

[令和7年度 第2回]

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

**〔区西北部〕**

令和8年1月27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』

### 〔区西北部〕

令和8年1月27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〔区西北部〕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ご一読いただき、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、事前にメールで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。お寒い中ご参集いただきありがとうございます。

本日はご案内のとおり、衆議院議員選挙の公示日となりました。皆さん、浮足立つことはないと思うんですが、しっかり議論していただければと思います。

きょうは、報告事項が4つ、議事が4つあります。特に皆さんに注目していただきたいのは、報告事項の3と4で、今後もこの議論が中心になるかと思っています。

議事については、いつも意見交換をやっていますが、最後のところ、「新たな地域医療構想における医療機関機能について」というのが、意見交換になっています。

この中で、特に急性期拠点病院、三次救急の医療を担う病院のあり方や役割分担のあたりを中心に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いたします。

○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。

土谷先生からも今お話がありましたが、本日は、国からの示されております医療機関機能の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。

東京の特性を踏まえました地域医療構想の策定につなげ、またそれを踏まえた医療提供体制の確保につなげ、また実現に向けた施策といったものにつなげていきたいと考えておりまして、その機会とさせていただければと思っております。

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。

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、これ以降の進行を齋藤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

○齋藤座長：皆さん、こんばんは。座長の、板橋区医師会の齋藤でございます。

それでは、限られた時間ですので、早速報告事項に入りたいと思います。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、ご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。

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。

○齋藤座長：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：少しコメントしたいと思います。

皆さん、この地域医療に関する調査にご協力いただきありがとうございました。

このデータは、今ご案内がありました、都内の7割の病院が赤字と、本当に驚くような、もうみんな驚かなくなっていますかね、ほかの業界からは驚くような数値となっています。

その中で、81%という非常に多くの医療機関からの回答があったということですが、ほぼ全ての病院が最終的には調査に答えてもらっているというところで。

ここで強調したいのは、皆さんのこのデータがちゃんと施策に結びついているということです。つまり、今年度、民間病院支援が都道府県単位で初めて、東京都が実施しました。もうこれは画期的なことです。

来年度以降もこれが引き継がれるかというのは、大きなポイントだったところですが、東京都はこの結果を見て、「都内の7割の病院が赤字だ」ということが分かりましたので、来年も続けなければいけないということで、今議論されている

ところですが、議会を通れば、また私たちのところに支援が届くことになりそうです。

ですので、今後もいろいろな調査、アンケートがあると思いますが、皆さんがこういうことに答えることによって、私たちに、いつも返ってくるわけじゃないですが、ちゃんと返ってくることもあるということで、東京都のこういった調査には引き続きご協力をお願いします。

○齋藤座長：ありがとうございます。

○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。

○齋藤座長：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：ここで強調したいことを一つお話ししたいと思います。

こちらは何かというと、「国の言うとおりにやると東京都がおかしくなってしまうよ」ということです。

国は何をにらんでやっているかといいますと、人口減少の社会の中で医療機関が余っていくわけですが、それをどうしたらいいかというので、地域医療構想をやってきたわけで、これからもやるということです。

ところが、東京は、皆さんも感じておられると思うんですが、既存の医療機関でこれから増える高齢者に対する医療をやっていかなければいけませんので、国が考えていることと、私たちが置かれている立場は全然違って、むしろ逆です。

ですので、国の言うとおりにやっているとおかしいことになるというのはそういうことで、東京は東京の特性を活かして、東京の独自性というものを考えてやっていかなければいけないということです。

国と東京都は全然違うということをご理解の上、議論していただければと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

今説明が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。何かありましたら、挙手ボタンをお願いしたいと思います。

よろしいでしょうか。特にないようでしたら、それでは、議事のほう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)

○齋藤座長：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。

これまで、こちらについても何回か議事を進めましたが、基本的にはそれぞれの医療機関が求める対応方針については、そのままお認めをいただいていたかと思ひますし、また、紹介受診重点医療機関についても、基準を満たさない場合でも、そのまま認めていただくというような形で、これまでは議論が進められていたかと思ひます。

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。ありがとうございました。

東京都から何かご発言はございますでしょうか。

○本間課長：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いて、今回、この圏域では該当する医療機関はございませんが、ほかの区域の調整会議のご意見も踏まえて、都全体としての公表に向けて準備を進めてまいりたいと思ひます。

