

[令和7年度 第2回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区南部〕

令和8年3月3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』

〔区南部〕

令和8年3月3日 開催

1. 開 会

○本間課長：ただいまから、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、事前にお送りしておりますWeb会議参加にあたっての注意点をご一読いただき、ご参加ください。

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。

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。

本日は報告事項が4つ、議事が3つとなっておりますが、ポイントとなるのは最後のディスカッションのところですが、議事の3つ目の「新たな地域医療構想における医療機関機能について」で、「意見交換」と書いてあります。

主な論点は、急性期拠点病院と高齢者救急についてです。

三次救急のような大きな病院が、高齢者の救急をどこまで担うのかというような議論ですが、すっきり答えが出るようなテーマではないのは分かっているところですが、どういうふうに役割分担しているかといった議論になるかと思えます。

忌憚の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。

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願いいたします。

土谷先生からもございましたが、本日の議事のメインは、国から示されております医療機関機能の役割分担と連携ということでございます。

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。本日いただきますご意見を、東京の特性を踏まえた地域医療構想の策定につなげて、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ございます。

本日はどうぞよろしく願いいたします。

○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。

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。

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、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。よろしく願いいたします。

それでは、これ以降の進行を鈴木座長にお願いいたします。

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

○鈴木座長：座長の、大森医師会の鈴木でございます。

それでは、まず、報告事項につきまして、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、資料3を共有いたします。

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。

2ページの真ん中のところで、回答率が81%となっておりますが、最終的には100%に近い病院から、お忙しい中ご回答をいただきまして、まことにありがとうございました。

次ページをご覧ください。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ことが明らかとなっております。

これらの中間報告の内容により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おります。

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紹介をさせていただく予定でございます。

まず、資料3の説明は以上となります。

○鈴木座長：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：一つコメントしたいと思います。

この調査は非常に重要だったということです。なぜかと言いますと、今年度、東京都からの民間病院支援の事業が行われました。1人当たり1日580円の補助金がついたということです。

この事業は来年も続くのかどうかというのがポイントだったところですが、今ご案内のあった調査に基づいて、都内の病院の経営状況が非常に大変厳しいということが分かりましたので、この事業を、金額は少し減りましたが、補助金事業として、来年度も行われるということになります。

皆さんのこういった調査への協力が、次の事業につながっているということで、今後もこういった病院経営の実態調査とか各種団体とかからいろいろあって、煩わしいと思うところもあるかもしれませんが、実態を世の中に知ってもらって、補助金事業に必ずしもつながるわけではありませんが、そういった事業につながる可能性がありますので、しっかりお答えしていただけたらと思います。

○鈴木座長：ありがとうございました。

では、続けて、資料4の説明もお願いします。

○井床課長代理：それでは、報告事項の(4)「新たな地域医療構想について」も説明させていただきます。資料4を共有いたします。

こちらは、国が昨年度検討し、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おり、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つのワーキンググ

ループを立ち上げて、新構想のガイドラインの内容検討等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、医療法等の改正法案の成立が
昨年12月までずれ込んだこともありまして、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。

次のページ以降で、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して、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。

○鈴木座長：ありがとうございました。

土谷先生、コメントをお願いします。

○土谷副会長：これについても一つコメントしたいと思います。

新たな地域医療構想が2040年を目標にしてつくられます。さまざまな資料
がありますし、今回の資料もありましたし、ご覧になった先生もいらっしゃるか
と思うんですが、非常に分かりにくいなと感じた人が多いんじゃないかと思いま
す。

それはなぜかという、全国を見据えてのガイドラインとなっているからです。
全国の人口減少が急速に進んでいて、医療従事者の確保もままならない、患者も
減っているといったところを視野に入れてのガイドラインとなっています。

東京と医療事情が全く違うところですので、ガイドラインはガイドラインとし
て、それに基づいてある程度やっていかなければいけないと思うんですが、東
京は東京なりに、地域医療構想を皆さんで議論していただきたいと思いま
す。

それがひいては東京都の医療計画に結びついていくといった構造になっていま
すので、繰り返し言いますが、東京は東京で皆さんが意見を出して、独自とい
いますか、特有のものをやっていかなければいけないと思いま

あまり国に振り回されないように注意しましょうというのが私の意見です。

○鈴木座長：ありがとうございました。

おっしゃるとおりですね。東京都だけは、医者が過多で、人口もそんなに減らないということですが、そのかわり、85歳以上の人口が倍になるというところですかね。

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)

○鈴木座長：(1) 紹介受診重点医療機関について、(2) 2025年に向けた対応方針についてで、まとめてお伺いいたします。

本件について何かご意見のある方はいらっしゃいますか。

これは予め配布された資料の内容に沿ってということですが、今までどおりの方針でその医療機関を認めるということですが、よろしいでしょうか。

東京都のほうから何かご発言はありますか。

○本間課長：ご審議いただきましてありがとうございました。

特に紹介受診重点医療機関については、ほかの圏域も併せて、公開に向けて準備を進めてまいりたいと思っております。よろしくお願ひいたします。

○鈴木座長：ありがとうございました。

それでは、きょうのメイン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)

○鈴木座長：「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、資料から抜粋して説明させていただきます。資料6を共有いたします。

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。

今回の調整会議の意見交換では、新構想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。

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まいりたいと考えております。

次のページからは、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、それらのご意見を踏まえた、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を示した資料でございます。

それ以降の13ページまでは、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付けております。

それでは、14ページをご覧ください。

このページ以降のイメージ図については、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、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、病床機能ではその点が考慮されていないことから、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ている傾向にございます。

