

[令和7年度 第2回]

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

**〔区西南部〕**

令和8年2月6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』

### 〔区西南部〕

令和8年2月6日 開催

## 1. 開 会

○本間課長：ただいまより、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会議形式で開催いたしますので、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、ご承知おきください。

それでは、まず、東京都医師会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。日中の業務のあとにお集まりいただきありがとうございます。

本日は、報告事項が4つ、議事が3つになっていますが、メインは議事の3番目の意見交換となっています。

ここでは何を議論していただくかということ、高度急性期病院、急性期拠点病院、あるいは三次救急の病院が高齢者救急を診ることのぜひといいますか、ことしは2025年で団塊の世代がみんな後期高齢者になったということですが、その後

期高齢者になった団塊の世代の人たちが、これから五年後、十年後と病院に押し寄せてきます。そのときの対応をどうするのかということになります。

五年先、十年先という悠長なことかどうか分かりませんが、高齢者救急というものを誰が担っていくのか。もちろん、みんなで担っていかないと、この山は乗り越えられないと思うんですが、特に三次救急病院はどういうふうに対応していくのか、あるいは二次の病院がしっかり診ていくのか、そのあたりを議論いただきたいと思っています。

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。

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、これ以降の進行を太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

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

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を、２ページ目以降でお付けしております。

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。回答率が８１％となっておりますが、最終的には１００％に近い病院からご回答をいただいております。

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、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。

まず、資料３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。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：ご報告がありましたように、都内の7割の病院が赤字だという結果でした。これをもって、東京都は国に、診療報酬を10%ぐらい上げないといけないんじゃないかという提言をしてくれたということです。

さらには、今年度から始まりました民間病院支援事業にも反映していただいて、来年度もそれを引き続き事業化してもらえるとということです。

特に強調したいのは、皆さんがこういった調査にご協力いただいて、都内の病院の経営実態がしっかり把握できたということです。

今後こういった調査が、いろいろな団体からもいっぱいあるかとは思いますが、その調査にお答えすることで、直接的に新事業につながるというわけではありませんが、間接的にそういった事業にもつながるといえることですので、今後も調査にご協力いただきたいと思っていますところです。

○太田座長：ありがとうございました。

では、続けて、資料4の説明をお願いします。

○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、資料4を使って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、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、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とおりでございます。

○太田座長：ありがとうございました。

ただいまのご説明及び内容以外でも、報告事項全体についてご意見やご質問等がございますでしょうか。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：新たな地域医療構想について少しだけコメントしたいと思います。

現在、国の検討会において、新たな地域医療構想の話合いが進んでいるところです。もう少しでガイドラインができるかなというところです。

ただ、国のガイドラインは、全国を見ながらやっていますので、なかなか東京にはそぐわないところもあります。現に、これまでの私たちは、国のガイドラインに基づいて地域医療構想をやってきたところですが、なかなか難しいところがあったと思います。

ですので、国のガイドラインを参考にしながら、東京の特性に応じた東京の新たな地域医療構想をつくっていくべきだということです。そのためには皆さんのお声をぜひ反映させていただきたいと思っていますので、今後も引き続き活発なご意見をどうぞ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。

土谷先生からも補足のお話でしたが、先生のお話を含めて、何かご質問、ご意見等がございますでしょうか。

特にございませんでしょうか。

それでは、後半に時間を取りたいというのがありますので、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)

○太田座長：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、まとめてお伺いいたします。

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、何かご意見等が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。

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は、ほかの圏域でもご意見を承った上で、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います。

よろしくお願ひいたします。

○太田座長：ありがとうございます。

それでは、本日のメインの議事に進みたいと思います。

#### (5) 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)

○太田座長：「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。

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をまとめたもので、次のページですが、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まとめたものでございます。

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としてお付けしているものですが、都のほうでオリジナルで作成しているものとなります。

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となっております。

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ので、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。

前のページと見比べていただきますと、下の急性期と、次のページでいうと、高齢者救急・地域急性期機能から右斜め上の回復期機能のほうに、今の病床機能に基づいた連携ですと、「転院」という流れがあって、高齢者救急・地域急性期機能からの線としては消えているんですが、実態としては、そういった流れも当然あると考えております。

こちらは、米印で書いておりますが、当然、多様なフローということは想定されますが、一つの例として、国が示している医療機関機能に基づくフローとして、全部で5つ、主なフローとして掲載させていただいておりますので、その流れがなくなるわけではないと考えております。

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16ページから18ページに載せております。

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、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、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、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。

○太田座長：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：特に高齢者救急を三次救急、高度急性期拠点病院で受け入れることの是非について、様々なご意見があると思うんですが、そのあたりでご意見をいただければと思っています。