引き続きよろしくお願ひいたします。

○本間課長：ありがとうございました。

それでは、次の議事に進みたいと思ひます。

### **(3) 地域医療支援病院の承認申請について (協議)**

○齋藤座長：議事の3つ目は、「地域医療支援病院の承認申請について」です。

本日は、板橋中央総合病院の方にもWebでご参加いただいておりますが、事前にYouTubeで動画配信を行っておりまして、そちらで、板橋中央総合病院さんにもお話をいただきました。

それをご覧になった上で、何かご質問、ご意見はございますでしょうか。

特にございませんでしょうか。

板橋中央総合病院さん、何か一言ございますか。

○澤木（板橋中央総合病院 事務長）：板橋中央総合病院の事務長の澤木でございます。いつもお世話になっております。

このたび、地域医療支援病院の承認に向けて、申請をさせていただきました。

地域の医療について当院としてもご協力させていただいて、紹介患者様、医療機器の共同利用、救急医療の提供、地域の医療需要に対する研修の実施等を、引き続き頑張っていきたいと思っておりますので、ご承認をよろしくお願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

特にご意見はなさそうでした。

東京都から何かご発言はございますでしょうか。

○本間課長：ありがとうございました。

このあと、医療審議会のほうに、きょうの審議の内容も含めて諮問させていただければと思っております。よろしくお願いいたします。

○齋藤座長：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。

#### **（４）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）**

○齋藤座長：「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。

赤い線を引いてあるところが、今回の調整会議の部分ですが、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。

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をまとめたもので、それらのご意見を踏まえた、都の来年度の予算要求の方向性の資料として、例えば、救急医療の右のところですが、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ということで、お示ししております。

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。詳細については、事前の配信動画でご説明しているとおりでございます。

それでは、14ページをご覧くださいと思います。

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、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、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た、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、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。

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す、それぞれの課題に応じた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、それぞれ載せておりました、16ページから18ページと続いております。

最後に、19ページですが、以上を踏まえまして、今回の意見交換のテーマとして、「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、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リハビリについては、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、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・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、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、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。

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。

○齋藤座長：ありがとうございました。

今までの高度急性期とか急性期という振分けではなくて、いわゆる急性期拠点機能ということで、三次救急の機能を持つ病院プラス、主に手術などができるような指定二次医療機関が含まれる急性期拠点機能と、それ以外の指定二次医療機関、あるいは地域包括ケア、地域包括医療病棟などを持つ高齢者救急、あるいは地域の急性期機能、これがどのようにそれぞれ機能を持つのか。

それぞれの現状ではなくて、これから2040年に向けてということ、高齢者が増えてきたときに、このような振分けをすることが可能なのか、あるいはどこに問題があるのかということを含めて、皆様にお聞きしていきたいと思います。

なるべく多くの先生方のご意見をお聞きしたいと思いますので、それぞれのお立場で、このような分け方、あるいは本当に救急でこういうことが分けられるのか。要介護が要るような高齢者の方をどういうふうに受け入れるのか。いろいろなことを考えながら、お話をいただければと思います。

それでは、トップバッターとして、いつもですが、東京北医療センターの宮崎先生、副座長をお務めいただいておりますが、ご意見をお願いしたいと思います。

○宮崎（副座長・東京北医療センター 管理者）：まず、土谷先生が最初にお話になった大前提ですね。国が示した機能別というのを東京に当てはめようとするとうと混乱が起きていて、皆様が「何だ、これ？」みたいに思われているところだと思います。

というのは、三次、二次というわけじゃなくて、東京都というのは“2.5次”なんですね。二次救急でも手術したり心カテしたりとかいう機能を持っている病院がたくさんあります。

それと、今度の診療報酬改定とか補正予算とかを見ると、救急医療の数、救急車の数とかについて、今度の診療報酬改定でも条件として盛り込まれると、経営的なことを考えると、今の分類だけで言うと、急性期拠点病院をみんな取りたいと思われるフシがあるんじゃないかと思うんです。

だから、よく議論していただきたいのは、急性期拠点病院に救急車を集めて、そうじゃない人を、高齢者救急・地域救急のところに回すというイメージを持たれると、非常に混乱を招くかと思います。

ですので、そのところはよく、どういう議論がいか分らないんですが、議論していかなくてはいけないんじゃないかと思います。

だから、急性期拠点病院に全部集めるんじゃないんだよということで、なるべく急性期拠点病院は三次に特化したものをやるという機能を、みんなで保てるような棲分けをするという方向性を持つことが、必要ではないかと思っております。

