

[令和7年度 第2回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔南多摩〕

令和8年3月2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』

〔南多摩〕

令和8年3月2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〔南多摩〕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。日中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、東京都の地域医療構想調整会議の年に2回やっているうちの2回目ということとなります。

報告事項が4つ、議事が3つとなっておりますが、本日のメインテーマは、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」ということとなります。

どういうことかと言いますと、急性期拠点病院が高齢者救急を診るのか診ないのか、役割分担をどうやっていくのかについて、そのあたりを地域でそれぞれ話し合ってみましょうというのが趣旨となります。

一般の急性期を担っている病院は、高齢者も担っているわけですが、これを制限するという話ではなくて、むしろみんなで協力していかないと、増える一方の高齢者、団塊の世代の人たちの救急に対応しきれないということがはっきりしています。

ただ、それが制限されるんじゃないかというところもありますが、地域でどうやって役割分担をやっていくのかというあたりについて、議論していただけたらと思います。

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。また、本日は、第1回に引き続きまして、どうぞよろしくお願いいたします。

今、土谷先生からもお話がありましたとおり、本日の議事でございますが、新たな構想で始まる予定の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ので、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いきたいと思っております。また、それを踏まえました医療提供体制の確保につなげていく機会とさせていただきたいと考えております。

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す。

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。よろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を田村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

○田村座長：座長の、多摩市医師会の田村でございます。

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。

○田村座長：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：2つお話ししたいと思います。

1つは、この調査に基づいて、先ほどご案内がありました、東京はこのままで大変なことになるので、診療報酬を大幅にアップしなければいけないということで、地方自治体である東京都が国に、国と都道府県・区市町村は対等だということの、なかなか言いづらい話ですが、その都道府県の一つである東京都が、国に対して、今の診療報酬では都内の病院はやっていくのが大変だということで、国に提言したということです。

それがどのくらい影響があったかはもちろん分かりませんが、診療報酬としては、2年間平均で3.09%になりました。

もう1つは、民間病院支援の話です。

今年度から民間病院支援が始まったことは、皆さんご案内のとおりで、1人1日580円という補助金が付く事業が始まりました。

来年も付くかどうかというのが大きなポイントだったわけですが、この調査結果を踏まえて、東京都は来年度も、少し金額は下がりますが、同様に民間病院の支援事業を継続するということになりました。

こちらにつきましては、皆さんがしっかりアンケートに答えていただいたのが、こういった事業の継続につながったということになります。

来年以降も病院経営が楽になるとは決して思いませんが、病院経営の調査もあると思いますので、そういうのはぜひご回答いただいて、病院が大変な状況を世の中に広く知らしめることにご協力いただきたいと思います。

○田村座長：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。

○田村座長：ありがとうございました。

ただいま説明がありました内容、あるいはそれに関連すること、それ以外でもご意見やご質問がありましたらお願いいたします。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：新たな地域医療構想が2040年を目標にまた始まるということです。

スケジュールをご覧いただいたと思うんですが、来年1年で策定するような話だったんですが、間に合わないということで、もう少し時間をかけて設定して、「2040年を目標にしていきましょう」ということになります。

強調したいのは、国のガイドラインそのままじゃなくて、東京は東京でしっかり自分たちの状況を踏まえた計画を立てなければいけないということです。

現構想においても、国の言うところをそのままやっていたら、なかなかうまくいかないところが多かったわけです。それで、私たちもこれまでいろいろ試行錯誤してきたところです。

皆さんにおかれましては、東京は東京で、国のガイドラインを参考にはするんですが、東京の特性を活かした計画がつくられますように、ご意見をぜひお願いします。

しかも、この地域医療構想というのは、医療計画の上位概念となりましたので、皆さんの発言は非常に重要になります。皆さんのご意見が東京都の医療計画に反映されることとなりますので、今後もぜひ活発なご意見を発信していただきたいと思います。

○田村座長：ありがとうございました。

この件は後ほどの議論の中でもまた問題になるかと思いますが、何かご意見等はございますか。

陵北病院の田中先生、どうぞ。

○田中（東京都病院協会、陵北病院 院長）：この話を進める上で伺いたいのは、猪口正孝先生がおっしゃっている構想区域の話についてです。

「東京都はもう1つと考えたほうがいいんじゃないか」とおっしゃっていて、私もとても納得のいく内容だなと、実は個人的には思っていて、東京都としては、どうなんでしょうかという質問です。