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、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は、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ございます。

次のページですが、こちらは、2040年に向けた国の医療機関機能に基づく連携のイメージ図としておりまして、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について、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いて、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。

前のページと見比べていただきますと、下の急性期から右斜め上の回復期に対して「転院」という流れがありまして、次のページの医療機関機能のところでは、その流れが消えているんですが、こちらはあくまでも主なフローということで載せておりますので、もちろん、そういった流れも想定され得るところでございます。

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が、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示しておりまして、また課題に応じて新たな構想に盛り込んで推進していくべき方向性の案として、右側の下のオレンジの部分で案を載せておりまして、16ページから18ページと続いております。

本日意見交換をいただきたいのは、19ページ以降になりますが、以上を踏まえまして、今回の意見交換のテーマとして、「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。

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、都全体で40か所程度とされ、都内の28か所の救命救急センターと一部の指定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、右下の在宅医療等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、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おります。

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・地域急性期機能のところ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、急性期拠点と高齢者救急・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・地域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、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ございます。

最後に、まとめでございますが、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、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、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。

こちらに挙げた論点に限らず、新たな論点や必要な視点など、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。

○鈴木座長：ありがとうございました。

ここの議論が非常に今後重要になってくると思いますので、ぜひ皆さんの忌憚のないご意見を聞かせていただければと思います。

では、順番にお聞きしていきたいと思えます。

高度急性期として、まず、NTT東日本関東病院の大江先生、お願いします。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：先ほどの東京都の図を見ると、「高齢者と高齢者以外」みたいに書いてあるじゃないですか。

一方、高齢者をどこまで年齢で区切るのか、機能で区切るのかという点がございまして、特に、高齢者になってくるほど非常に幅が出てくるわけです。

女性で言うと、だんだん衰えてくる感じの人が多いんですが、男性だと、90歳ぐらいまで元気な人と、生活習慣病などで機能が落ちてしまうとその後は低いままという人と、だんだん落ちていくという3つのパターンがあるということは、高齢者の機能として分かっています。

ですので、「高齢者とそれ以外」という括りにするよりも、それぞれの人の生活機能というところで考えないと、どれぐらいの数を想定して、どれぐらいのリソースにするかということが、うまく判断できないような気がしました。

○鈴木座長：ありがとうございます。

では、牧田総合病院の荒井先生、お願いします。

○荒井（牧田総合病院 病院長）：さっきおっしゃっていたように、非常に分かりにくくて、何を答えていいか分からないんですが、急性期拠点機能ということは、その機能を持っている病院ということで、例えば、急性期拠点を持っているが高齢者もやるとかというイメージなのかというのも、よく分かりません。

あと、東京都からの文書にもありましたが、東京都の場合は、昼の流入が非常に多いですね。昼と夜と全くこの人口動態が違ふし、そういうのも踏まえて、東京というのは全然違っているような気がするんです。

あと、先ほど、大江先生もおっしゃっていましたが、救急の現場に出ています、年齢だけで医療レベルを変えるということは、なかなか難しいことです。

もともとADLによっても多少は違いますが、高齢者だからといって、そこでトリアージをかけて拠点病院に行くのか高齢者救急でいいのかという棲分けは、絶対できないんじゃないかなという印象を持っています。

○鈴木座長：ありがとうございます。大変いい意見だと思います。

国がつくったものですので、「人口過疎地域のところはこういう形で集約していかないと無理だよ」というようなことを言っているんだろうとは思っています。

ただ、例えば、先ほどの基準みたいなものについては、要介護度は基準になるかなと思っています。認知症があつて、要介護3以上ということになると、高度急性期の医療というのはそんなに必要はないのではないかと思ったりしながら、今のご意見を聞いておりました。

それから、どれだけのニーズがあるかということですが、コロナのときに思ったのは、「もうこれは、全員参加じゃないと、とてもクリアできないな」ということでした。

ですので、こういう高度な機能だけを維持する病院だけを取っておくことが果たしてできるのかなということも、やってみないと分からないという気がしました。

だから、東京都の場合は、かなりアバウトに考えていただいたほうがいいのかなど、個人的には思ったりします。

では、続きまして、急性期の代表で、東京品川病院の蒲池先生、お願いします。

○蒲池（東京品川病院 院長）：私も、どのように答えればいいのかのが難しいところですが、年齢で区切るのは無理があるのかなと思いますし、東京は、まだ医療事情が違ふので、そこも考えないといけないと思っています。

あと、救急車で来るということは、治療をしてほしいという意思の一つだと思うんですが、例えば、骨折とかだったら、すぐ手術して、リハビリしたら結構よくなるんですが、疾患によっては、治りにくい疾患とか治りやすい疾患とかもあって、そういう分け方も一つの考え方なのかなと思っています。

疾患別のデータ、「コスパがいい」と言ったら言葉は悪いですが、短期間の治療で成績がいいものと、短期間でも成績が悪いものを、ある程度分けて考えたほうが、社会保障費の増大等も考えると、そういうところも加味しないといけないことも感じました。

○鈴木座長：ありがとうございます。

では、大田区の急性期の池上総合病院の繁田（ハダ）先生、お願いします。

○繁田（池上総合病院 院長）：私も、先ほどまで出ていた意見と近くて、非常に分かりづらい議論かなというのが正直なところです。

高度急性期の先生方の病院に高齢者救急医療が行ってしまうというのは、我々急性期の病院としては避けなければいけないので、積極的に受けなければいけないだろうと思うんですが、その線引きというのは非常に難しいかと思います。

