくという形は、非常にいい形かなと思っております。

ただ、高齢者が今後さらに増えていきますし、その中で、医療従事者も減少し、

また確保が難しくなってくるという現状の中で、独居の高齢者の数が多くなってきています。そういう中で、自宅に帰れない方も数多く診てきておりますので、そういった方を療養病棟で診ていくという意味では、非常にこの療養病棟の在り方も重要かと思っています。

先ほど、東京都から出していただいた資料の中では、右上の場所が療養病床、長期の慢性期というところに当たるかと思いますが、その必要性においても、区中央部というのは、非常に高度な医療機関が多い地域ではありますが、その中においても、慢性期を診ていく医療機関というのも必要かと思っています。

そのほかにも、先ほどの連携の仕方ということですが、現在は、在宅で診られている患者さんを、急性期という形で病院に受け入れています。

そして、場合によっては、包括ケアで受け入れて、治療をして、また在宅に帰していくということですが、なかなか帰せない人がいて、病院で看取るということが、多々発生しておりまして、独居とか認知症というような様々なケースがあるかと思われます。

そういうことも含めると、先ほどのようないろいろな形での連携はもちろん重要ですが、病院の機能を1つに絞ってというよりは、病院の中での患者さんの治療とともに、患者さんが移動するという形も必要であると思っています。

また、現在も台東区の各病院とは医療の連携をさせていただいておりますが、病院の中、そして台東区の中、そして、広い意味では、この区中央部の中、さらに東京都の中という形での連携が、今後非常に重要になってくると思っています。

先ほどの「機能に伴って」ということもそうですが、いろいろな形での連携を行っていったら、この区中央部にいらっしゃる多くの高度急性期の病院においては、東京都だけじゃなくて、逆に言えば、ほかの県からも患者さんを受け入れなければいけない、場合によっては、もっと幅広いところから受け入れなければいけないという、特殊な事情を持っている病院も数多くあると思います。

そういった中で、うちの病院としても、今の機能を拡張しながら、さらに頑張っていきたいと思っておりますし、その中で、周りの医療機関との連携を深めていければと思っています。

○藤田座長：ありがとうございます。

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）：うちは療養型病棟ですので、終末期の人が多いんですが、そういった方々を受け入れて、うちの病院で終末まで診るということを基本的にやっています。

高齢者の救急もそうですが、診療報酬の点数をある程度入れていただかないと、コーディネーターを使ってやるにしても、お金がいろいろかかると思います

また、我々のような小さな病院でも、慢性期の治療をしなければいけないので、大きな病院だけでなく小さな病院にも診療報酬をできるだけ多くいただけると、今後助かるかなと思っております。

○藤田座長：ありがとうございました。

先ほどから、かかりつけ機能や在宅のこの話が出ていますので、浅草医師会の堀先生、ご意見をお願いできますか。

○堀（浅草医師会 会長）：開業医は、外来をやっていると、かなり重症の方もウォークインでお見えになることがあるんです。

お聞きしたいのは、先ほど、東京都の方がおっしゃっていましたが、高度の救命医療をやっている病院にお入りになる患者さんの割合についてです。

例えば、救急車を利用して入る方と、開業医からの紹介で来る方が、どのぐらいの割合なのかということをお教えいただきたいと思います。

あと、我々は、患者さんがいらっしゃった場合、「この病院に送るべきだ」ということが頭に浮かぶわけですが、その病院をご紹介したときに、満床だったりして受けられない場合、外来機能がとまってしまって、8件ぐらい電話して、やっと受け入れていただいたという経験もあるわけです。

救急隊は、CCUネットワークとか脳卒中ネットワークの情報を知っているわけですが、我々はそういう空床情報などがなかなか分からないので、そういうものも分かると、一つの手段になるのかなと思っております。

それから、「トリアージ機能」という言葉が出ていましたが、トリアージをして

くださるような病院があつて、そこから、病状によっては次の病院に紹介していただけるようなトリアージをやってくださるようなセンターができれば、本当に嬉しいなと思っております。

実際にこの間経験したのは、患者さんが大学病院に行って、そのあと、翌日にはもう下り搬送で別の病院に入ることがありましたので、こういう流れがスムーズに行くと、高次救急センターの病床も確保できるのかなと思います。

それから、先ほど、台東区の病院の先生方からお話があったように、高齢化が多いエリアなわけですが、「高齢者の方のことは気にならないよ。何でも受けています」というありがたい言葉をいただきました。

また、在宅の患者さんで困ったときに受け入れてくださるような病院の全ての機能が揃っているという意味では、台東区は、高齢者の医療に非常に特化した部分を持っているのかなと感じました。