○太田座長：ありがとうございました。

それでは、意見交換に移りたいと思います。

先ほど来出ているこの19ページの図の流れというのは、実を言うと、医療関係の方であれば、もう既に頭の中で何となくイメージしながら、患者さんをコーディネートしていたと思うんですが、それをより具体的に図として示して、ルールづくりをしたらどうかという提案なのかと思います。

先ほど土谷先生がおっしゃったように、三次救急、高度急性期機能をどのように活かすかというところで、そこをどのように二次救急以下の医療機関がサポートしていくかというところが、一つの重要な議論の点かなと思います。

それを含めてご意見をいただければと思います。

あと、補足ですが、私もほかの圏域の会議をいくつか聞いてみると、そこで出てくる議論から見えてくるキーワードがいくつかあります。

一つは、「誰が高齢者のトリアージを行うのか」という問題であったり、「患者さんのフリーアクセスの権限をどのように私たちが制限をかけてよいのか」とか、「実際こういうことをした場合の経営の問題であったり、診療報酬との兼ね合いの問題をどう考えたらいいのか」というようなお話が、ほかの圏域でも出ていました。

また、「いろいろな病院を、病院として単一機能として評価するのがいいのか」、それとも、病院の中でも診療科で凸凹がありますので、「診療科ごとでもう少しきめ細かく機能分類をして、搬送ルールみたいなのがあったほうがいいんじゃないか」というようなご意見もありました。

そのためには、例えば、実はこの下に、「分科会を構成していい」というようなものがあるんですが、「そういうものをうまく利用した上で、顔の見える連携をつくったらどうか」というご意見も聞こえてきました。

あと、「社会的な課題が多い高齢の患者をどのようにさばっていくのか」とか、「患者家族の意識改革がないと、下りに関しての大きな問題があるので、この辺の課題に対しての取組みをどうしたらいいか」というご意見もありました。

以上のようなご意見などが、私が聞きたいいくつかの圏域の中で出てきた論点になります。

これはあくまで参考までにということでお話をさせていただきましたが、今回、区西南部の中の実情というところから、先生方のご意見を聞かせていただければと思います。

多くの先生にご意見を聞きたいと思っておりますので、今回も、各病院の先生方、あと団体の方々から、お1人ずつご意見を伺う形をできれば取りたいと思っています。

最初に、まず高度急性期の先生方から、今言ったように、東京の特性を踏まえた医療機能に関して、ご意見をいただきたいと思います。

まず、東京医療センターの小林先生、いかがでしょうか。

○小山田（東京医療センター 統括診療部長）：小林が本日、都立病院機構の会議で不在にしておりますので、代わりに小山田が発言させていただきます。

当院は、救命救急センターを持っていますので、急性期拠点ということになると思うんですが、19ページにありますように、「高齢者の方だから」といって、決して受けないというわけではないんですが、高齢者の方というのは回復までに時間がかかるので、速やかな下り搬送とか、後方病院への転院というのが、我々が受けるにあたっては必要になってくると思っております。

その部分を病院単体での努力で賄うということになると、難しい症例、あるいは、時期によっては、そういったことがなかなか進まないということがあります。

ですので、地域で患者さんを診るということであれば、地域全体として、旗振り役というか、指揮系統みたいなものがあってしかるべきなのかなと、個人的には思っております。

○太田座長：ありがとうございました。

続きまして、世田谷の多摩川病院の和田先生、いかがでしょうか。

○和田（玉川病院 院長）：意見の前に一言。以前も言ったんですが、東京都がつくられている病院一覧の2025年のものには、病院の名前が違っていたり、閉院した病院がそのまま残っていたりするものがあります。それから、今後の計画を出していないような病院もあるんですが、それはそのままでもいいのかということ、また考えていただきたいと思います。

それで、急性期病院としては、もちろん、地域でいろいろ出ているご意見と一緒にですが、地域包括システム、あるいは、「支えて治す」みたいな形で今後行くときに、「区西南部」というふうな塊で考えるのかということなんです。

介護とかというのは、区とかの単位ですから、そことどのように整合させていけばいいかということが、イメージ的によく分からないんです。

「この西南部で全体としていくつあればいいので、世田谷は救命救急センターがないから、急性期拠点病院がなくてもいいですね」みたいな形で行くのか、その辺がよく分からないんです。

それから、地域で入院して、地域でまた、福祉に手伝ってもらいながら帰ってくるのがいいんじゃないかと思ったりしているんですが、その辺のより細分化した形で考えるのか、全体としてあくまでも考え続けるのかというところを教えてくださいたいと思います。