もう一つ、高齢者救急とかに求められるものというのは、まさに私は総合診療だと思うんです。誤嚥性肺炎とか、どちらかという内科のどの専門家も余り診たくないとか、受持ちになりたがらないとかいう人とか、あと、高齢者救急だと複合疾患、心臓が悪いだけじゃなくて肺炎もあるとか、そういった総合診療的な介入が必要な方が多く含まれます。

ですので、その辺のところは、今後きちんと、“ゴミ箱的”な、“便利屋さん”的な総合診療じゃなくて、総合診療を中心とした病院の体制をとることも、非常に必要ではないかと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、北区の急性期の明理会中央総合病院の廣瀬先生は、きょうはご欠席ということでしたので、花と森の東京病院の岡崎先生、回復期としてどのように考えるか、お話をいただければと思います。

○岡崎（花と森の東京病院 院長）：現在、うちの病院でやっているのは、回復期病棟があるんですが、高齢者救急・地域急性期機能というのが多分合っている形かと思っています。

それで受け入れて、回復期の効率を上げて、回復期自体は、ほかからの転院を受けてとやっておりますので、現地でやっていることと大きい方向性のずれはないかと思って聞いておりました。

あと、最初の段階でトリアージとかいったことになってきますと、ACPの問題は非常に重要かと思います。

それがうまくいかないと、かなり現場での初期の対応に困難が生じたり、下手をすると、三次医療機関に患者さんが集中するということも起こり得るかと思えますので、その辺の普及というのは非常に重要かと思いました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

患者さんを最初に見る救急隊が、トリアージをそこでするのか、あらかじめ患者さんの意向を聞いておくような体制をとりながらやるのか、要介護者のみは高齢者救急のほうへ回すのか、そのあたり、あらかじめ決めておく必要があるのかどうかというところも、なかなか難しい問題だと思います。

それでは、続きまして、王子生協病院の今泉先生、ご意見をお願いしたいと思います。

○今泉（王子生協病院 院長）：急性期の関係でどうかということ、要介護認定で決めるというのはなかなか難しい現状があるのかなと思っています。

だから、その辺のトリアージをどうするかということで、先ほど、宮崎先生からは、急性期拠点病院でトリアージができるんじゃないかということでしたが、かかりつけ機能をどうやって持たせるかということが重要になってくるんじゃないかと思っています。

あと、高齢者救急ですと、複合的な疾患を抱えていらっしゃる方が多いので、どうしても専門的な機能としてリハビリとか、中長期の入院ということが必要になってくるということで、そこでの総合診療的な役割も重要になってくるかと思っています。

一方、2040年という視点に立つと、中長期の入院、今で言う慢性期病院とかいうところだと、人手不足とか物価高騰とかで、本当にどこまでこのまま医療を続けられるかということが一番懸念されています。

ですので、自分たちで医療を続けることがなかなか困難になってくるところが、東京都内でも多いんじゃないかと思えますので、そういうところでの実態も含めて議論いただければいいかと思えます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

このままの状態ですと2040年までつないでいけるかどうかというところは、非常に難しい問題だと思います。

それでは、都立大塚病院の三部（ミヅ）先生、お願いいたします。

○三部（都立大塚病院 院長）：「東京の特性を踏まえた医療機関機能」の図を見せてもらったんですが、行政の方はこうやって描いて、方向を示されるんですが、現場というのはなかなかこのようにフローがうまく流れるとは限らないです。

高齢者をうちもいっぱい取ってはいますが、複合的な合併症があって、なかなか細分化した診療科のどこが取るのかということが問題でして、宮崎先生がおっしゃったように、総合診療ができるような医師の育成というのが必要だと思います。

救急車に関しては、急性期の病院に対して、救急車の受入れ台数というのが非常に大切になってきますし、手術の件数とかも大切になってきますので、病院としては、一生懸命救急車を取って、リハビリ病院とか専門施設とかにうまく連携を取って送れるように、一生懸命日々努力しているところだと思います。

○齋藤座長：ありがとうございます。

救急車の台数とか、全身麻酔の件数とかという診療報酬との絡みで、急性期拠点で救急だけでやっていけるのかどうかというところは、これもまた難しい問題だと思います。

それでは、一心病院の上川床（カシワコ）先生、お願いします。

○上川床（一心病院 院長）：この資料を十分に読み込めていないんですが、うちの場合、既に言われている高齢者救急と一般救急の急性期を診ているという状況に入っているかと思っています。

