

[令和7年度 第2回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東部〕

令和8年3月4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』

〔区東部〕

令和8年3月4日 開催

1. 開 会

○本間課長：それでは、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〔区東部〕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。昼間の業務のあとにご参集いただきありがとうございます。

本日は、地域医療構想調整会議を年2回やっているところの2回目になります。

内容としましては、報告事項が4つ、議事が3つとなっておりますが、メインは最後の意見交換になります。

こちらのテーマは、事前にYouTubeをご覧になったと思うんですが、高齢者救急についてです。

高齢者といっても、65歳以上の話じゃなくて、団塊の世代の人たちが、昨年、全員が75歳以上の後期高齢者になったということですが、その人たちが、さら

に10年後、85歳以上になるため、さらに医療需要が増えていくだろうというのが想像されるところです。

その高齢者救急をどういうふうに地域で役割分担していくのか、特にその中でも、三次救急についても、みんなで力を合わせていかないと、コロナのときのように、とても対応できない状況になるのかもしれないということです。

そのときに、三次救急としての病院とそれ以外でどういう役割分担ができるのかというのが、今回のテーマになるかと思います。

活発なご議論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。また、本日は、第1回に引き続きまして、よろしくお願いいたします。

本日ですが、土谷先生からもお話しいただきましたが、新たな構想で始まる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。

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考えております。

本日いただくご意見を踏まえまして、東京の特性を踏まえた地域医療構想を策定していきたいと考えています。また、それを踏まえまして医療提供体制の確保のための施策などにもつなげていきたいと考えておりますので、その機会とさせていただきます。

本日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。

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。よろしくお願いたします。

それでは、これ以降の進行を湯城座長をお願いいたします。

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

○湯城座長：皆さん、こんばんは。座長の、墨田区医師会の湯城です。

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。

○湯城座長：ありがとうございました。

では、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。

今年度から、東京都においては民間病院支援という事業が始まりました。1人1日580円の入院補助金が出るということで、今までなかったような事業が始まったところです。

今年度に始まって、来年度も続くのかどうかと言われると、まだ何も決まっていなかったのですが、それが決まりました。その根拠となるのが、皆さんがお答えになったこの調査になります。

この調査に基づいて、ご案内ありましたような、7割の病院が赤字だということで、この結果を踏まえて、「事業をやめます」ということは、とても東京都は言えなかったということです。

皆さんがこうしてきちんとお答えいただいたのが、事業の継続につながっているということです。今後も医療経営は大変な時代が続くとは思いますが、各種の

こういった調査にご協力いただくことによって、こういった補助金事業に直接つながるわけではないのかもしれませんが、そういうふうに反映される可能性はありますので、お忙しい中ですが、しっかりお答えいただければと思います。

○湯城座長：ありがとうございました。

ほかに何かご発言はありますか。

では、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の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。

○湯城座長：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：新たな地域医療構想について一言コメントしたいと思います。

これは、2040年を見据えた構想となっています。検討会で議論されて、ガイドラインが出てくるのかなというところになりましたが、強調したいのは、国のガイドラインは全国を見据えてのガイドラインだということです。

特に、人口減少が急速に進んでいる地域での対応をどうするのかというのが、主眼に置かれているところでしたし、現在の構想もそういう人口減少に備えての地域医療構想ということになっていました。

つまり、東京とは全然違うような状況になっていますので、国のガイドラインも参考にはもちろんしなければいけないですが、東京は東京で特有の問題を抱えながら、新たな構想を策定しているということです。

しかも、今度は、地域医療構想が医療計画の上位概念となっていますので、皆さんのコメントが反映されれば、医療計画の上に位置するものになります。

ここでのご意見が非常に重要なものとなりますので、忌憚のないご意見を、現場の声をぜひ上げていただきたいと思います。

○湯城座長：ありがとうございました。

ほかにご発言はありますか。

それでは、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)

○湯城座長：(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、特によろしいでしょうか。

では、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、公表に向けて準備を進めてまいりたいと思います。よろしく願いいたします。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、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)