例えば、脳卒中や血管系などは、もう都内全域でのネットワークができている中で、今の二次医療圏だけで完結しない話はいっぱいあるわけで、各医療圏の中で話し合う中では、その辺の整合性が取れなくなっていくと思うんですね。

なので、もし東京都全体という話が進みそうだとか、進んでいくということであれば、それを前提に話をしていたほうがいいのかと思っています。

いきなり大きな話ですが、いかがでしょうか。

○田村座長：東京都からお願いします。

○本間課長：ご質問ありがとうございます。

新しい地域医療構想をつくるにあたって、国のほうでも、構想区域の見直しをするようにと、各都道府県に言われていますので、東京都でも見直しをして、結論はまだこれからですが、中では今検討させていただいています。

先生がおっしゃったように、疾病ごとに区域を超えた柔軟な連携が進んでいるとか、実際に患者さんも二次医療圏をまたいで、受診されているという状況もありますので、そういったところを踏まえて、どういう区域のあり方がいいのかを検討しております。

あとは、病床のあり方についても、区域を1つずつにしまうと、東京都全体で病床が管理されてしまうということもあるので、そういったところで、何かうまくやれる方法がないかということも、今検討しております。

このようにさまざまなことを模索しているところでして、来年度の構想の議論の中で、皆様のご意見を伺って、検討を進めていければと思っておりますので、もうしばらくお待ちいただければと思っております。

○田中（東京都病院協会、陵北病院 院長）：分かりました。ありがとうございます。

○田村座長：ほかにごありますか。

それでは、次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)

○田村座長：(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、大丈夫ですか。

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す。

特に紹介受診重点医療機関については、ほかの圏域とも併せて、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。

○田村座長：ありがとうございました。

それでは、本日のメインの、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)

○田村座長：「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リハについては、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。

○田村座長：ありがとうございました。

何かご意見のある方はお願いいたします。

特に高齢者救急の流れが高次医療機能のところに集中しないようにという部分とか、ご意見をいろいろお持ちじゃないかと思いますが、いかがでしょうか。

では、康明会病院の遠藤先生、お願いします。

○遠藤（康明会病院 理事長）：東京都の方々につきましては、民間病院の支援をしていただき、本当に感謝申し上げます。

1点だけお伺いしたいことは、東京都病院協会の新春の対談で、東京都医師会の尾崎会長と東京都病院協会の猪口会長が話をしておられました。

そこでは、東京都が一体となって、東京都の独自の医療構想のモデルをつくっていかうじゃないかというようなことが大きく出ていました。

先ほど、田中先生からもありましたとおりで、東京都の地域医療構想は、具体的にどのスケジュールで、15年後を待っていただけませんかから、いつ頃のタームで、先ほどの説明では、来年の3月ぐらいまでにまとめるという整理がされているんですが、この議論というのは、東京都で発表されると思うんですが、いつ頃までとっておられるのでしょうか。

都医と都病協と東京都が一体となって議論をしていくということと、先ほどの田中先生のことを私も共感するんですが、いつ頃までに東京都の地域医療構想をまとめていくのかということについて、もう一度確認したいと思います。

○田村座長：では、お願いします。

○本間課長：ご質問ありがとうございます。

もう一度、画面にスケジュールを投影させていただきます。

こちらに書いてあるのが、現時点で予定しているステージになっておりまして、令和8年度になりましたら、調整会議は、臨時の開催も含めて、3回程度を予定しています。

それと並行して、策定部会というものを立ち上げて、今調整部会のメンバーの方々を中心にと想定していますが、それで、4月以降、月に1回ぐらいのペースで議論させていただいて、進めていければと思っています。

いつまでにとというのは、先ほどの土谷先生からもありましたが、国のほうでは、「令和8年度中に」と言っていたんですが、各都道府県の事情なども踏まえて、少し期間を後ろ倒しにするようなことも言っています。

最終的には3月中に国から、策定に当たってのガイドラインが出てきますので、それを見て、都としても、本当に令和8年度中に策定がスケジュールどおりできるのかどうかを見た上で、いつまでにつくるかということを経済的に判断していきたいと思っております。

○遠藤（康明会病院 理事長）：それでは、今月末に国が出すガイドラインに沿って、東京都も都医も都病協も、もう一度、考えていくということですね。

○本間課長：はい、スケジュールについてはそうです。

○遠藤（康明会病院 理事長）：分かりました。ありがとうございます。

○田村座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

今回の構想の中で、高齢者の救急先については、すぐに高度機能病院に行くんじゃなくて、高齢者救急を得意とするところになるべく誘導したいといったことがあります。この辺については議論があるんじゃないかと思えます。