ですので、その内容を充実させていくという方向で、今のところ考えております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

今の機能でこの高齢者救急、あるいは地域急性期機能を担えるというようなご意見でした。

それでは、要町病院の島本先生、よろしくお願いいたします。

○島本（要町病院 救急部部長）：名簿としては回復期として入っていますが、救急も取り扱っていますので、急性期のお話をさせていただきたいと思います。

実際のところ、2040年を見据えてという形になってきますと、現在、急性期の病院で受けて、回復期、療養型病院に回すという形で、あるいは在宅に取っていただくというような形で回っていますが、今後、在宅とか療養を担う施設であるとか、人材の不足が出てきて、退院がうまくできるようになっていくのかどうかというあたりを、非常に危惧しております。

ですので、そこをどういうふうに仕組みづくりをしていくかというところを、東京都のほうでぜひ形をつくっていただければと考えております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、続きまして、関野病院の関野先生、よろしくお願いいたします。

○関野（関野病院 院長）：私どもの病院も概ねこのフローの中に入っていると思うんですが、救急隊が運ぶときに困ったり、我々が受け取るときに困るのが、このACPのところは重要かと思っておりますので、ACPの普及は非常に大切と感じております。

また、救急隊の方が判断するときに分かりやすいような指標、もしくは相談できる別組織みたいながあると、この流れは比較的流しやすくなるのかなと感じているところです。

○齋藤座長：ありがとうございました。

救急隊の判断というのは非常に難しいところですね。ACPの普及も大事なところだと思います。

それでは、続きまして、板橋区になりますが、帝京大学病院の澤村先生、よろしくお願いいたします。

○澤村（帝京大学医学部附属病院 病院長）：大学病院としては、現状、高齢者の患者さんを受け取って、手術して、そのあと、行き先がないとか、誤嚥性肺炎でどこも受け取ってもらえないということで、大学病院としての機能が果たせない状況が、もう日常的にありますので、この構想は私どもとしては大変ありがたいと受けとめております。

ただ、これがうまくいくためには、じゃ、どの病院がどの機能をとということが、医療者も救急隊も、情報共有というか、それをしっかり分かっていただくことが大事かと思えます。

あと、宮崎先生もおっしゃっていましたが、そういうことを皆さんが役割としてやっていけるように、経営上配慮していただくことが大事かと思えます。

あと、患者さんの移動ですね。例えば、「大学病院でひと段落したら、次はどここの病院に行ってください」とか、あるいは「救急で来たけれども、この方は、こういう手術が必要だから、どこどこに行ってください」というようなことが、現状もあると思うんですが、それを、家族、ご本人が受けとめていただくためには、国とか東京都で、ACPも含めた啓蒙をぜひお願いしたいと思えます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

今も大学病院としては、急性期で受け入れた患者さんの下り搬送がなかなか難しいという状況で、今後こういうようなフローができて、その流れがうまくいくのかどうかというところかと思えます。

○澤村（帝京大学医学部附属病院 病院長）：ぜひうまく行ってほしいと思っています。

○齋藤座長：では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：澤村先生、ご意見をありがとうございます。

今後、東京の場合は医療需要が増えていく、特に高齢者の需要が増えていくだろうとまだ見込まれているところですが、先生のところの病院は三次救急ですが、

その機能を維持するために、例えば救急車の台数をセレクトして受け入れる、つまり、お断りするということも、病院としてあり得るのか。

地域でトリアージして、入り口をコントロールするのか。先生のところで、「これはうちじゃないから」と言ってお断りするのか。

いろいろな考え方があると思うんですが、特に病院として、「救急隊から今受けているのは、うちはそぐわないからごめんなさい」というようなやり方を進めていくというのはいかがでしょうか。難しいでしょうか。あるいは、問題とすれば、どこが問題になるでしょうか。

○澤村（帝京大学医学部附属病院 病院長）：現状、救急車はもちろん全部受け入れられておりませんで、うちのスタッフには「当院で受けるべき患者を受けてください」と申しあげています。

そのトリアージについて、救急車をこちらで全部受けた上で、「じゃ、この方はあちら」とするのはかなり大変で、ほかの医療機関から、「これはもう大学病院で」と送っていただくほうが、こちらだけのことを申しあげると、非常に効率がいいというのは確かですね。