先ほども出ていましたが、高齢者であっても、高度医療が必要になるという方もたくさんいらっしゃいますし、鈴木先生がおっしゃっていたように、介護度の高い方に関しても、ご本人というよりご家族のほうが、ACPがなかなか進んでなくて、対応が難しいという場合もあります。

ですので、そういった社会的な背景も加味しながら決めていかなければいけないとなると、非常に大変な問題なのかなというのが、正直な感想です。

○鈴木座長：ありがとうございました。

こうやってクリアカットに分けるとというのは、結構難しいかもしれないですね。

続きまして、回復期代表の、品川リハビリテーション病院の渡辺先生、お願いします。

○渡辺（品川リハビリテーション病院 院長）：国の考え方として、入り口をそのように分けるといふ考え方が、分からないわけではないんですが、私も、今この話を聞いていて、回復期というのは、15ページから19ページの質問を見ると、これから要らなくなっていくって、特殊なものになっていくのか、それとも、サブアキュートとして、今まで以上に忙しくなるのかというところが、読めないなというのが現状です。

○鈴木座長：ありがとうございました。

恐らくポストアキュートとしては非常に重要だろうと思いますが、実際そのところがどれだけのニーズが出てくるかが、また問題だろうと思うんですね。

続きまして、回復期の東京蒲田病院の小山先生、お願いします。

○小山（東京蒲田病院 院長）：鈴木先生が忌憚のないご意見をおっしゃったので、言いたいことがたくさんあるんですが、かいつまんで言いますと、高齢者を受けるといふことが結局問題になるわけですね。

今度の診療報酬改定でも、救急車を受ける台数によって、入院基本料を変えてきたじゃないですか。あれは、「もっと高齢者を受けてくれ」という、暗にそういうメッセージなのかなと思ったんです。

うちは出来高なので、不勉強ですが、高度急性期とか急性期の病院というのはDPCですよ。そうすると、結局DPCが邪魔しているんじゃないかなと思ってしまいます。

つまり、問題になる高齢者というのは、鈴木先生が今おっしゃったように、介護度が高い人とか、認知症の人であって、例えば、肺炎で入院したにしても、認知症がひどくなってしまうたら、そっちの治療もしなければいけないし、介護度が高いとまた別の病気を合併して、その治療もしなければいけないとなるのは、DPCの病院だと余りクリアカットに行かないので、大変なんじゃないかと思っています。

だから、そういう患者さんというのは、DPCの病院は受けづらいんじゃないかなという、仕組み的な問題があるのかなと思ったんですが、間違っていたらすみません。

ですので、荒井先生がおっしゃったような「棲み分け」という言葉は、とても大事かと、的を射ているなど思っていて、これを、病院の前で行おうとするから、どこも受けないとなると思うんです。

ですから、「トリアージはどここの病院でやってもいいけれども、ではどこに移しましょうか」というのも、一つの問題かもしれないですが、みんなの考えとして、救急の先生などは、病院に来る前に、その患者さんの情報で「どういうふうにしようか」となってしまう場合があるのかなと思いました。

うちは救急もやっているのですが、こういう話をさせていただいているんですが、もともとは回復期で、地ケアをやっているんですが、この東京都の図を見ると、うちは、高齢者救急・地域急性期機能とかに近いのかと思うんですが、「下りを受けろ」というのは無理です。

なぜかという、救急もやっていて、高齢者も取ります。地ケアというのは、鈴木先生もおっしゃったように、ポストアキュートの意味が強くなってしまって、それもよくないのかもしれないですが、「サブアキュートもなるべく取ります」となると、高度急性期からの下りというのは、なかなか受けづらいです。

救急をやっている病院で下りを受けるのは、みんなどこも救急を受けたくるので、難しくなると思っていますので、乱暴な意見で大変申し訳ないですが、救急車の台数がそんなに多くないところの患者さんを増やすために、「そういうところが下りをいっぱい受けてください」みたいな感じがしています。

厚労省が、今度の診療報酬改定で、救急車の台数を協調してきたので、救急車の台数が少なめのところは、下りも受ければ、患者さんもいっぱいくるんじゃないかなとも思っています。

○鈴木座長：ありがとうございました。

国の大雑把な切り方を、東京都の中で細やかに補填をしていくという作業が、僕らにとっては求められていることだと思いますので、非常にいい意見だと思いました。

それでは、慢性期の立場で、阿部病院の磯谷（いしがひ）先生、お願いします。

○磯谷（阿部病院）：慢性期の立場としては、この新構造に関してはそんなに変更点はないのかなと思うんですが、「高齢者」をどういうふうに分けるかという話に関しては、これまでの先生方がおっしゃっているとおりだと思っています。

あくまで慢性期の立場から、最近感じたことをお話しすると、比較的高齢者の方が、お看取りというような形で、療養の病院に転院されてくるのが結構あります。

例えば、末梢静脈の点滴が入って、もう3か月目のまさにそのタイミングで、僕らの病院に送られてくるということが、結構最近多くて、いらっしゃってからも、1週間とかぐらいで、もう亡くなっていくという、来た時点でもう結構調子が悪くてという方が多いです。

「いつまでに急性期病院を出なければいけない」という括りがある中での話だと思うので、どうしても線引きをして、転院させなければいけない実情があるのはよく分かるんですが、例えば、療養病院のほうから急性期の病院とかに働きかけていってはどうかと思っています。