○藤田座長：ありがとうございます。

こういうネットワークに関して非常に貴重なご意見をありがとうございました。

救急搬送をクリニックからお願いしても、救急隊からはまず、「どこに行くのか決まっているんですか」ということを聞かれますから、堀先生も苦勞なさっているんだなあとあって、「自分だけが思っているんじゃない」ということが分かって、ちょっと安心しました。

では、土谷先生、いくつかの意見の中で、全国的なルールをこの東京都に落とし込むということにおいて、いくつか無理があるんじゃないかというところで、1つは、診療報酬とセットで、あるいは助成金とセットで議論していかないと、単純に、「あなたはここ」「あなたはここ」ということで、機能分化することは難しいんじゃないかということがあります。

あと、救急搬送と下りの転院のルール化についてです。誰が決めるのかといったところが問題点として出てきたのではないかと思います。

○土谷副会長：2つあると思っています。

国と言いますか、東京も一地方ではあるんですが、人口が減っている地方と、東京のような大都市部の違いを、改めて考えていただきたいなというところです。

国の新たな地域医療構想では、「人口が減っているところは、大きな病院が何でもやってくれ」ということで、「それをやらないと地域の医療が成り立たないから」というような向きで、検討会ではお話がなされています。

しかし、都市部の人たちは、「いや、何でもかんでもやってくれというわけにはいかなくて、そうじゃなくて、都市部においては機能分化を進めないで破綻してしまうんじゃないか」と言われています。

では、今はどうしているかという、「全体の破綻の話じゃなくて、病院そのものが破綻してしまうから、今は何でもかんでも受けないとやっていけないんじゃないか」というのが、きょうの意見だったかと思います。

もう1つ考えたいのは、「トリアージ」と言いましたが、「トリアージ」の反対語的な話をすれば、皆さんご存じのように、「フリーアクセス」なんですね。

きょうは言葉としては挙がりませんでした、「フリーアクセスを制限しなければいけないんじゃないか」という話です。

制度的には、今結構ぎりぎりで行っているわけですね。よく言われるように、「フリーアクセスでは、コストとクオリティを全部満たせるわけがないんじゃないか。満たせないで、どれか犠牲にしなければいけない」ということなんです。

そういう中で、きょうの議論では、「フリーアクセスを制限することはどこまで可能か」というような話だったかと思います。

さらに、コストの話もたくさん出ましたので、クオリティとコストとフリーアクセスのバランスの中で、私たちはどれを選択するのかということですが、その中では、フリーアクセスを制限しないと、この3つは維持できないんじゃないかというところが、議論になっていたのかなと思います。

もう1つ話させてもらおうと、きょうの議論は、医療を制限しようという話ではありません。「高齢者救急をあそこの病院は診てはだめです」というような話ではありません。

むしろ、それよりも、今まで二次救急をやっている病院は、今まで以上に頑張っていけないと、団塊の世代の人たちの医療を乗り越えられないので、「制限というよりは、今まで以上にみんなで協力してやっていけないんじゃないか」ということを、私たち全員で共有していけないといけないことだということを、お伝え申し上げて、終わりにしたいと思います。

○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：藤田先生が言われていた「診療報酬とセット」というのは、要するに、本当に国民が必要な医療のところにお金が投下できるという意味で、二次救急、三次救急の病院ももちろんそうです。

さらに、今回、かかりつけ医機能報告制度が始まりますが、日本医師会は、「かかりつけ医報告制度には診療報酬をからめない」ということを言っていますが、個人的には本当にそれでいいかなと疑問に思っているんです。

本来は、報告制度じゃなくて、きちんとかかりつけ医の仕事をして、地域医療に貢献している医師は、当然、診療報酬上の上乗せがあつていいと思っていて、それは救急の病院もそうだと思うんです。

そういうふうに、悪平等じゃないですが、「みんな平等に」と言っているんじゃないくて、本当にこれだけ財政が逼迫して、医療需要が爆発的に増大している中では、そういった考えも必要かと思います。

ですので、先生方も、これからそういう話がいろいろなところで出てくると思いますが、きょう参加されている先生方は、地域医療を支えるのに必死になっておられますので、恐らく賛同していただけるかと思っていますので、よろしくお願いします。

○藤田座長：ありがとうございます。

先ほどのお話に関して、メッセージが入っています。台東保健所さんから回答をいただいているんですが、「先ほどの株式会社の件については、調べてまた後日」ということですが、よろしいでしょうか。

○土谷副会長：はい。

○藤田座長：それでは、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

事項でぜひ情報提供を行い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。

今まで発言されていない方もよろしいでしょうか。今まで発言された方で追加のことでも結構ですが。

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す。ありがとうございました。

最後に事務連絡がございます。

本日の会議で扱いました議事の内容について、追加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、本日から1週間以内にご提出いただければと思います。

それでは、本日の会議は以上となります。時間を超過してしまいましたが、長時間にわたりましてありがとうございます。

(了)