○土谷副会長：ありがとうございます。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、板橋区の都立豊島病院、畑先生、お願いします。

○畑（都立豊島病院 院長）：先ほど宮崎先生や土谷先生がおっしゃったとおり、板橋区でも“2. 5次救急”をやっている病院がいくつかあると思います。

そうすると、この「東京の特性を踏まえた医療機関機能」についての図も、これでいいのかという気がします。

ただ、高齢者救急といっても、要介護認定の人はピンキリで、三次救急でも大丈夫なような要介護認定の患者さんもいらっしゃると思うので、一概に高齢者救急で分けていいのかという考えもあると思います。

あと、“2，5次救急”の病院がどこに入るか分かりませんが、例えば、地域急性期機能に入った場合は、そのあとのリハ病院とか中長期入院というのが必要になってくるので、下から上の転院の矢印も必要になってくるんじゃないかという気がして、まだこの図は不完全なような気がしました。

あと、当然、ここにも書かれているCCUネットワークについては、うちも入っていますが、そういう病院に対する対応というの也要えなければいけないと思います。

あと、先ほどから何人もの先生がおっしゃっている、かかりつけ医の先生を中心としたACP推進というのは、大事だと思いますが、医師会の先生方はどのように考えておられるかというのを、逆にお聞きしたいんですが、いかがでしょうか。

○齋藤座長：ありがとうございます。

ACPを事前にやっておくということが、これは、言っていないかどうか分かりませんが、必要のない救急搬送というのをなるべく減らすということは、今後高齢者が増えてきたときに当然大事だろうと思います。

そこで、なるべくそういうことを推進していくようにやっていかなければいけないということで、我々としてはそういうところの気持ちは持っているんですが、果たして実際に在宅に居る患者さん、あるいは家族の方が、どこまでそれを理解しているかというところが、今後の課題になるところじゃないかと思うんですが、いかがでしょうか。

○畑（都立豊島病院 院長）：大変難しい問題で、うちも、例えば、心不全で入院した患者さんにやろうと思っても、なかなか時間がなくて。

あと、患者さんも、「まだ1回目の入院でそんなことを考えたくない」という感じで、なかなかACPというのは難しいと思っております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、上板橋病院の細野先生、よろしくお願ひいたします。

○細野（上板橋病院 院長）：私たちのところでは、救急といっても、どちらかというと、かかりつけの患者さんを中心とした救急になっているのかなということ、私たちの病院自体がケアミックスで、ここに書いてあるような、むしろ急性期からの高齢者の受入れを中心としたような医療になっています。

したがって、こういうフローで流すときに、一番今、病院の中でも苦労しているのが、どういう患者さんの流れに持っていかとといったときに、患者さんの背景をきちんと捉えていただいているような、MSWさんというような、連携に携わる専門の人がいてくれないと、なかなか情報を取り切れてなくて、患者さんの一面だけは見れても、全体像を見ることがなかなか難しいということも、結構経験します。

特に高齢者では、入院してみて、例えば、急性期からいただいた情報では全然足りなくて、新たな問題が出てきて、むしろ慢性期と思っている間に、新たな病気の内科的な治療も含めて行わなければいけなくて、結果的に入院期間も延びるようなケースもあるということもあるんです。

ですから、高齢者の医療に関しては、予想外のことが結構起きてくるといったところで、どういう病床をうまく連携をしていくかというのは、今後かなり難しい問題のように私たちは捉えます。

急性期の手術をすれば治るといったような場面では、非常に分かりやすいですが、高齢者のさまざまな疾患を抱えている方々が日々いろいろ変化していくことに対応できるような、人材も含めて、体制をきちんとつくっていくことが大事ではないかなと感じています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、練馬区のほうに移らせていただいて、練馬光が丘病院の光定（ミツダ）先生、よろしくをお願いします。

○光定（練馬光が丘病院 名誉病院長）：図を何度も見せていただいたんですが、まだ理解が十分できてないですが、さっき出ていた「要介護者は全部下の向きで」というのはちょっと難しいかなと思われるので、要支援、要介護1、2あたりの方はどうなんだろうというのが、思いとしてございました。

それから、以前から、東京の場合は、災害については二次医療圏で、それ以外のところは、東京の特殊性を考えて、圏域自体を見直すという話は、私が無知でもう終わってしまったのか、それとも今後ともそこは検討されるのか、その辺を教えていただきたいと思います。