それでは、急性期の先生方に意見をお伺いしてもよろしいでしょうか。

八王子病院の野川先生にと思ったのですが、うまくつながらないようですので、では、永山病院の牧野先生、お願いします。

○牧野（日本医科大学多摩永山病院 院長）：非常にすばらしい構想だとは思いますが、実際に高齢者救急をどこの病院ですべていか、その選定がなかなか難しいと思えます。

救急車が、「この方は高齢者救急なので、この病院に」とかいうのが、はっきりされてくるのかどうかというところが、漠然としているかなと、これを見て思ったんですが、いかがでしょうか。

○田村座長：ありがとうございました。

そのお答えをいただく前に、野川先生とつながりましたので、野川先生、お願いいたします。

○野川（東海大学医学部付属八王子病院 病院長）：私も牧野先生の意見と全く同じことを考えておりました。

この19ページの図が一番分かりやすいかと思いますが、上段が、「治す医療」下段が「治し、支える医療」となっていますが、ここを救急隊が区別できるかどうかというところは、非常に難しい点かなと思っております。

私どもは、脳卒中とか心疾患を診ているわけですが、救急隊が考慮された時点で、この上と下を見分けるということは、かなり難しいかなと思っております。

ただ、一方で、ACPという制度がありますので、その方の病態がしっかりとっていて、もう慢性的な病態であって、ACPの中で、その方の意思がしっかりとしている場合、例えば、「もう延命のための急性期の医療は望まないので、できれば高齢者救急あるいは治し支える医療のほうに行きたいんだ」というご意思が、しっかりとしている状態であれば、そっちのほうに運んでいくということができるかなと思っております。

ただ、例えば、一般の方が救急車をお呼びになったときに、これはリバーシブルな病態なのか、そうじゃないのかということ、そこで判断されるということは、かなり難しいのかなと見ておりました。

全く牧野先生と同じ意見でございます。

○田村座長：ありがとうございました。

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：お2人の先生方、ご意見ありがとうございます。

最初のトリアージは非常に難しい問題だと思っています。

ただ、脳卒中や循環器については、例えば、CCUネットワークとかがありますので、それは別のトラックで運用されることになるかとは思いますが、それ

以外の疾患については、疾患ごとに全部取り揃えればいいんでしょうが、それは現実的ではなくて、なかなか難しいところがあります。

トリアージの話になりますが、「救急隊がトリアージできるのか」ということについてです。

近くの病院から受けてもらえるところから選んでいくというのを、基本にしてますが、そこに「高齢者だから」という条件が1つ加わるだけで、非常に複雑になると思うんです。

というのは、例えば、高齢者だからということで運んだ病院であっても、家族が「その病院は嫌だ。もっと高次機能の病院に運んでほしい」とかいうことも、容易に想像される場所です。

そのあたりは、みんなで話し合っ、ルールづくりをしていかなければいけないとあっていて、そこは本当に大きなポイントだと思います。

○田村座長：ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

多摩南部地域病院の桂川先生、お願いします。

○桂川（多摩南部地域病院 院長）：高齢者救急に関しては、単純に「85以上だから高齢者」ということじゃなくて、土谷先生もおっしゃっていましたが、病気の質によって決まるので、なかなか一概に年齢だけでは分けられないと思います。

あえて分けるとすると、例えば、高齢者整形とか高齢者感染症ぐらいで、それ以外の脳血管とか心臓とかは、希望があれば急性期の治療をすることになるわけです。

なので、その辺をトリアージで分けるのはなかなか難しいので、とりあえずは受けるだけ受けて、上り下りをはっきりして、そこで分かった時点で変更するというようにしていかないと、家族の意向もありますので、「高齢者だから」というわけにはいきません。

先ほど、ACPの話も出ましたが、いまだに救急隊は高次救急に行ってしまうですね。

もちろん、救急隊においても、「かかりつけ医と連絡が取れば、心肺蘇生をしない」というような動きもあるみたいですが、単純に年齢だけでは分けられないと思っています。

あえて分けるのであれば、先ほどの高齢者整形、高齢者感染症ぐらいでしか分けられないので、救急隊が瞬時にそれをやるというのは、なかなか厳しいのではないかと思っています。