○湯城座長：「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。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、意見交換という、きょうの一番のメインのテーマですが、出席の先生方から、ご発言いただきたいと思えます。

まず、高度急性期の機能の病院からですが、きょうは墨東病院さんは欠席ですので、江東区の昭和大学江東豊洲病院の横山先生にと思ったのですが、通信状況が不明なようですので、東京臨海病院の臼杵先生、お願いできますでしょうか。

○臼杵（東京臨海病院 病院長）：非常に難しいテーマですが、まずは、東京独自のということを考えると、一つは、先ほどあったように、大学病院を中心に三次救急を受けるところがかなり多いというところと、一方で、二次を民間の病院を中心にかなりたくさんやっているというところが、医療機関としては特徴なのかと思っております。

今回の診療報酬改定とかを見ると、救急の取合いになってしまうんじゃないかという懸念があるので、例えば、以前も話題になった三次のところ二次まで取ってしまうというようなことが起き得るかなと思えます。

心麻酔を中心に診療報酬とかを考えて誘導されると、そういうことが起きてしまう懸念があるので、そのところを東京独自で、ある程度国で数とか決まって

いるんでしょうが、それ以外で、例えば、「こういう基準だったら、急性期拠点でもいいよ」というような形をとったほうがいいのかと、私としては考えております。

あとは、これも前から言われているように、連携のシステムは、この医療圏だけで考えるのか、あるいは東京全体として考えるのかというところも、やっていけないといけないかと思っています。

特に医療機関以外の地域包括の関係も、いい連携をしていかないと、なかなか病院として立ち行かないかと思っています。

○湯城座長：ありがとうございました。大変貴重なご意見だと思います。

それでは、急性期機能の病院からのご発言をお願いしたいと思います。

墨田区の賛育会病院の賀藤先生、お願いします。

○賀藤（賛育会病院 院長）：当院は、前から何回か発言させていただいているんですが、「病院機能とは何だ」というところで、いつも引っかかっていますが、小児科と産科が中心の病院なので、この会議でいつも議論されている老人とか成人の病院機能とは、毛色が違った医療をやっています。

なので、地域医療じゃなくて、小児も産科も、東京都全体で、重症な患者さんをどこにやるかということが議論されないと、にっちもさっちもいかないような状況なものですから、今されている議論とはちょっとかけ離れたところに位置しています。

ということで、急性期病院といっても、成人、老人を中心にやる病院と、そうじゃない病院があるということだけは、ご理解いただければと思います。

あと、内科もありますが、こちらは、三次とか外科治療をやっているところと連携しながらやっていこうと思っていますので、一番大きなものは下りの連携というものをどうするかということだと思っています。

あとは、先ほどご意見がありましたように、今回の診療報酬改定で救急医療というのがものすごく憂慮されていまして、そこら辺の誘導が今度どう影響するかということは、きちんと評価しないと、間違っただよなところに行くのではないかと思っています。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、江東区の藤崎病院の藤崎先生、お願いできますか。

○藤崎（藤崎病院 院長）：これは、以前からもよく出ているお話だと思うんですが、東京都の場合は、この区東部だけじゃなくて、区中央部なども密接に関係があって、特に、急性期の拠点になるような病院というのが、中央部と合わせて考えなければいけないという状況だと思うんです。

二次救急に関しては、この圏域内で考えても、恐らくできるのかなとは思いますが、三次とかなってくると、区中央部のほうと一緒に考えていかないといけない問題なのかと思います。

どこも経営難ということで、三次の病院が二次の救急を取ってしまうとかいう問題もあつたりしますので、その辺のうまい切り分けというのは、非常に大事になってくるのかと思っています。

○湯城座長：ありがとうございます。

では、江戸川区の森山記念病院の本橋先生、お願いできますか。

○本橋（森山記念病院 院長）：今の救急の状況というのは、結構いろいろ問題があつて、救急車をいっぱい受けるのもいいんですが、受けてしまうと、救急車というのは、来るときはたくさん来てしまつて、病院がいっぱいになってしまうんですね。