あと、今回の医療報酬の改定の中で、救急に関しては、「施設からの入院に関しては認めない」みたいな書き方をしていますよね。「かかりつけの先生か何か、

そこに行くことを認めないと、救急の数にカウントしない」みたいな書き方をしています。

要介護を受けているから、もう全部そこで線引きするのか。先ほども出ていましたが、医療の立場としてはそれでいいと思うんですが、「医療を受ける側からしたら、皆さんが納得した医療制度としてやるのか」というのは、どこかではっきりアナウンスしないと難しいのかと思います。

もちろん、年齢で区切るわけにはいかないと思いますし、「75歳からはこっこの病院に行けません。75歳以下だからこっこの病院へ行ってもいいです」みたいな、乱暴な分け方をするようになるのか。

それから、先ほどおっしゃっていましたが、「本人が望んだときに本当にそこに行かなくても問題ないのか」ということもあると思います。

あと、これから先の病院のあり方を考えて、立ち位置を考えて、「どんどん下り搬送を受け入れますよ」みたいになっていくのか、それもどういう調整をしていくのか、その辺も課題かと思います。

二次救急をやっていると、内科の患者さんというのは、高齢者がほとんどなので、どうしていくのかと思います。確かにこれから増えていくにつれて、いろいろな体制を整えていかなければいけないということは分かるんですが、医療側の立場の意見と、医療を受ける側の立場の意見と、両方必要なんじゃないかと思ったりしています。

○太田座長：ありがとうございました。

続きまして、日赤の中島先生、いかがでしょうか。

○中島（日本赤十字社医療センター 院長）：我々は三次救急をやっておりますが、三次も診れば二次も診ているわけでございます。

現時点のことを言うと、高齢者で、特に介護を受けているから、三次救急というか、超重症の方を受けないかという、現状ではそんなことは全然なくて受けております。

ただ、高齢者の方で介護などを受けている方のACPという、ご本人、ご家族のお考えをまず固めないと、三次救急で高齢の方を診ないわけにはいかないと思っています。

我々が今努力していることは、下り搬送のことでありまして、3区にわたっておりますので、いろいろな病院と協定を結ぶように努力しているんですが、現状は、受入れがスムーズにいけるかどうかということを中心に心配しているところであります。

○太田座長：ありがとうございます。

三次をやりながら二次をやってないわけではないので、両方診ないといけないので、そのときにACPが非常に重要な役割を担っていくという話も、以前から出ていまして、非常に重要なところだと思っております。

では、今度は、目黒区の急性期の、三宿病院の城谷（シロタニ）先生、いかがでしょうか。

○城谷（三宿病院 院長）：基本になるのはACPだと思います。

連れてくるのは救急隊ですが、例えば、あまり治療を望まないと分かっていたら、高度には連れていかないと思っています。

そうやって振り分けしていただくが一番いいと思うので、ACPをとにかく、年齢がある程度行った人にはしっかり取っておかないと、救急隊も困ると思います。

あと、意外とうまくいっているのが脳卒中で、救急隊は、「脳卒中S（東京都脳卒中急性期医療機関）」というのを東京都でやっているんですが、あれで結構振分けをきれいにできているんです。

だから、救急隊が分かるようないいシステムをちゃんとつくっていただければいいと思いますが、それには、やはりACPだと思います。

○太田座長：ありがとうございます。

今のお話を聞くと、脳卒中はうまくいっているということですので、救急隊に対してのある程度のトリアージのマニュアルを、しっかりと東京都としてつくっていくのも重要ではないかというようなご意見をいただいたところです。

続きまして、急性期の久我山病院の岩田先生、いかがでしょうか。

○岩田（久我山病院 院長）：我々のところは急性期というカテゴリーに入っているんですが、我々の医療圏というのは、半径3キロぐらいなんです。その中で非常に高齢者が多いということで、メインとしては高齢者救急をやっています。

そのほかに、同じ病棟の中に回復期リハビリテーション病床もありますし、医療機能から言うと「専門領域」になるものもやっています。

そして、当院にかかった患者さんについても、在宅診療みたいなことをやっているのですが、医療機関の区分の中には入らないといえますか、いわゆるケアミックスの病院なんです。

そういったものの立ち位置が、新しい医療機能の中でどういうところに入ってくるのかが、よく分からないですね。

当然、高次の医療機関とも連携が必要でしょうし、また開業の先生とも連携が必要ですが、そういう地域密着型病院で、この中には高齢者救急もあれば、回復期のこともやるし、それから在宅医療の機能のようなこともやらなければいけないということですので、そこをもう少し明確にしていいただければと思います。

これは大きな課題ですので、よろしくお願ひしたいと思います。

○太田座長：ありがとうございます。

先生のご意見は、ほかの圏域で私が聞いたところもありました。急性期で二次だけやっているわけではなくて、三次が二次をやるように、二次をやりながら地域包括ケア病床を持っていたり、介護施設も持っているというところでは、その立ち位置をどうするかということが問題になるということで、非常に重要なご意見だと思います。