○田村座長：ありがとうございました。

ほかにいかがですか。

では、在宅を一生懸命やっていたらしゃる関根先生にも、ご意見を伺いたいと思います。お願いします。

○関根（稲城市医師会 会長）：今のお話のとおり、なかなか振り分けるということは難しいと思っています。

もう一つは、金銭的に厳しい方が搬送できないとかいうことで、そういった方が増えていったときにはどうすればいいのかと心配しています。

日々の在宅でも、お金がなくて訪問診療に入れないという方もおられるという状況がありますので、そのあたりがどうなるかということも、いろいろ考える必要があると思っています。

○田村座長：ありがとうございました。

私も在宅をやっておりますので、そういう金銭的な問題で、生活保護を受給している方は、ある意味、もうそれで行けるんですが、ぎりぎり1割負担で頑張っている方とかに対しては、そういう問題が確かにありますよね。

それと、在宅の立場で高齢者救急ということ考えた場合、高次の病院の先生方もいろいろおっしゃっていただきましたが、救急隊がトリアージをすることは困難ということですね。

在宅の患者さんが急変して、どこの病院にお願いするのかというときに、家族の意向もありますし、もちろん疾患の種類もありますが、「高齢者だから、高次の病院はやめたほうが」ということは、とても言えないわけですね。

実際に、ACPという段階で、「強引な延命は望まない」ということでしたらいいんですが、90を超えていても、「どうしても長生きしてほしいので、何とかしてほしい」という場合は、病院先をいろいろ考える主治医も非常に悩ましいところがあります。

在宅をやっている立場からも、そういったかなり難しい問題があるなど、私も思っていました。

きょうの議論の中で、金銭的な理由で受診する病院がなかなか思いどおりにいかないということは、きょうの論点とはまたちょっと違うかもしれませんが、この辺についても非常に大きな問題だと思います。

何かこの辺について、ヒントになるようなお考えはありますでしょうか。ほかの圏域ではそういうところまで議論されていないような気がしていますが、いかがでしょうか。

私は、そうして頑張っている人たちに対しては、あまりいい方法かどうか分かりませんが、生活保護の受給をお勧めして、「金銭的な呪縛からとりあえず解放されたらどうか」ということを、何となくサジェスションしたりすることもあります。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：例えばの話ですが、「高齢者救急」という括りができて、「じゃ、あなたは高齢者救急」とか、その家族に、「患者さんは高齢者救急に行きます」と言ったとき、「いやいや、私たちはそっちじゃなくて、よりグレードの高い病院に行きたいんです」と言われた場合です。

どちらが上か下かは、私は決して高齢者救急がグレードが下と言っているわけじゃないんですが、ご家族から「グレードの高い病院に行きたいんだ」と言われたりしたときに、どういうふうに考えるかということです。

例えば、飛行機の話とかですと、「アップグレードするんだったら、お金がかかりますよね」となりますので、「高齢者救急」という仕組みができて、「アップグレードするんだったら、お金を払ってください」というような仕組みがいいなという話になるかもしれないと思いますが、どうやってその仕組みをつくるのかということの前に、「そういうことは本当にいいのか」とかいう話になります。

なぜ難しいかという、私たちはフリーアクセスに慣れ過ぎてしまっているからということも言えると思います。

今の話は、見方によっては、フリーアクセスを制限するという話になりますので、今まではフリーアクセスに慣れていたので難しいなと考えてしまうわけです。

しかし、今後は、よく言われるように、医療のアクセスとコストとクオリティという3つを、同時に満たす条件はないんだという世界になっていきます。

ですから、どれを取って、どれを制限していくかという話の入り口に、私たちが入ってきたというふうに考えてもらって、今後の医療のあり方も踏まえて、いろいろ考えていただきたいと思います。

○田村座長：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）：こんばんは。東京都医師会の増田です。

私も東京の下町で開業していますので、ブランド病院とか差額ベッドのことでという以前に、実際に医療費を払えない方が多いと思うんですね。

非常に危惧しているのが、今後、社会保険料を下げる、消費税も下げるということで、確実に原資がなくなっていくと思います。しかも、「若い人の世代の負担を減らす」というのは、聞こえはいいんですが、「高齢者に対するセーフティネットを粗末にしていこう」と言っていることの裏返しだということ、マスコミも政府も説明しないまま、そっちの方向に向かっていると思っています。

なので、今も大変ですが、五年後、十年後、本当に高齢者救急が、「高齢者になったら、医者にはかからないかもしれないけれども、それでもしょうがないよね」というふうな方向に、世の中が向かっていくことを、非常に危惧しているんですね。