そうになってしまうと、どこかに患者さんを送らないといけないんですが、その連携がうまくいっていないです。

コロナのとき、Web会議ですごくうまくいったときがあつたんですが、どうしても、患者さんをどこかに搬送しなければいけないというときに、「3日以内」とかいろいろありますが、とてもそんな短期間に患者さんを誘導するということは、なかなかできないですね。

そうすると、救急車は受けるんですが、病院のほうがあつという間にいっぱいになってしまって、送るところがないということになって、結局大事な治療をしなければいけない患者さんを受けられないというような状況も発生します。

ですので、これからは、どういう患者さんを得意としているところで受け入れるかという役割分担をしっかりとやって、例えば、どこかの病院で受けてしまっても、すぐにその患者さんを動かせるようなネットワークづくりみたいなものをしていかないといけないのかなと感じています。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、回復期機能のところから、墨田区の東京都リハビリテーション病院の新井先生、お願いできますか。

○新井（東京都リハビリテーション病院 病院長）：当院は、急性期をやっていない回復期ということなので、この図で行くと、「高齢者救急」というのとうちが結びつくのか疑問だったんです。

高齢者救急というのは、地域包括ケアとか地域包括医療病棟に行つて、そのあと、在宅に行くのか。

脳卒中とかであれば、うちの集中的なリハということで、回復期で引き受けるのはいいと思うんですが、その辺の高齢者救急の扱いが、私は分からなかったのので、その辺をクリアにできればいいかと思っています。

○湯城座長：ありがとうございました。

ここで言われている「高齢者救急」というのは、いわゆる要介護とか、一般の患者というよりは、これまでこの会議でも議論されていた回復期の、今後は「包括期」となるようなところでの、繰り返すような誤嚥性肺炎とか骨折とかというようなことを、想定されているのかなとは思いますが。

○新井（東京都リハビリテーション病院 病院長）：分かりました。

○湯城座長：では、江東区の江東病院の梶原（カヅハラ）先生、お願いできますか。

○梶原（江東病院 院長）：当院は、急性期病床に併設している病床ですので、今後高齢者が増加していくときに、30床しかない回復期病床でその役割が果たせるかどうかというのは問題だなと考えています。

また、今回の改定は、当院は、リハの3を取得しておりますので、今後、1年経過しますと、リハビリを行うためのスタッフは取るのは難しいかなと考えております。

江東区内には大きな病床数を有する回復期の病院もありますし、今その回復期を増床している病院もありますので、そことの連携をしっかりとできてくると思いますので、回復期病床に関しては、江東区内では充足してくるのかと考えているところではあります。

○湯城座長：ありがとうございました。

江戸川区のタムスさくら病院江戸川の長原先生、お願いできますか。

○長原（タムスさくら病院江戸川 院長）：私のところは、リハビリの病棟が240床、地域包括病棟が78床ありますが、これが地域に浸透してなくて、急性期の治療を終わった方々を受け入れたいんですが、我々の機能が知られていないのかなという気もしています。

当院は、認知症の疾患医療センターもあるので、高齢者の認知症の患者さんを受けるというのも、割合得意としていますので、こういうことを地域の先生方に知っていただいて、後方支援ということで、ぜひご活用いただければと思っています。

我々のほうから、入院中の患者さん、三次にお願いしないといけない、二次にお願いしないといけないということもありますし、都立の墨東病院とかいろいろなところと協力をして、肺炎も早めに、抗生物質が当たるものが決まったら引き受けるというような努力をしていますので、よろしくお願ひしたいと思っています。

ですから、いろいろな病院の特徴とか機能とか、得意な部分をはっきりさせていくと、連携がうまくいくかなと思っています。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、慢性期の病院からの発言をお願いしたいと思います。

墨田区の中村病院の中村先生、お願いいたします。

○中村(中村病院 理事長)：慢性期ということで、療養病棟を31床持っていて、あとは、地域包括病棟という形になっているんですが、患者さんがなかなか実際、このところ来なくて、江東区の病院にみんな持っていかれてしまっているのかなという感じがしているのが現状です。