「療養病院だったら、こういうことはできるよ」とか、「教育」というと、すごく変な目線ですが、例えば、現場で働いているような主治医たちに、療養につないでいく方法とか、「患者さんとか家族への説明がスムーズに早いうちから進んでいけば、もっと早いタイミングで、1か月ぐらい早く転院ができたんじゃないか」みたいな方が結構いらっしゃいます。

ですので、積極的に療養のほうからアプローチしていくというのは、本当は必要のかなと、最近感じています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

すごく重要な意見で、特に、ご家族にそこのところをご理解いただくというのも非常に重要ですね。「急性期の病院にいつまでも居たい」と強く希望されるご家族もいらっしゃいますが、そういう時代ではないんだということを、ご理解いただくことも非常に重要だと思います。

また、若い先生たちは、こういう構造になっていることをほとんど理解してなくて、教科書の中で、「治療のガイドラインを守ってやるのが全て」という感

じになってしまうので、そのところがなかなかご理解いただけないんじゃないかなと、個人的には思ったりします。

では、続きまして、大田区の慢性期の京浜病院の熊谷先生、お願いします。

○熊谷（京浜病院 院長）：今の議論の中で、高度急性期の病院というのは、在宅などで起こっている急性期の患者の中に高齢者が混じったときを「高齢者救急」と勘違いしていらっしゃると思うんです。

しかし、そもそもこれは、慢性期で起こった“慢性期救急”、いわゆる在宅や介護施設や在宅療養をしている患者さんで、必ずしも手術や高度医療を必要としないけれども、在宅での療養または治療が続行困難で、入院して点滴や一部の治療をすることによって、また療養生活や介護生活に戻れる患者さんを「高齢者救急」、「慢性期救急」ということで、それをいちいち救急車を要請して、高度急性期病院の手間をかけないようにするというので、この議論が出てきたものと理解しています。

したがって、この患者さんの対象者は、もっぱら要介護度や認知症や、自分の自律では外来を訪れることができない患者さんたちなので、「高度急性期で手術や高度治療をしますか」というときには、「いや、延命は望みません」または、「痛みだけ取ってください」「苦しみだけ取ってください」というようなことになるわけです。

そうすると、対象の病院が何も高度急性期ではなくて、慢性期の高齢者の救急を診てくれる病院のジャンルがあれば、そこで事が足りるのではないかというのが、今回の話のテーマだと思います。

急性期の病院に診てもらおうということですが、回復期や慢性期は診ないというのではなくて、回復期や慢性期も、高齢者救急や慢性期救急をやっていかなければいけないものだと理解しています。

ただし、療養型や、私どもは障害者一般病棟ですが、病院の規模が小さかったり、常勤医の数が少ないので、できる診療分野が限られています。例えば、外科系は、大腿骨頸部の骨折などが発生しても、それは急性期病院に送らないとできませんが、誤嚥性肺炎とか尿路感染とか意識障害、または褥瘡の悪化、敗血症その他で、もっぱら点滴や治療だけで済むような患者さんであれば、何も延命を望

まず、その状況の改善だけを目的とする治療は、慢性期の病院で十分対処が可能です。

または、介護施設や在宅のところに外向いて、なるべく早いうちに“火を消す”ということをするれば、重症化も防げて、急性期や高度急性期の病院にかからないで済むようになると思っています。

ですから、そういう考え方で、この高齢者救急というものを、別分野ではなくて、より重点を置いて、スポットライトを浴びているというのが、今回の考え方だと理解しています。

私どもの病院も、この“慢性期救急”、高齢者救急に関して参加したいし、できる範囲において、そんな一翼を担いたいと考えています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

先生のおっしゃるとおりですね。総力戦ということになると思います。

あと、先生が絶対言うだろうと思うんですが、この図に「介護保険」のことが全然書かれてないんです。

「介護申請のことをどこでやるか」とか、老健とか特養だったり、有料老人ホームだったりという介護施設とのつながりとかいったところが、この図にはないんです。

入院した直後に、介護のほうに話をつないでいただくと、すごくいいのにと思ったりするんですが、そういったところも今後議論として必要になってくるんじゃないかなと思います。

その点について、熊谷先生、いかがでしょうか。

○熊谷（京浜病院 院長）：そのとおりだと思います。

高齢者救急とか“慢性期救急”というのは、ほとんど要介護状態か、その日を境に介護保険も一緒にみないといけないケースがほとんどですよ。

ですので、要介護認定をしている人であっても、区分変更が必要ですし、していない人であれば、退院をするときに、介護保険やケアマネジャーの在宅などでのサービスを入れることを考えて、介護施設や在宅に戻さないといけないわけです。

ですから、入院のときに、介護系の人情報共有するか、その場に来られるようなシステムを、今はそういうことがないんですが、そういう形ができればいいと思っています。特に、訪問看護師さんなどは、情報共有したいですね。

○鈴木座長：そういうことが早くできるといいですね。

病室に来ていただいて、食事の風景を見ていただくだけでも、大体状況は分かるんですがね。

個人的な話をして大変恐縮ですが、私の母は97歳で、ショートステイ先で、夜間に誤嚥性肺炎を起こして、ある急性期病院に入院しているんですが、僕が見ると、サチュレーションも回復して、申し訳ないんですが、病室に聴診器を持って行って、胸の音を聞くとよくなっているんで、もう退院できるかなと思うんですが、なかなか退院させてくれないんです。