○齋藤座長：ありがとうございました。

圏域の問題はいろいろ出ていますし、今回のこの医療機関の機能についても、それぞれの地区でというところで、どの単位で見るかというのは、なかなか難しいところですね。

先ほど、急性拠点病院が都内で40か所ぐらいというような話もありましたが、本当にそれで足りるのか、足りないのかも。難しいところかと思います。

それでは、浩生会スズキ病院の鈴木先生にお願いしたいと思いましたが、つながらないようですので、先に進めさせていただいて、後ほどまたお願いしたいと思います。

それでは、ねりま健育会病院の酒向（サウ）先生、お願いします。

○酒向（ねりま健育会病院 院長）：救急の流れに関しては、宮崎先生がおっしゃったように、とても大事になるんですが、各医師会で救急搬送協議会があって、医師会の事情に応じた搬送の仕方というのがあると思いますので、それを活用してから流れをつくるというのは大事だと思います。

あと、我々は回復期なので、後ろの流れをご説明させていただきたいと思うんですが、回復期が終わったあとに、医療依存度が高い方は慢性期病院でかまいません。

しかし、医療依存度は余り高くないけれども、介護が高くて、もう少しリハビリしたら、おうちに帰れそうだという方も結構いらっしゃいます。

そういう方の場合は、病院というよりは、超強化型老健を使って、そちらを上手に活用して在宅に戻すという流れも、大事ではないかと思いました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

在宅に戻るまでの流れというのがいろいろあるということが分かりました。

それでは、慈誠会・練馬高野台病院の今井先生、よろしく願いいたします。

○今井（慈誠会・練馬高野台病院 院長）：当院も後方支援病院ですので、急性期の流れはそのとおりかと思えます。

ただ、資料の14ページの「現状」というところで、急性期から回復期に向かって矢印が描かれていたんですが、15ページ以降の「今後の考え方」というところになると、高齢者救急・地域急性期機能から専門機能への、集中的なりハを必要とする回りハのところへの矢印が消えているんですよ。

現状として、どちらかという、複合的な疾患を持たれた高齢者の方のリハビリの患者さんが、今でもかなり多いですから、そのところの矢印がなくなっているのはどういうことかなというのは、見ていて感じました。

あとは、別のことですが、ACPオーダーは、当院に来た方には全員に取っていますが、できれば、かかりつけ医機能というものがあれば、かかりつけ医の認定要件として、「ACPオーダーを取って初めてかかりつけ医となれる」というようなシステムがあってもいいのかなとも感じています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

病院の先生方にいろいろご意見をいただきましたが、在宅での問題についても、ACPの要件も重要だという話がありました。

そこで、在宅での受入れ等を含めて、今度は医師会の先生方にご意見をいただきたいと思えます。

まず、北区医師会の横山先生、ご意見をお願いできればと思えます。

○横山（北区医師会 副会長）2040年になると、もう本当に働き手の不足みみたいなものが起きてくると思っています。

我々は、病院の先生方にお願いして、どっちかという、入口の手前にいるわけです。

その際に、先ほどACPオーダーの話も出ましたが、それは極めて重要なことで、それを取るようにはしているんですが、在宅に戻ってくると、そのオーダーがまた違ってきているようなこともあったりします。

あとは、最近よく見るのが、軽症なのに在宅になってしまっている人がいて、「実は、通院したいんだ」という人が出てきたりしています。

こんなことを言うと、言い過ぎになるかもしれませんが、流れ作業的なところが出てきてしまっているのかなと思われます。

病院の先生は一生懸命やってくれているのに、在宅どころか通院できる人さえ在宅になってしまったりする実情が、今散見されているので、そのあたりを整理しないといけないなと考えております。

病院については、動きのいいところについてお願いしてしまうので、宮崎先生のところをお願いしてしまうことが多いんですが、そのあたりも、今後どうしたらいいかなというのが課題だと思っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、豊島区医師会の小林先生、お願いいたします。

○小林（豊島区医師会 会長）：病院の役割分担が大事かと思って聞いていました。

三次でしかできない手術はどこをお願いして、そのあとはほかの病院に移すということがうまく回っていかないと、目詰まりして動かなくなってしまって、本来必要な人が入れなくなるというようなことが起こっているわけです。

ただ、それは、どの病院でも経営的な問題もあって、高齢者の方でなかなか出してもらえない人を取ってしまうと、点数が下がって行って、経営が成り立たなくなるというようなこともあったりします。