ただ、院内で発生した患者を急性期に送ろうとしても、そっちのほう忙しいので、なかなか受けてもらえないのも現状なので、高度な救急をやるところに関しては、できるだけ余裕を持って救急患者を受け入れてもらいたいというのが一番切実な問題です。

○湯城座長：ありがとうございました。

江東区の愛和病院の竹川先生、お願いできますか。

○竹川(愛和病院 理事長)：慢性期とか包括期は、より狭い地域で診ていくものであります。あと、介護も関連してやっていかななくてはいけないんですが、連携にあたって、例えば、包括期から慢性期に連携する場合に、法的規制がまだあったりして、うまくいかないところが一つあると思います。

それから、病床転換ですね。慢性期という形でいろいろなところが、地域包括を持っていたりとかしていますが、その割合によって、その機能が変わってくると思っています。

このあたりで、例えば、慢性期でずっと経営的にやっていけるのか、それをまた違う形に持っていくのか、リハビリをさらに強化していくのかとか、そういったことを各病院が考えるようになっていくと思います。

そのあたりで連携が本当にうまくできるのかどうかというのは、気にはなっています。

あと、東京の病院はすごく経営が厳しくて、いろいろなところでM&Aをされていたりとかがあつて、グループ化して、そのグループの中で閉じた連携をしているケースもあると思いますので、そのあたりをどういうふうに考えていくかということも、一つ提案として出したいと思います。

○湯城座長：ありがとうございました。

江戸川区の東京東病院の菊地先生、お願いします。

○菊地（東京東病院 院長）：途中参加で、質問内容がよく分からないんですが、当院も慢性期を持っていまして、急性期もあるんですが、慢性期もなかなか経営は厳しいです。

うちは、老人保健施設もありますので、そちらからの患者さんということで、急性期で受けて、急性期で出したあとは、慢性期で診るというような形で、グループ内で急性期からの受入れということをやつて、何とか回している状況です。

○湯城座長：ありがとうございました。

いろいろなご発言の中で、上りに関しては、今度の診療報酬改定で取るところがたくさん出てきて、かえって取合いになるのではないかというご意見がありました。

しかしながら、中村先生のように、高度急性期に受けてもらいたいときに受けてもらえないとかという問題もあつて、上りも下りも連携がいまいちスムーズに行っていないのかなというところが問題なのかもしれません。

最終的に患者さんが地域に帰っていくというところでは、地区医師会の役割もかなり大きいのではないかと思います。

では、地区医師会代表の先生方からご発言いただければと思います。

江東区医師会の永田先生は、後ほどとさせていただきます、先に、江戸川区医師会の神田先生、お願いできますか。

○神田（江戸川区医師会 理事）：江戸川区は、地域の消防署ともいろいろ、搬送の件数とか搬送の割合とか、情報共有を、どこもそうされていると思うんですが、

最近、我々のほうも「地域で完結するようにちゃんと回してくれ」みたいなことを、言っておりました。

ですから、江戸川区内で患者さんが完結するような救急応需が、少し増えているという報告があります。

引き続き、何とか江戸川区の中で完結できるような、これはもしかすると、こういった話と逆行するのかもしれませんが、地元の方は地元で診ようという意識で頑張っていきたいと考えております。

○湯城座長：ありがとうございました。

では、永田先生、お願いします。

○永田（江東区医師会 理事）：診療所で診療して思うことは、高齢者が増えてきて、軽度の脱水とかの、必ずしも医療的には重症じゃないんですが、自宅療養が難しいということで搬送しなければいけないというケースが多くなっています。

そのときに、救急車利用はためられるけれども、そのときの代わりになる搬送手段がなくて、救急にお願いしても断られてしまったりするケースも増えてきています。

その辺、虚弱な高齢者が増えるので、救急医療に負担をかけないようにしながら、重症でない患者さんの搬送というのを、地域で検討する必要を感じています。

あと、在宅も、機能分化を進めないと、“メガ在宅”みたいな、“重装備な在宅”ばかり増えてしまって、そういうところが慢性疾患の緩やかな、地域の先生でも診られるような患者さんを、多く診られたりしてしまうと、その地域を受け皿みたいなのが育たなかったりすると思います。