向こうは、「また嚥下できるかどうか」とか、「リハビリをやってから」ということですが、「あとは在宅でできるじゃないか」と思うようなことも、結構やっているというところもあるかなと、個人的には思ったりしました。

続きまして、東京都病院協会の高野先生、お願いします。

○高野（東京都病院協会、高野病院、理事長・院長）：皆さんのご意見、ご発言を聞いていると、本当にこの地域でそれぞれの医療機能で頑張っておられる様子が伝わってきて、感銘を受けています。

病院協会としましては、新しい地域医療構想をつくっているところに向けて、「国はあくまで全国一律で考えているけれども、東京は独自の地域医療構想が必要なんだ」ということを、声を大にして発信して、東京にそぐわしいものをつくらうと活動しているところですので、まずはそれを皆さんにお伝えします。

そして、それに関わる私たちも、それを忘れずに、冒頭に土谷副会長もおっしゃっていましたが、東京なりのものをつくっていくという方向を忘れないで、活動していきたいと思えます。

あと、病院協会としては、簡単にまとめますと、急性期拠点病院に高齢者が殺到して、本当に必要な医療が受けられないという人が出てこないように、それも忘れずにやっていかないといけないと思っています。

以上が協会として念頭に置いていることですが、せつかくの機会ですので、個人の意見を少し述べさせていただきます。

ここに参加しているような皆さん、つまり、私たち医療人は、高齢者医療には限界がある、要介護度が高い人に濃厚な医療を注ぎ込んでも、必ずしも結果が伴わないということが分かっているわけですが、患者さん側はそうとは限らないので、教育、啓発、啓蒙していくことは、まだまだ大事だと思います。

あとは、超高齢者で、とても予後が期待できないような人を、例えば、救急隊が見たときに、それを高度病院に搬送しないようにできるような社会のシステムとかも必要なんだと思います、これは、病院協会の意見というよりも、私を感じたことです。

高齢者が増える社会に応じた医療を、都民が理解していくことを醸成していくことが必要だなと感じて、皆さんの議論を聞いていました。

○鈴木座長：ありがとうございます。

先生の意見で初めて、ACPの話が少し出てまいりましたが、これもできればもう少し議論できればと思っています。

それでは、医師会の先生方から聞いていきたいと思います。

医師会の役割がこれからすごく重要になってくるんじゃないかなと思っているんですが、品川区医師会の星野先生、お願いします。

○星野（品川区医師会 理事）：2回目の参加で、非常に難しい問題を勉強させていただいています。

高度の病院から種々の機能の病院の役割をお話しされているんだと思うんですが、鈴木先生がおっしゃったように、いわゆるかかりつけ医というか、患者さんに一番近くに居る医者が、この中ではどういった立場でいればいいのかというのは、なかなかそこまで議論がいかないのかなと思います。

現状、スライドを見てみると、患者さん側に我々が居て、そこから患者さんを送り出して、救急対応をお願いして、そこに戻ってくるということだと思うんですが、我々自身が勉強して、教育を受けることで、どこに送るべきかというのが、

日頃付き合っている患者さんとよくお話をしていくという時間が必要かと思っています。

さらに、それを受け入れてくれる連携を、常に具体的につくっていくということも必要だと思っています。

地域、地域でもいろいろあると思うんですが、せっかくこうやって集まっている会議体の中で、品川区のみならず、いろいろな地域の病院の種々の機能の連携というのを、もっと具体的に示していただけると、我々も送りやすいという気がいたします。

もう一つは、今度戻ってくるのですが、これが慢性期病院からそのまま在宅になる場合に、前回も申し上げたんですが、在宅医療の専門のドクターのほうに患者さんがほとんど行ってしまって、「自分がかかりつけ医だったのに、いつの間にかどこに行ったのか分からない」という状況になってしまっています。

送ったところに戻ってくるんじゃなくて、病院をいくつか経てからだと思うんですが、そういった連携が広い場でできていないと、患者さんの家族が「家に戻したい」と言われた場合でも、なかなかこれがうまくいかないのかなという気がいたします。

その辺は、僕は勉強不足なのかもしれないんですが、もし「大体こういう形で」というのがあれば、示していただければ大変ありがたいです。

○鈴木座長：ありがとうございます。

先ほどのかかりつけの患者が自分のところに戻ってこないということは、確かにあるんです。

大森医師会の中では、地域の病院と退院支援の部門との話し合いを始めて、なるべくかかりつけ医の患者と医師のところに戻ってくるように、あるいはかかりつけの医師が在宅医療の医者とかを紹介して、ちゃんとかかりつけ医が中心に残るようなシステムを、何とかつくれなかなと検討しているところです。

続きまして、荏原医師会の西川先生、お願いします。

○西川（荏原医師会 副会長）：医師会の立場から意見を述べさせていただくとすると、在宅医療の課題になると思うんですが、品川区の在宅の取組みの宣伝ではありませんが、お話しさせていただきます。

当荏原医師会では、品川区医師会と協力して、都からの補助金を利用して、在宅医療推進強化事業を進めています。

この事業においては、在宅医療相談窓口が主となって、1番、在宅療養患者の退院調整、2番、外来患者の訪問診療への移行調整、そして、3番は、緊急入院調整で、これは、「品川空床ビュー」というので、各病院の空床状況を見ることが可能になっていて、こんなことを今やっております。

これは、今後2040年に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の人口が増加することが想定され、増加する高齢者救急と在宅医療の需要への対応が求められることへの対策として、有効と考えています。