また、手術したときは点数が高いけれども、そのあとは点数が低いということで、我々、外来でも、「手術のあともこちらでお願いします」なんて言われたら、とても対応できなかつたりすることもあると思うんです。

ですので、病院の収入も考えた上で、うまく回るようなシステムをつくっていかないと、成り立たないんじゃないかと思っています。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、練馬区医師会の内田先生、よろしくお願いいたします。

○内田（練馬区医師会 会長）：先ほどからの病院の先生方のご意見を聞いたりとかしますと、練馬区としては、医師会としてどういうふうにするべきかということ考えたときに、医師会の中にも、在宅の部会があったり、病院の部会があったりとかいうことがあります。実際にはそれぞれでちゃんと動いているけれども、一番問題なのは、その連携のあり方かなということで、これから行政とも相談しながら工夫していく必要があるかなと思います。

それぞれのところでは一生懸命やっていると思うんですが、誰がどうやるかというのは難しく、人によって違うと思いますが、少なくとも練馬区の医師会としては、そのあたりの連携を、医師会が中心になって、仕組みづくりをしていく必要があるのかなと、さっきの話を伺って感じております。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、行政の立場からも、このような流れについてお話を伺えればと思います。

豊島区の木山健康部長、よろしく申し上げます。

○木山（豊島区 健康部長）：感想になってしまいうんですが、すごく難しいなというところと、あと、機能で分けるといっても、そんなに機能ががちり分けられるものなのかと、素人的には思ったところです。

なので、どこにどういうふうに行政として医療機関をサポートするのが有効なのかというところは、なかなか難しいなと思っております。

まだ考えられていないんですが、そんなような感想レベルですが、思いを持ちました。

○齋藤座長：ありがとうございました。

続きまして、板橋区の長峰保健所長、よろしく申し上げます。

通信環境が悪いようですので、申しわけありません。

それでは、練馬区の富田地域医療担当部長、申し上げます。

○富田（練馬区 地域医療担当部長）：先ほど来、先生方のお話を聞いて、いろいろ考えさせられると思っておりました。

資料の14ページから19ページまでの資料を見せていただいて、医療機能については、先生方からご意見が出されておりました。

私は、患者さんの視点からお話をさせていただければと思うんですが、この図を見せていただきますと、急性期から集中的なリハですとか、中長期、また在宅に、左から右に流れていくイメージかと思っているところです。

これを考えていったときには、二次保健医療圏から、リハですとか、中長期、また在宅に移ったときには、福祉の分野に非常に関わってくるということで、一次保健医療圏との境目というのが明確ではなくて、逆にグラデーションのように、患者さんは移っていくのかなと受けとめました。

そうした視点で考えたときに、医療機能というのを二次保健医療圏内で検討していくことは非常に重要かと思うんですが、あわせて、一次保健医療圏も含めた医療機関の配置バランスのようなものも、非常に重要になってくるのかなと思っております。

特に高齢の方で、入退院を繰り返されるような方も、これから2040年に向けて増えてくるという中において、病院と自宅を行ったり来たりという方も出てくるので、身近なところに医療機関があるかどうかということは、非常に重要かと思っております。

今後の地域医療構想を考えていく中では、そういった視点で、機能だけではなくて、もう少し身近なところに医療機関があるかどうかということも考えていかないといけないのかなというのを感じながら、感想めいたことで恐縮ですが、感じました。よろしく願いいたします。

○齋藤座長：ありがとうございました。

そろそろ時間になりますが、皆さまからのご意見をいろいろ拝聴したところで、この高齢者救急・地域急性期機能といった急性期といわれるところを、本当にうまく分けられるのかどうか。

そして、誰がトリアージをして、どこに送るのかというあたりが、先ほどご意見もありましたが、救急隊が相談できるような機能があると、確かに流れとしては少しよくなるのかもしれませんが。

しかし、要介護があるというだけでひと括りにすることは難しいだろうし、その中でも社会的な背景もあれば、複合疾患の問題ということも考えると、単にそこで振り分けるというのが難しいというようなご意見もあったかと思います。

それと同時に、診療報酬というものが絡んでくると、さらにややこしいところになって、この機能だけで病院を運営することができるのかどうかということが、一つの大きな問題にもなりそうだということですね。