あと、継続性が保たれた地域医療というのができなかつたりするので、継続性が保たれた地域医療をするためにも、在宅の機能分化というものを考えていかなければいけないと感じています。

○湯城座長：ありがとうございました。

墨田区は私が代表で出ておりますので、一言お話しさせていただきます。

江東区の永田先生が、在宅で救急車を呼ぶには厳しいかな、どうかなという、そこまでではないけれども、受診は難しいなというケースで、墨田区では、病院救急車の活用ということをやっています。

これは、東京都医師会が事業で、毎年5台ずつ、各地域に東京消防庁から払い下げされた救急車を、地域に配備してもらっているという事業がされていますが、墨田区で2病院が病院救急車を持っていて、在宅の患者さんを病院に運ぶときに活用するというようなことをしているわけです。

救急車の受入れが診療報酬とかに関わってくるようになってくると、「東京消防庁の負担をできるだけ低減するために、地域の病院救急車を活用しましょう」というのは、バッティングするような気がしなくもないんですが、墨田区からの補助もある程度もらって、そういう事業をしていますので、体力のある病院が救急車を持って、地域の患者さんの搬送とか病院間搬送を区内でできればと思っています。

それと、在宅の強化事業によって、グループ化とか、最終的に地域に戻ってくる患者さんを受け入れる体制をできるだけ整えていくということで、準備を進めつつあるというところです。

それでは、今度は、行政のほうから、区市町村代表ということで、墨田区保健所長の渡瀬先生、お願いします。

○渡瀬（墨田区保健所長）：今いろいろとお話をお伺いしながらですが、行政としては、課題はいろいろありますが、災害時の体制をどう構築していくかというところが大きな課題の一つかと思います。

あと、救急に関しても、搬送する人が非常に増えていて、季節的にも、夏場の熱中症の人の搬送ということも、かなり負担が大きくなっているかと思うので、そういった面で、抜本的にそういったところの対策とかをいろいろ構築してかなければいけないだろうと思っています。

慢性期に関しても、地域での受け皿というところがいろいろ課題になっていると思いますので、そういったところでは、墨田区の場合は、病院が割と充実しているところかと思うんですが、それでも、連携しながらやっていく必要がありますので、それも今後とも検討を進めていきたいところかと思っています。

○湯城座長：ありがとうございました。

ここで、昭和医科大学江東豊洲病院の横山先生とつながりましたので、お願いします。

○横山（昭和医科大学江東豊洲病院 院長）：高度急性期病院として、どこの病院も非常に経営が厳しくて、当然、高度な医療を提供している大学病院として、病院の経営的には、高度な医療をすると、いわゆる材料費とかで、どうしても前半期は赤字ということで、どうしても救急を取って稼働率を上げようということになってくると、いろいろな高齢者が入ってくるために、高度急性期病院が多くの高齢者を抱えてしまうことになります。

ただ、院長レベルでは「搬送が」というんですが、なかなかその辺がうまくいっていないのが現状で、大病院でも多くの高齢者を抱えて、なかなか転院ができないという状況があります。

救急においても、今回の補助金もそうですが、救急の台数によって補助金の額が変わってくるので、どうしても救急を取ってくるということになります。

先ほどのお話のように、三次をやっている病院が二次も取るような状況になっていて、どうしてもその辺がうまくいってないかなと思います。

ちょうど1か月前に、東京都の大学病院の医師会の会議がありまして、そこでも、大学病院は90%の稼働というのをどこも目指しているので、そのために救急を大学でも、取らなくてもいいような患者を取っているのが現状です。

なので、慢性期病院とかとの連携というのを、もっとネットワークができればというのは、今後の課題かと思っております。

○湯城座長：ありがとうございました。

では、東京都病院協会の猪口雄二先生、お願いします。

○猪口雄二（東京都病院協会、寿康会病院 理事長）：ここの地区で私も病院をやっているということで、最近感じているのは、去年の夏ぐらいから、本当に急患が減っているというか、これが年末まで続いたんじゃないかなと思います。