もう一つ、さらに2040年には、マンパワー不足で医療従事者数が大きく減少する中で、医療福祉職種の人材を現在より多く必要になると試算されています。

この問題に対しても、在宅医療推進強化事業におけるDX、情報共有システムを駆使して、医療業務の効率化を図ったり、当事業の24時間体制確保におけるオンコール支援事業者との連携や、在宅医療を行っているクリニックと、連携を図ることによって、医療従事者の負担軽減を目指していくことを考えています。

それから、課題の話ですが、この図で言うところの高齢者救急・地域急性期機能を活用することはすごく大事だと思うんですが、この医師会の在宅医療相談室の窓口による緊急入院調整も、これに貢献できるんじゃないかと思っています。

それから、意見交換にあたっての主な論点が3つ書いてありますが、先ほど鈴木先生がおっしゃっていましたが、介護度の話もされていました。ACPの話も出ていましたが、この基礎疾患とか介護度とかに応じて、高齢者救急・地域急性期機能、あるいは在宅医療と連携病院を活用すべきだと思います。

もう一つ、在宅医療連携機能を充実させるためには、病病連携、病診連携の強化が大事じゃないかと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございます。

そういった意味で、品川区はシステムティックな在宅医療の推進を始めておられると思います。

一つお聞きしたいんですが、例えば、ACPをちゃんと事前にやっていて、よく地方では、冷蔵庫のところに、「私は救急を望みません」と紙を書いてあって、その人たちが急に状態が悪くなったときに、救急隊が来ても、「この紙があるので、私たちは搬送しません」というシステムをつくって、胸を張っている地域があります。

ただ、では、その人たちに、夜中すぐに往診に行けるシステムが果たしてつくられるか。そして、往診に行った医者たちが、またその次の、主治医と呼ばれる医者たちに引き継げるのか。

ぜひ、オンコールさんとも提携しているということなので、そういうシステムを品川区でつくっていただければなど、個人的には思ったりしております。

○西川（荏原医師会 副会長）：分かりました。頑張ります。

○鈴木座長：続きまして、田園調布医師会の石田先生、お願いします。

○石田（田園調布医師会 会員）：私は、病院の立場でもあり、医師会の代表という形もありますので、両方の立場から、患者さんを受ける側でもあり、またお返しする側でもあるという形で、お話をさせていただければと思います。

今回の高齢者、特に要介護度の高い患者さんを、できるだけ急性期の拠点病院ではないところで、うまく「高齢者救急」として回していくかということに関しての議論というのは、確かに、年齢だけの区切りは難しいと思います。

その中で、先ほどお話のあった要介護認定や、実際にそういった中でも特に認知機能の落ちている方々を中心としたというところで見ると、確かに急性期拠点病院ではなく、高齢者救急を診る病院で見ていくということが、流れとしては一番自然な形がいたします。

実際になかなかそこだけで切り分けられないものがあるということは、ご指摘のとおりだと思うんですが、概ねそういった形でふさわしい医療ということが分

かるところに関しては、できるだけそういう高齢者救急を利用していくということが必要だと思います。

先ほどの図の中にも、基本A及びB1で行って、例外がB2、要は急性期拠点機能に行くという流れになっておりますので、この辺りはこの「例外」というところに、その患者さんの個人的な背景によって、高度な医療をご家族が非常に希望されるとかいったところが、この薄い字で入っているB2というところに入っているのかなと感じます。

そういった形で、全体としてはそういう流れを徐々に、総論的にはつくっていくということを、こういった会議で醸成していくとか、あるいは、それ以外のところでも、実践をしていくということによって、徐々にこういう形が整っていくということが必要なのかと思いました。

私どもの病院は、高齢者救急を受ける側の病院でもあるんですが、それでも、DPCをやっておりますと、実際に非常に高回転にしないといけないですし、なおかつ救急車もいっぱい取らないと確かに運営上の問題もあります。

ですので、そこから今度は、受けた患者さんをいかにして回転させていくか、在院日数をいかに短くしていくというところが、非常に大事な取組みになっていきます。

ケアミックスで私どもは回りハも持っておりますが、回りハ適用が院内でできるという形に関しても、そうじゃない患者様がかなりいらっしゃいますので、地域のほかの病院との協働、それからあとは回復期、慢性期や在宅にお返ししたいと思っても、なかなか医療状況によっては帰せないということもあります。

ですので、そういった中で、先ほどの介護も含めた話もできるように、なるべく意見交換ができる場をしっかりと作り、なおかつ地域の病院との間でできるだけ患者さんをやり取りするパイプを、事前にこしらえておくというところが、非常に肝心かと思っております。

私は、今の病院に行きましてから、ほぼ18年経つんですが、実際に患者さんをお受けして、また地域の先生にお返しするという中において、この18年間で非常に感じるのは、患者さんが在宅で具合が悪くなったときに、患者さんのおうちまで行って診てくださって、在宅専門という形ではなくても、在宅医療に非常に熱心に取り組まれている先生が、本当に増えたなと思っております。

そのことによって、患者さんにお話をしつつ、ご家族も安心して地域に帰って行くことができるというような体制というのが、以前に比べてどんどん整ってきているなと感じております。

もちろん、いろいろな課題というのがありますが、その中でも、そういった取組みをされる先生方、あるいは関わりを持つ訪問看護ステーションや、介護の専門の地域の方々が、非常に増えてきていると思いますので、今後そういった形の方々が、中央集権的な形ではなくて、マルチセンターの格好で、それぞれが緩く連携して、それぞれの場所で、地域全体にふわっと全体がまとまっていくような流れというのができるといいと思っております。