次に、内藤病院の内藤先生、いかがでしょうか。

○内藤（東京都病院協会、内藤病院 理事長）：先生方のお話を聞いていて、かなり現実味を帯びたいろいろな問題があるなと思っています。

当院は、今までの皆さんの病院よりさらに小さくて、53床の、一部は急性期もありますが、地域包括ケア病床を中心とした病院で、訪問診療もやっております。

ですから、今まで先生方の病院から比べると、かなり地域に本当に密着したような形で動いていると自負しております。

そういう中では、先ほども出ていましたが、当院でも高齢者施設からの救急も受けているほうだと思いますが、そこで問題になるのは、ACPがどうなっているのかなということが一番あります。

ただ、当院としても、「高度医療は必要ない。当院でできる範囲内で診てほしい」ということであれば、当然お引き受けするんですが、ご家族様の中には、施設の入所するときなどには、「もう高度急性期は結構です」というお話になりつつも、実際に具合が悪くなると、「高度急性期に行きたい」という方もいらっしゃいます。

例えば、先ほどの脳卒中みたいに、病気として比較的判断できるものであれば分かりやすいと思いますが、ACPの場合は、かなり情緒的な部分も入ってくるという意味では、いざ急に変わったときには、そこで決めるということは難しいと思います。

ですので、これについては、大切だとは思いますが、本当に地道にACPというものを広げていかないといけないし、それが今後の医療の非常にベーシックなところになるなということ、今お話を聞きしていても非常に感じるころがありました。

あと、当院は、“1.5次”から二次ぐらいですので、当院のような地域の病院の役割としては、まさに、高度急性期治療を受けた方で、ご高齢の方が多いですから、「ADLが下がってしまった」「廃用症候群が進んじゃった」という方は、なるべくお引き受けして対応していくのが、中小の民間病院の生きる道だと思っております。

ですので、全部が受けられるわけじゃないですが、お互いの機能をしっかり確認することによって連携していき、さらに患者さんのご家族の意向をしっかり決

めていただくということが、今後の必要な流れになっていくのではないかと感じております。

○太田座長：ありがとうございました。

多くの先生からACPの必要性が出ましたが、ここが高度急性期、急性期の一つのポイントの意見として出ているところだと思います。

続いて、そこをサポートするというか、下りが中心になってくるかと思いますが、回復期、慢性期の先生方に、それを支えるにあたってのご意見をいただこうと思います。

まず、目黒区の回復期の日扇会第一病院の八辻先生、いかがでしょうか。

○八辻（日扇会第一病院 院長）：うちは回復期ですが、回復期リハではなくて、地域包括ケアを中心として在宅医療もやっているということで、先ほどの19ページの図でいくと、Dみたいな役割を今後担っていかなければいけないかなと考えています。

現場で実際やっている中で思うのが、先ほど来出ていますように、ACPがすごく大事で、ある程度決まっていれば、救急の分野でもお役に立てるフェーズがあるのかと思うんですが、実際のところはなかなか難しいと思っています。

うちぐらいの規模で地域包括を中心でやっている、高齢者のトリアージの部分で、救急はなかなか難しいところがあります。

なので、日中はもちろん応えられる範囲で応えたいということと、あと、夜間の救急については、ACPが決まなくて、なかなか難しいときは、急性期のほうにトリアージをお願いしたくて、その代わりに、下り搬送のところで積極的にご協力ができたらと思っています。

○太田座長：ありがとうございました。

これもほかの圏域で出ていました。日中であれば請け負うだけのマンパワーがあるけれども、夜間になると、検査機能などが、マンパワー的に昼間と同じ機能を維持できないので、そこをどういうふうにサポートするか、連携するかということも、確かに出ていたところですね。非常に重要なご意見だと思います。

次に、世田谷記念病院の清水先生、いかがでしょうか。

○清水（世田谷記念病院 院長）：私どもは、地域包括ケア病床を39床持っておりまして、在宅も行っております。

そういった中で、在宅の患者さんが悪くなった場合、救急で受けるんですが、先ほどお話がありましたように、夜間がなかなか大変で、管理当直のスタッフが今いなくなりまして、いろいろな検査ができないという点がございまして、夜間は受け入れていないという状況です。

あと、地域のほかの訪問クリニックからのご紹介があったり、急性期病院の患者を受け入れるということは行っております。

今後、夜間の救急は非常に大きな問題があると思っておりますので、スタッフをもっと揃ってくればやりたいと思っておりますが、現時点では難しいと考えております。

○太田座長：ありがとうございます。

例えば、事前に、ACPじゃないですが、家族と「こういう方向性でいく」ということが分かっているような患者さん、かかりつけの患者さんも含めてであれば、対応は現実的には可能でしょうか。そういう方も難しいのが現状でしょうか。