厚労省の資料を見ても、だいぶ病床が空いていて、コロナ前までに回復してないというようなデータも出てきています。

これがずっと続くと、病床をどういうふうにコントロールしていくかということを考えなければいけないと思います。

もう一つは、今度の地域医療構想がそろそろでき上がってくると思いますが、その中で、将来的に若年層が減って、東京は特に高齢者が増えますので、どういふふうにその人たちを診ていくのかということを考えながら、現実的な話合いをしていく必要が生まれていくのかなということ、今感じておりますので、今後ともこの調整会議は非常に重要だなと考えております。

○湯城座長：ありがとうございました。

では、病院協会の精神領域の内山先生、お願いします。

○内山（東京都病院協会精神領域、東京足立病院 院長）：私たち精神科のほうでも、高齢化の波をかぶっております、特に身体疾患で救急のほうに送らなければならないようなケースとして、認知症と、もう一つは身体疾患を合併しやすいアルコール症などで、非常にお世話になっております。

私たちとしては、顔の見える関係を近くの病院と築いていきたいということで、お願いするときに、もう一つは、各病院で精神疾患の方々がいろいろな形で治療が困難な状況をつくっている場合には、なるべく引き受けていこうといったことで、連携のための情報提供のためのシートを、今作成しているところでございます。

そういった形でお世話になっているところと、連携を取っていけるようになるということを目指しております。よろしくお願いします。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、薬剤師会代表ということで、東京都薬剤師会の濱野先生にお願いできればと思いましたが、通信状況がよろしくないようですので、看護協会代表ということで、佐久間さん、お願いできますか。

○佐久間（東京都看護協会 会員代表）：向島病院に勤務しております。

当院としては、数は多くはないんですが、先ほど議論に上がっていた下り搬送という部分については、時折ではあります、文京区側の大学病院ですとか、墨田区内の急性期のいくつかから、受けておりました、救急外来からの直接の転院もあります。

また、入院のところからの転院という形も、もちろん受け入れておりますが、十分に病床を利用できているかという、まだまだ利用しきれてないかなと思っております。

近隣の看護部長たちと話す機会があるんですが、その中で、空いている医療機関、ベッドに空きがある医療機関と、「もうベッドが全然なくて、どんどん患者を出していかなければいけない」というような発言をされることの差が、すごくあると感じています。

それによって、高齢者の患者さんたちが入院をきっかけに、すぐに退院せざるを得ない、押し出されるような形になってしまったり、そこが難しくなるようなことがあるのであれば、地域の医療機関のベッドというものを、もっとうまく、先ほどお話にもありましたが、コロナのときのようにうまく使っていくということが、非常に重要ではないかと感じています。

地域ごとで、ベッドの使い方、看護の連携という部分では、まだまだ課題はありますが、このような課題感を持ちながら、地域の看護管理者を含め、病院間で協力していければいいかと思っております。

○湯城座長：ありがとうございました。

それでは、保険者代表ということで、野村証券健康保険組合の塚本様、お願いします。

○塚本（野村証券健康保険組合 常務理事）：健保組合というのは、後期あるいは前期の高齢者の支援金、納付金というのが、保険料収入の半分以上を納付しているわけです。

その中で、徐々に財政が厳しくなっていて、赤字になっている健保であるとか、あるいは、我々のような単一健保も、このまま維持できないので、協会健保に移るみたいなどころも出てきています。

きょうお話を聞かせていただいて、医療体制を充実していただいて、来年度はいよいよ6月から診療報酬が3.09%アップするので、我々健保としても、どういうふうに維持していくかというのは、常に考えていくという状況の中で、皆保険制度そのものが壊滅するんじゃないかというリスクも、我々は持っています。

そうならないように、ぜひ医療体制を充実していただければと思いますので、よろしく願いいたします。

○湯城座長：ありがとうございました。

ご出席の皆さんから大体一言ずつはご発言いただけたと思うんですが、ほかに何か追加発言をという方はいらっしゃるでしょうか。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：きょうのテーマは、高度急性期の拠点とそれ以外との役割分担ということでしたが、そこまでは議論が、将来的な話になるのか、そこまでたどり着かなかったかなとは思うんですね。