それとともに、そういった流れの中で、患者さんへのACPを含めた教育活動といえますか、そういったところを、例えば、「地域医療講座」とかいったことを含めて、取組みとしてやっていくということが、全体として、このシステムを少しずつうまく回していくために必要な取組みなのではないかなと感じております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

確かに、我々が意見交換を密にすることが非常に重要で、顔を知っている、腹が見えているというような状態で連携ができると、その連携も実のあるものになっていくんじゃないかと思えます。

では、蒲田医師会の松原先生は、まだお入りになっていないということですので、今度は、蒲田歯科医師会の高道先生、前からも言っているんですが、高齢者の歯科の問題で、摂食嚥下や咀嚼の問題は非常に重要なので、その辺のことからご意見をいただければと思います。

○高道（蒲田歯科医師会 会長）：きょうは大変勉強になりました。ありがとうございます。

私たちも、摂食嚥下という観点で、医師会さんと関わっている部分があるんですが、我々は基本的には施設とか在宅のほうで、その摂食嚥下を診るということに、特化しているわけではないんですね。

ただ、個人的に摂食嚥下をやっておりますが、この摂食嚥下というのは正解がないような部分がありまして、私自身、非常に苦悩しております。

ですので、周りの医師会の先生方としっかり連携を深めないと、立ち行かない部分もあるのも事実ですので、その辺はしっかり情報を共有しながらやっていくべきかと考えております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

では、薬剤師代表の藤尾先生、お願いします。

○藤尾（東京都薬剤師会 常務理事）：本日は本当に勉強になりました。ありがとうございます。

とても複雑な制度であって、なかなか理解が難しいなというところが直感でございまして、この制度のやり方などが、患者様本人とかご家族がどこまで理解できるのかなというところがございます。

私などは、在宅で患者様に直接触れることが多いかと思うので、そういったとき、何か聞かれたときに答えられるように、勉強しておかないといけないと思っております。

ACPというお話もありましたが、患者様からのご意向などを伺う中で、それぞれの職種、訪看さんとかケアマネさんなども囲みながら、こういう制度になっているんだよというところも、共有していけたらいいなと考えております。

○鈴木座長：ありがとうございます。

特に、ACPのことについては、看護師さん、ドクター、薬剤師さんが言っていることが結構違ったりすることがありますので、そういう情報を統合するのも結構大事なことだと思いますので、そのところを統合できるシステムがあると、よりいいのかなと思ったりいたします。

それでは、看護協会代表の塘地（トウチ）様、お願いします。

○塘地（東京都看護協会 会員代表）：先生方のお話の中にもありましたように、急性期の病院と回復期の病院と在宅という三者が、先取りの連携を取っていくことが、いい連携をすることの秘訣かなと思っております。

先ほど、訪問看護ステーションやケアマネのほうで、なるべく早めにその病院に介入していくと、いい結果になるというお話もありましたが、看護協会としては、訪問看護ステーションなどもございますので、看護師の特性を活かしながら、先取りの看護といったところで連携を今後とも取らせていただきたいと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

看護師はどの現場にもいらっしゃいますので、非常に重要な職種だと思います。

川の上流から下流、下流が在宅と見られていましたが、今は完全にそういう区別はなく、水平な状態になっています。

ですので、例えば、在宅の訪問看護師が病院の中ともっと交流を持って、「この患者さんはもうちょっと在宅で診られるんじゃないか」と言うだけでも、退院の基準がだいぶ違ってくると思います。

だから、そういったところも地域の中でより連携で進むといいんじゃないかなと思います。

では、保険者代表として、まず、全国健康保険協会東京支部の堺様、お願いします。

○堺（全国健康保険協会東京支部 給付第四分グループ長）：地域医療のあり方ということで、大変勉強になりました。

保険者としては、地域の皆さんが必要な医療を取っていただけるような体制づくりというものを望まれると思いますので、保険者という立場でございますが、何か協力できることでございましたら、引き続きしたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○鈴木座長：ありがとうございます。

今後は保険者のほうも、財源的なところでかなり厳しくなってくると思います。国の診療報酬という制度の中で、東京都の全ての医療機関がやっていけるかというと、なかなか厳しい部分も今後出てくるんじゃないかなと、個人的には思っています。

続きまして、日本航空健康保険組合の岡様、お願いします。

○岡（日本航空健康保険組合 理事長）：本日はありがとうございます。

本日お話を聞かせていただきまして、限りある医療資源の再配置、集約に関しまして、皆様が精力的に議論していただいているお姿を見まして、大変心強く思いました。

まさに、取り組んでいただいている医療機関、行政の皆様に感謝申し上げると同時に、ぜひ今後ともこちらを推進していただきたいと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

続きまして、品川区の阿部様、お願いします。

○阿部（品川区 健康推進部長兼品川保健所長）：いろいろなお立場の先生方のお話を聞いていて、私が思いましたのは、実際に治療を受ける患者さんとか家族の方々が、医療の内容に対するイメージというんでしょうか、どうしても、急性期病院から移動することに、なかなか家族のご理解が得られないというところがあると思っています。

医療者から見ると、「治療は、手術よりは保存的にしたほうがいい」とか、「穏やかな治療のほうが、その方にとっていい治療などじゃないか」と思われるようなことが、なかなかずっと入っていかれないような部分があって、そういったご理解が、通常時から区民の方に理解していただけるような取組みを、行政のほうでも何か工夫できると、より円滑に行くのではないかと思います。