○清水（世田谷記念病院 院長）：在宅で我々が診ている患者さんの場合も、個人的な信頼関係というんでしょうか、患者さんの家族とかがどう考えているかをよく理解しているので、そういう方の場合は、夜中の12時とかはなかなか難しいですが、8時とか9時とかいう準夜帯のレベルであれば、現実を受けていることがあります。

ですから、真夜中の12時とかは、申し訳ないですが、急性期病院に送らせていただいているケースも、我々が在宅で診てる患者さんでも、そういう形になることがあります。

○太田座長：ありがとうございました。

急性期に送らざるを得ないような環境が、夜間の場合は結構あるということが多いということですね。非常に参考になりました。

続きまして、渋谷の原宿リハビリテーション病院の松谷先生にと思ったのですが、入られていないようですので、後ほどまたお伺いしたいと思います。

続いて、慢性期の先生方にお聞きしたいと思います。

まず、目黒区の碑文谷病院の丸井先生にと思いましたが、まだ入っておられないようですので、後ほどお伺いしたいと思います。

それでは、世田谷区の三軒茶屋病院の大坪先生、こちらにいらっしゃいますので、先生、いかがでしょうか。

○大坪（三軒茶屋病院 統括院長）：先ほどの、「夜間でも受け入れられるか」ということですが、後方支援病院と協定書というものを患者さんと結ぶことができ、事前にかかりつけの先生から情報提供をいただいているので、夜間でも何でも受け入れるというシステムがあります。

ただ、以前のように、割と個人の先生が在宅を頑張っているような時期は、そういうのを結んだりすることがあったんですが、今はあまりそういうのがなくなっています。

逆に、そういうのがあれば、「この方はこういうふうになる」ともう先が分かっているんで、「そのときはこの病院に行けばいいんだよ」ということで、情報をもらっているんで、病院も受けやすいというのはあるので、もう少しそれが活性化するといいかなと思っています。

そういうことが分かっている患者さんの家族から受け入れるというと、病院側のハードルはかなり下がるので、前は割とそれで受入れはあったんですが、最近ほとんど協定書も結んでないので、それはもっと使うようにしていくと、いいシステムかなと思いました。

それから、この先ほど東京都から出していただいた図ですが、これからますます高齢者救急が進んでいくと、こういう方向に持っていかなければいけないのかと思うんですが、なかなか線引きが難しいため、きっちり分けられないということがありますので、極端にはできないというのはあると思います。

ただ、過剰な医療は避けるべきというところを考えていくほうがいいのかと  
思っていて、今の状態だと、一次救急の方も大学病院に行ってしまうみたいな状況は、  
行き先を間違えているんじゃないかというのもあると思うんですね。

だから、急にはできないので、だんだん緩やかに、少し分けていくということ  
をやらないといけないのかなと思っています。

分けていくときに診療報酬というのは結構ポイントになると思うんですが、そ  
れぞれの役割分担をさせるのであれば、それぞれの役割を担っているところがき  
ちんと診療報酬で評価されれば、自然とそれは分かれていくというか、やりやす  
くなるんじゃないかと思っています。

あと、ACPについては、何度も出てきているんですが、「誰がやるか」という  
のは非常に大事で、「その場で急に」というのはできないので、そこに、かかりつ  
け医の先生方の役割というのは非常に大事になると考えています。

例えば、「訪問診療」と大きくひとくくりにしても、レベルの差があるというか、  
本当に丁寧に診てくださっていて、いざというときもちゃんとやってくださると  
ころと、丸投げというか、機械的に回っているような感じの方もいるようです。

なので、丁寧に診ておられる先生というのは、家族の背景のこととかをよくご  
存じで、いろいろ分かっているらっしゃると思っていて、患者さんとの信頼関係も  
あるし、そういった方はすぐ「ACPを」と言っても、もちろん時間はかかるけ  
れども、そこをちゃんと評価していただければ、できると思うんです。

ただ、“メガ在宅”的なところがACPまで踏み込んでやるかということ、どこま  
で患者さんを分かるようにしようとしているかということは、疑問に思うことも  
あります。