また、リハのほうに移ったり、あるいは慢性期に移る、あるいは、在宅に戻るといところで、実際にどのぐらい入院ができるのかといところも、今後の課題だし、もしかすると、またリハから急性期に戻ってしまうような患者さんもおられると思います。

その中でどういうふうに振分けをしていくのか、あるいは、それぞれ病院のほうでその機能を手上げをしていくのか、行政的にそのあたりを振り分けていくのか、そこもなかなか難しいところなのかなと感じました。

今のご意見を踏まえて、増田先生、お願いします。

○増田（東京都医師会 理事）：自分の圏域ですので、大体事情は分かっているんですが、圏域全部を見渡して、ほかの圏域の意見も含めると、この区西北部は、全圏域の中で中間ぐらいに属するかと思っています。

区中央部までもそんな遠くないけれども、人口の高齢化に伴って患者さんの移動距離が減っていますので、比較的自分の圏域の中で、“ゆりかごから墓場まで”じゃないですが、診ていくような感じに、だんだん移行してきていると思います。

ほかの圏域の話聞いても、病院もクリニックも同じだと思うんですが、要するに、「今の診療報酬の中でこれができるか」という話が必ず出てきています。

病院に関しては、きちんと機能分化して、効率よくやって、かつ診療報酬を上げてもらうのが大事だと思いますし、クリニックにしてみれば、地域医療に貢献するかかりつけ医が、今回「かかりつけ医報告制度」ができますが、そういうふ

うなきちんとしたかかりつけ医が、きちんとそれに見合う診療報酬を得るという形にしないと、地域医療は成り立たないと思います。

一番問題になるのは、フリーアクセスの問題なんですよ。

「こういうシステムがいいかな」と、我々も考えたり、国も考えているわけですが、患者さんが全くそれに乗ってくれないことが、先生方、診療の中でも多いと思います。

「普段かかっているわけじゃないけれども、前にかかっていた区中央区の大きな病院に私はどうしても行きたい」と言われて、「そんなこと言ってもね」と思うことが多いんですが、このフリーアクセスの制限をするのいいかどうか分からないんですが、このフリーアクセスのある状態で、いろいろなシステムを考えても、限界があるなと考えています。

ですので、将来もっと医療費が切迫して、効率よくやらなければいけないときには、その辺も議論が上がってくると思いますので、今後ご協力をよろしくお願い致します。

○齋藤座長：ありがとうございました。

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、そのほかの事項等で何かぜひ情報提供を行いたいということがありましたら、挙手をお願いしたいと思います。

東京都薬剤師会の會田先生、よろしくお願い致します。

○會田（東京都薬剤師会 常務理事）：きょうは大変勉強になりました。ありがとうございました。

私も、先生方のお話を聞いていて、まさに今、自分が働いている現場で起きていることだと思いました。

練馬区で勤務しております、きょうは東京都薬剤師会の常務理事として参加させていただいていますが、練馬区には、地域医療課と消防署と地域の多職種が共同でつくった「119安心シート」というのがございます。

これを多職種で相当数のシートを配布しておりまして、年齢に限らず、若い方でも持病がある方はお持ちになっております。

そこに、かかりつけ医の情報であるとか、ACPに関わるようなことも、救急隊が搬送するときに分かりやすいものを、救急隊に聞いてつくってございまして、こういったものを自治体と共同でつくってございます。

ただ、これをつくったからといって安心してはいけませんので、現場での運用がどうであるとか、各自、ご家族様、ご本人様で書いてある内容をよく理解していただく必要があると考えております。

これまで多くの先生方が今、ACPオーダーについてご懸念を述べられておりましたが、そういったものの解決策の一つになるようなご報告ができればいいかと思っております。

それから、街の薬局の薬剤師として、急性期病院に入院して、回復期を通じて、老健などに関わっていただいて、戻って来られても、最終的にかかりつけ医に戻せないという事態が散見されてきて、ここは少し街の薬剤師としては寂しいところであると感じております。

ケアマネさんや地域包括支援センターの職員の方などが、よかれと思ってしていることもあるかもしれませんが、一度はかかりつけ医の先生に、在宅医療であり、通院であれ、ご対応いただけるかを聞いてから、次の手段をとっていただけるといいのかと思った次第です。

○齋藤座長：ありがとうございました。

それでは、予定された時間を過ぎておりますので、本日予定されていた議事は以上となります。

それでは、事務局にお返ししたいと思います。

## 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して。

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週間以内にご提出をお願いしたいと思います。

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

(了)