○鈴木座長：ありがとうございます。

これから、行政として区の役割というのが、地域包括ケアという視点で見ると、非常に重要ですので、ぜひその辺のところ一緒に、医師会や東京都ともやっていけるといいんじゃないかと思っています。

同じような意味で、大田区の今岡様、お願いします。

○今岡（大田区健康政策部長）：日頃よりご協力いただきまして、大変ありがとうございます。きょうは大変勉強になりました。

東京都や二次医療圏と一緒に品川区さんとも、連携して進めていきたいと思えますし、医師会の先生方にはいつもご指導いただいておりますが、今後ともよろしく申し上げます。

大田区では、地域医療に関する検討会という形で、福祉分野、介護分野との話し合いを、今年度から、「キックオフ」という言い方をしているんですが、始めているところです。

またご報告する機会があると思いますので、よろしく願いいたします。

○鈴木座長：ありがとうございました。

以上で、皆様のご意見をひとつお伺いしましたが、非常にいい意見がたくさん出たのではないかなと思います。

最後に、この調整会議の場で、地域での情報を共有したいということで、何か情報共有を行いたいという方がいらっしゃいましたら、ご発言をお願いします。

NTT東日本関東病院の大江先生、お願いします。

○大江（NTT東日本関東病院 院長）：東京都のさっきの図の、真ん中に「高齢者」と書いてあるのがありますが、例えば、B2に行く人が全体の何パーセントとかいう、量的な問題をもっと明らかにしてほしいと思います。

私も今年から「高齢者」になったんですが、きょう出ておられる高齢者の先生方は、皆さん、要介護じゃないじゃないですか。

高齢者に至っても、介護の人というのは4分の1もないから、それ以外の人の方が多いわけですよね。

だから、高齢者の要介護の人の医療だけを考えても、それ以外の4分の3以上の、介護を受けていない高齢者の人がいるわけだから、量的なものを明らかにしないと、どれぐらい力を割いていいか分からないので、せつかく東京都も国もビッグデータを持っているから、そこは明らかにしていただくと、もう少し具体的な議論ができるんじゃないかと、ずっと聞いていて思いました。

○鈴木座長：ありがとうございます。

恐らく一番問題になるのは85歳以上になると思います。あそこのところが、人口的にも増えていきますし、入院させると認知症じゃない方でもせん妄になったりしますので、そういったところが一番難しい年代になってくるんじゃないかと思います。

ほかに何かご意見がある方はいらっしゃいますか。非常にいい議論が出ているので、今のようなご意見でも構わないと思います。

よろしいでしょうか。

では、土谷先生、最後にコメントをお願いします。

○土谷副会長：皆さん、ご議論ありがとうございました。

基本的には、今の延長になってしまうのかもしれないとは思っているところですが、上り搬送と下り搬送についてだけ触れたいと思います。

国の検討会では、「下り搬送」「下り搬送」とずっと言っているんですが、それが東京で合うかという、私は合わないと思っていて、下り搬送じゃなくて上り搬送でやっていくべきではないかと思っています。

つまり、きょうここに集まっている皆さんは、高齢者救急も含めて、普通の救急を次々に受けていかないと、今後の高齢者の、団塊の世代の人たちの需要を乗り越えることができないんじゃないかと思っています。

ですので、皆さんで救急車をまずは受けないといけない事態になっていくので、みんなで受けて、一部の人たちを上りでやっていくというような、国の言うとおりにじゃないほうがいいんじゃないかということで、国の計画にあまり踊らされないようにということを、冒頭に言っていたわけです。

ただ、東京の中でも、例えば、西多摩においては、個別の話になりますが、青梅総合医療センターが全部受けないとやっていけないというような事態も聞いています。

ですので、地域ごとにももちろん違いますが、区南部は連携が比較的うまくいっているようですので、そういった考えでやっていただきたいと考えています。

○鈴木座長：ありがとうございました。

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。

私は広報も担当しているんですが、いつも思い悩んでいるのは、先ほど鈴木先生が、97歳のお母様を介護されているとおっしゃっていましたが、僕も97歳の母親と、あと、おじいさん、おばあさんもみんな90で看取っています。

我々医療者の家庭というのは、人手もあるし、ある程度経済的なゆとりもあると思いますが、自分が介護していて、これを普通の家庭で同じようなことをやるのは、マンパワー的にも今少子化が進んでいますから、きょうだいも少ないですし、非常に難しいと思います。

ですので、高齢者医療に関してもそうですし、特に医療体制とか、24時間の在宅医療というあたりを、理解していただくというのが非常に難しいと思っています。

広報に力を入れているんですが、皆さんは、困るまでは他人事で、興味を持ってくれないんですね。コロナのときもそうですが、自分が熱が出るまでは発熱外来のかかり方も知らない人がいっぱいいました。

そういったことで、どうやって広報していけばいいのかなというのと、かかりつけ医の先生とか在宅の先生が、“草の根”で、もう根気強くやっていくしかないのかなと思っていますが、東京都医師会としても、いろいろな広報のやり方を考えていますので、いいアイデアがあったら、ぜひアドバイスいただければと思います。

きょうはありがとうございました。

○鈴木座長：ありがとうございます。

それでは、本日予定され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：最後に、事務連絡だけさせていただきます。

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などがありましたら、東京都地域医療構想調整会議ご意見と書かれた様式を使っていただいて、東京都医師会宛てに1週間以内にご提出をお願いしたいと思います。

それでは、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。

これで会議が終了となります。長時間にわたりありがとうございました。

(了)