ただ、病院の中でも、温度差というか、都内全体的に見れば稼働率は前ほどは上がってなくて、下がってきているということですが、「いっぱいのところはいっぱいだ」というご発言もありました。

そういうのが地域連携を進めていく中で解消されていくことは、大きな課題かと思っていますので、そのためには情報連携というのがありますが、ただ、全体像が見えないといけません。

ただ、それは、1つの病院が頑張っただうにかなる話じゃなくて、どうやってそういったシステムをつくるのかとかいうのも、それは次元が違う課題になりますが、東京全体の空床を見るということは、東京消防庁も関係する話だとは思いますが、そういったのもきょう課題として改めて認識したところですよ。

今後もずっと高齢者は東京の場合は増えますので、全ての病院で対応していかないといけない事態になっていくと思いますので、これからもそれぞれの病院で深い連携を築いていけるようにしていただければと思います。

○湯城座長：ありがとうございました。

ほかにご意見、ご発言がなければ、これで終了にしたいと思います。

最後に、情報共有の場ということで、この調整会議で何か、きょうの議案以外のところで、情報提供その他がございましたら、ご発言いただければと思います。

その前に、戻りまして、薬剤師会の濱野先生とつながりましたので、ご発言をお願いします。

○濱野（東京都薬剤師会 常務理事）：今回の議題については、特に薬剤師会からはご意見というものはないんですが、情報提供ということで、都内の各薬局でどんな医薬品がどこにあるかという一覧が見られるような形のものをつくるというアクションプランを立てて、動いております。

こちらの東部のほうでは、墨田区、江東区、江戸川区の各薬剤師会で、代表の人が出て、今構築しておりますので、いろいろな処方を、在宅、外来にかかわらず、対応できるように、みんなで協力して受けられるようにということで、今動いておりますので、ご報告をいたします。

○湯城座長：有益な情報提供をありがとうございました。

それでは、森山記念病院から、情報提供をお願いします。

○本橋（森山記念病院 院長）：一つご報告があります。

病床のお話なので、本来は理事長が話をするはずですが、私が代わりにお話をします。

令和6年度の第1回目の本調整会議の場で情報共有させていただきましたが、令和3年度に病床配分を受けた病床のうち120床を、法人内の介護老人保健施設の森山ケアセンターの一部を改修して、新病院を開設する計画について、法人

内で慎重に協議を重ねた結果、昨今の物価高騰の影響、地域医療構想に基づく病床機能の分化、現在地域で提供されている医療の供給量への考慮、また、森山ケアセンターが担っている地域福祉を引き続き継続していきたい法人の意向を鑑み、計画を取りやめて、病床配分を辞退することとしました。

本件については、本年1月に、東京都保健医療局医療政策部医療安全課に病床配分辞退の申し出をし、正式に受理いただきましたので、この場をもって共有をさせていただきます。

今後とも森山記念病院、森山ケアセンターの機能を維持しつつ、地域医療、地域福祉に貢献していきたいと考えておりますので、引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

○湯城座長：ありがとうございました。

ほかにはいかがでしょうか。タムス松江病院さん、どうぞ。

○坂戸（タムスグループ）：江戸川区にございますタムス松江病院の件で1点ご報告がございます。

従前より、江戸川区の地域医療を担ってまいりました、旧松江病院につきまして、去年10月よりタムスグループに加わり、12月26日より病院名称を「タムス松江病院」に改称させていただきました。

また、当院については、令和2年度に、本調整会議及び東京都医療審議会での協議を経て、病床配分を受けたのち、全面改修を行ってまいりまして、まもなく竣工を予定しております。

改修後は、最大199床の病院として、これまで担ってきた急性期医療に加え、回復期リハビリテーションを行う病院として、地域医療を支えていきたいと考えております。

引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

○湯城座長：ありがとうございました。

ほかにはいかがでしょうか。

よろしいですか。では、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返ししたいと思います。

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、事務連絡になります。

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る場合は、東京都地域医療構想調整会議ご意見と書かれた様式を使っていただき、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、本日の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)