ですので、そこを評価に入れていくと、在宅の中でも、ただ数を診るというこ  
ろと、親身になっているところの差がつけられるんじゃないかなと思っていま  
す。

○太田座長：ありがとうございました。

先生がおっしゃっていることも、いろいろな圏域で確かに出ていました。

「役割分担するのであれば、それに見合った診療報酬なり補助をしないと、経  
営上なかなか難しいのではないか」ということと、「ACPをやるときに、かかり

つけ医の機能というところが、入り口で非常に重要になるんじゃないか。そこがトリアージの一つの始まりになるんじゃないか」というご意見をいただいています。

続いて、セントラル病院の山下先生、いかがでしょうか。

○山下（セントラル病院 統括院長）：我々の病院は、慢性期の病院になるんですが、法人の方針として、「地域包括ケアシステムに貢献する病院づくりを目指していこう」ということで、高齢者救急に関して積極的になるべく受け入れるようなことを今行っております。

例えば、高度急性期の病院の救急外来とかからご紹介いただいても、日勤帯であれば、その日のうちに受入れ等を行うということを行っております。

また、連携している特養とかの施設ですとか、我々も訪問診療を持っているんですが、連携している訪問診療の先生方のご紹介とかであれば、即日で緊急入院等の受入れ等を行ったりして、高齢者救急にできるだけ貢献していこうとしております。

近隣の訪問診療の先生ですとか連携施設とかで、ACPがある程度明確で、高度な医療を希望していないというような方であれば、夜間帯とかにおいても、依頼があればお受入れをすることもしております。

それぞれの病院の実情等にに応じて、少しずつ受入れ幅を広げるということを目指していけるといいのではないかと考えておりますので、将来的には高齢者救急を積極的に推進できるようなことを目指していきたいと考えております。

○太田座長：ありがとうございました。

先生方のいろいろなご意見をお聞きして、病院ごとの特性というものがいろいろあって、しかも、療養であつたり回復期であつても、昼間と夜間の違いもあつて、夜間の救急に関してもこういう体制であれば受けられるということを見える化するということも、下りの搬送では非常に重要なのかなと感じました。

それでは、今度は、病院の先生方だけではなくて、地域でいろいろ活躍されている諸団体の方々にご意見をお聞きしたいと思います。

東京都病院協会の内藤先生は、先ほど、病院としてもお聞きしましたので、地区医師会の先生方から、かかりつけ医の立場、地域包括の観点からも含めて、いろいろご意見をいただければと思います。

目黒区医師会の足立先生、お願いします。

○足立（目黒区医師会 理事）：私の所属が東京共済病院で、二次救急をやっているのですが、在宅に関してのコメント難しいんですが、きょうのお話を聞いていますと、各病院で役割分担というのは進んでいくと思うんですが、必ずそのところでオーバーラップする部分が出てきて、そういうところに患者さんが埋もれてしまわないかということが心配です。

あと、受診する患者さんの側の意向というのが分からないと、トリアージは非常に難しいと思いますので、そのためにも、先ほどから出ていたACPというのが重要になってくるだろうと思っております。

それから、高齢者救急を当院も一生懸命やっていますが、ほぼ内科救急になるんですね。外科救急は、転倒して骨折とかいうことが多くて、ほぼ8割方は内科救急に回ってくるので、そこでの点数の補助であるとかがあれば、積極的に参加していく意欲になるんじゃないかと思っています。

○太田座長：ありがとうございました。

二次救急病院としてのご意見ということでお伺いさせていただきました。

次に、玉川医師会の稲葉先生にお伺いしたかったのですが、今は席を離れていらっしゃるようですので、後ほどまたお願いいたします。

次に、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）：今取りざたされているお金のことがすごく大きいと思うんです。大きい病院でも小さい病院でもお金がないから、非常にやりにくいというところがあって、大きい病院は、「今はいっぱいだから、お断り」、「少ないから、どんどん紹介して」ということになってしまうんです。

それと同時に、夜間でも快く受けてくださるかというのは、患者さんにとってもすごく大きな問題です。夜に伺って、「大したことないから、帰れ、帰れ」と言

われても、帰る足がなかったり、独り暮らしだったり、この冬の時期で大変だったりというがあるので、こういう場合はどうするのかということもあると思います。

先ほどからACPの問題がすごく大きく取り上げていますが、例えば、診療情報提供書を事前に書いておいて、そこにACPのことも書いてあるといいんですが、そういうことが地域の診療所の先生の役割だと思っています。

ただ、こここのところをもっと頑張っていたくには、今のこういう実情も、地域の診療所の先生に、大きい病院の実情とか、医療の逼迫した状況とかいうことを、理解していただかないといけないと思います。

そして、例えば、病院間で患者さんをすぐに移動できるようにするというのも、とても大事ではないかと思っています。

今後のことを考えると、患者さんが今逼迫している状況ですが、もっと逼迫してしまうんですね。そうすると、少なくとも診療所の先生たちは、働く世代をもっと健康にするとか、今通っている方々にACPの話をしたり、もっと健康になるような方向に行かないと、とてもじゃないですが、病院は満杯になってしまって、いくらお金があっても足りないと思います。

将来のことを考えれば、学校に行っている小中学生とかいう人から、健康教育をしっかりとしていけば、それがまた親を刺激して、働く世代もその先も、健康に注意してくれるのではないかと思っています。

最後に、かかりつけの先生、診療所の先生たちは、今までずっといろいろ診てきたと思いますので、患者さんもACPの話に耳を傾けるとし、そこでの説得が大事ですが、最近は訪問診療の先生たちはすごく手広くやられたりして、その先生たちと患者さんとは付き合いが短いんですよ。

そうすると、こういうような深い話もできなくなると思うので、今までのかかりつけの先生と訪問診療の先生とも結んで、大きい病院と診療所の先生ももっと交流を深めないと、うまくいかないのではないかと思います。

あと、小さい病院の先生が、“トリアージ病院”としての機能を発揮すれば、大きい病院も楽になるかなということを考えました。

いろいろなことはありますが、いろいろと皆さんとうまくいくようになってほしいと思っています。

○太田座長：ありがとうございました。

次に、歯科医師会代表で、目黒歯科医師会の酒井先生、お願いします。

○酒井（目黒区歯科医師会 会長）：高齢者救急という話になってくると、歯科はあまり関わりようがないところですが、歯科がもし関わるとすれば、在宅医療であったり、高齢者施設であったり、自宅に居るときに、歯科が介入して、口腔ケアを徹底するというところで、歯科が関わっていけると思っております。

脳卒中とか心疾患だとか、アルツハイマーだとか、歯周病菌との関わりがだいぶ言われているようなところもございますので、「攻めの予防」ではないですが、住宅や施設において、口腔ケアを徹底することによって、2040年に向けて数が急増していく中でも、その予防を徹底して、少しでもその数を減らすというようなことに、歯科が協力できればと思ったりしていました。

○太田座長：ありがとうございます。

確かに、高齢者の口腔ケアは非常に重要だと思いますので、歯科との連携もしっかり進めていく必要があると思っております。

続きまして、時間もだいぶ押してしまいましたが、全員の方からご意見をいただきたいと思えます。

薬剤師会代表の小林先生、お願いします。

○小林（東京都薬剤師会 常務理事）：ACPについての話がかなり出ていましたが、薬剤師も最近ではACPにつきまして学ぶ機会というのも多くなってきているというのが現状でございます。

薬剤師会は、薬局薬剤師が多い団体ですので、患者さんとの日頃のやり取りの中で、そういった話ができるのではないかと考えているところです。

それから、患者さんが急性期病院にかかりたがるというような流れにつきましては、実はお隣の埼玉県の取組みになるんですが、薬局が関係している取組みがありますので、ご紹介させていただければと思います。

薬局でお薬を患者さんにお渡しする際に、「#7119」のことを啓発しているんだそうです。お薬の袋にその情報を印刷して渡しているということです。

それができないような薬局の場合には、埼玉県の薬務主管課が、例えば、ゴム印とかいった資材をつくって、「なるべく#7119の情報を広めよう」というような取組みがあると伺いましたので、こういうのも、先生方がお忙しい中、薬局薬剤師が、その代わりにちょっとした啓発ができることにつながるんじゃないかと思っていますところでは。

○太田座長：ありがとうございました。

ACP啓発の一つの工夫として、非常に重要だと思います。

次に、看護協会代表の中川様、お願いします。

○中川（東京都看護協会 南部地区理事）：高齢者を支えていくには、医療と介護というのが、どんどん境がなくなってきていますので、いろいろところで連携していかなければと思っています。

そういった中でも、このACPの普及といったところと、病院と地域とつながっていく連携ということ、多職種でも進めていくことを、粛々と進めていくということが、とても重要ではないかと思いました。

○太田座長：ありがとうございます。

続いて、保険代表の方々に、こういう取組みを行うことで、何か保険者としてのご意見はございますでしょうか。

まず、全国健康保険協会東京支部の石井様、お願いします。

○石井（全国健康保険協会東京支部 保険部 健診グループ長）：非常に難しいのですが、私、先ほど先生方がおっしゃったような、医療を受ける側の立場の経験が最近あったので、そこからの話にさせていただければと思います。

私の父が、急性期の病院にかかりまして、慢性期の病院に移ったということが最近あったのですが、そのときのことを想像しながら、きょうの会議でのお話をお聞きしていました。

年齢とか機能とかいろいろなところで、役割分担されようとしている中、私たちが次の病院を選ぶ視点は、「面会時間が長い」とか、「たくさんある」とか、「予約しなくても面会できる」とか、そういうところの思考回路だったなと思ったところですが、そういったところのマッチングが非常に難しいのではないのかなという感想ですが、思ったところです。

○太田座長：ありがとうございます。

次に、NXグループ健康保険組合の別府様、お願いします。

○別府（NXグループ健康保険組合 常務理事）：健保としては、なかなか医療の関係というのは具体的に取り組むことは難しいですが、我々の健保でできることとしては、被保険者の皆さんにセルフメディケーションを浸透させていくというところが、非常に大事だと考えております。

あと、健康年齢をいかに延ばしていったって、本当に医療が必要な方々が受けられる体制ということに取り組んでいく必要があるのかなと思っております。

○太田座長：ありがとうございます。

それでは、最後になりますが、市町村代表の保健所長さんからご意見をいただきたいと思います。

世田谷区の向山（ムコヤマ）所長、お願いします。

○向山（世田谷保健所長）：世田谷区では、病院の先生方や医師会の先生方から、医療介護と特に高齢者の今後の医療のあり方を一緒に考えようという場を、なかなか設定できておらず、大変申し訳なく思っています。

それで、先ほどからACPの話がありましたが、コロナの経験のときに非常に大きくこの会議でも出てきたと思うんですが、区民の方がいろいろな科にかかっても、処方箋は門前薬局にバラバラに出している。

それから、かかりつけ医というところが、十分分かっていないので、隣接区などの病院にかかっている、当然、そういったお話ができるような土壌がないということもあります。

一番問題なのは、「誰が」ということですが、ここは、行政の役割として、今の医療の現状や今後の課題で、それぞれやっていただくことを、きちんと情報提供していくということが大事だと思っております。

あと、今ACPという話がありましたが、世田谷でもそれに力を入れて、今年度も、太田先生に来ていただいて、私も登壇してという形で、シンポジウムなどをやって、参加された方の反応は非常にいいんですが、1回やっても百人いらっしやるのが精々という形なんですね。

ですので、先ほど薬剤師会の先生がおっしゃったような取組みもそうですし、地域で受診された方、例えば、後期高齢の健診にいらっしやったときに、「積極的に生きる意味でも、ACPを考えていただく」か、福祉の人が非常に足りないという話がありますが、その教育や連携をきちんとしなければいけないと思っています。

あと、今憂慮しているのが、世田谷区には訪問看護ステーションもたくさんありますし、有料老人ホームもたくさんできてきていますが、災害も含めて、地域連携というところがあまりなくて、嘱託医が法人の関係のところからいらしているという状況が多いです。

入院して退院が迫ってくると、住民は、「24時間診ます」といったところに流れてしまうということもあるので、こういったところをどのように住民に見抜いていってもらうか。

それから、きちんとした医療を提供していただいているところと、連携法人のこともこれから勉強していくんですが、どう連携でカバーをし合い、どこがそうではないのかとか、本来は診療報酬なのか行政の事業なのかといったところも、きちんと考えていく必要があると思っています。

○太田座長：ありがとうございます。

最後に、渋谷区の山下様、お願いします。

○山下（渋谷区健康推進部長兼保健所長）：今の医療の課題について改めてお聞かせいただいたと思っております。

全国的に、保健所長会で、地方の状況等を伺いながら、「国の考え方がこういう理屈でこうなっているんだな」というところは、腑に落ちた部分もあったんですが、東京の独特な部分というか、特殊性に基づいて、私たちもしっかりと、今の現状を国に伝えながら、東京の状況をきちんと認識した上で、私たちの仕組みをつくっていかねばいけないというところを、改めてきょう理解したところでございます。

また、いろいろとお聞かせいただければと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○太田座長：ありがとうございました。

以上で全員のご意見をいただきましたが、まだご発言されていない先生、できなかった先生で、ご発言を希望の先生はいらっしゃいますでしょうか。

では、以上でよろしいでしょうか。活発なご意見をいろいろいただきまして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の場でもありますので、ぜひ情報提供を行いたいというものがございましたら、挙手をお願いいたします。

よろしいでしょうか。では、本日予定された議事は以上となりますので、事務局にお返ししたいと思います。よろしくお願いいたします。

## 4. 閉 会

○本間課長：本日は活発なご議論をありがとうございました。

下り搬送が重要である、地域全体での旗振り役が必要だというようなご意見ですとか、救急における分かりやすいシステムだとか、たくさん出てきましたACPの取組みの必要性とか、我々が参考にすべきご意見をたくさんいただきましたので、今後の地域医療構想の作成にあたって活かしてまいりたいと思っております。ありがとうございました。

最後に、事務連絡がございました。

本日会議で扱いました議事の内容について、追加で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お使いいただき、東京都医師会宛てに、会議終了後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)