これは、我々の現場の中の話だけじゃとても片付かない話なので、政治家も含めて、こういったことは、聞こえがいい反面、実はその裏に隠された恐ろしい事態というのを、今まで恵まれていた日本の高齢者の医療というのが成り立たなくなっているということ、非常に危惧しています。

ですので、先生方も同じお考えをお持ちだと思いますので、その辺を世の中に向かって発信していくのも、我々の役目かと思っていますので、よろしくお願ひします。

○田村座長：ありがとうございました。

テーマが今回の議論で想定されている範疇を超えたのかもしれませんが、現場で仕事をしていると、そういう深刻な問題を持ちながらやっているということは、多くの先生方の共感を得られるんじゃないかと思います。

ほかにいかがでしょうか。

では、遠藤先生、お願ひします。

○遠藤（康明会病院 理事長）：先生方がおっしゃるとおりで、貧富の格差と経済的な理由で、訪問診療も受けられない、特養にも入れないという状況については、十分皆さんも考えておられています。

ただ、1点だけ申し上げると、今回の医療の形を変える診療報酬改定が、まもなく出ますので、これで東京都のガイドラインができますが、あまり早急に話を進めなくてもいいのではないかと思っています。

まず決めるべきは、この南多摩医療圏は、少なくとも143万人いるわけですから、高度急性期の拠点病院だけを決めて、高齢者救急については、今回は急性期の救急入院についてはある程度報酬の点数が付いていますので、そういった意味も含めて、高齢者救急については、次回以降の議論でしていただけたらいいかと思っています。

もう1点申し上げたいのは、5つの市で、経常収支率は違うし、公立病院があったりなかったりというところもありますので、そこを踏まえて、5つの市内の病院で会議を開いて、「どういうふうに病院機能をしていくのか」ということを、協議していくべきだと思っています。なぜかという、今は5つの市がばらばらだからです。

5つの市が、どういう形で自分たちは病院機能を持っているのかというのは、これは、東京都が調査をしていますし、経営自体も分かっているから、

それを出していただいて、これは、都知事の権限でできますから、病院機能について病院同士がみんな集まって、まずは協議をしてほしいと思います。

もう1点、大事なことは、うちにもありますが、在宅の療養支援診療所もあります。プライマリーという先生方もおられます。いわゆるかかりつけの機能です。

まず、医師会の先生方をお願いしたいんですが、この24時間、オンコールを持ちながらも、ワンオペで厳しいと思いますが、訪問診療もして、外来もやって、医師会の活動もして、ということで大変と思っています。

そこで、かかりつけ医機能の先生方に対して、具体的な診療所、クリニックの名前もアップしていただいて、その先生方とどうやって組んでいくのかということも含めて、ぜひ今後やっていかないといけないと思っています。

15年後は、八王子市も日野市も、47%は65歳以上の単身高齢者になってしまうということですから、そういうことを考えると、救急車はもう鳴りっぱなしになるわけですから、それを踏まえた上で、どうしていくかということについて、真剣に考えていかなければいけないと思っています。

そこで、まずは、高度急性期の拠点の3つの病院が、その機能を維持できて、継続していけるような話をしていって、高齢者救急についてはあまりにも大きなテーマですので、次回以降でもいいんだらうと思いますが、いかがでしょうか。

○田村座長：ありがとうございました。

南多摩の5市で、行政も連携をしながらというお話ですが、5市の方々も会議に出席されていますので、ご意見を聞いてもよろしいですか。

多摩市の本多部長、お願いします。

○本多（多摩市 健康福祉部 保健医療政策担当部長）：遠藤先生がおっしゃるように、多摩市も高齢化が続いていきまして、心配しているのは、単身の高齢者がこれからまだまだ増えてくるだろうということです。

そういった高齢者をどういうふうに医療のほうにつなげていくのかといったところが、大きな課題だと思っておりますので、それぞれの自治体ごとに状況も違うかと思っておりますので、自治体ごとに会議体を持って検討していくということが大切かと思っております。

○田村座長：ありがとうございました。

それぞれの自治体で大きな問題を抱えているので、ということでした。

それに加えて、近隣の市とのいろいろな情報交換とかもしていくと、また新たな知恵も出てくるかと思っております。

論点がいくつか分散はしていますが、それらを都のほうで拾い上げて、何らかの議論の材料にさせていただければよろしいかと思っております。

ほかにございますか。

右田病院の右田先生、お願いします。

○右田（右田病院 理事長）：理事長のほうの右田でございます。委員の院長ではないんですが、発言させていただきたいことがございます。

今回お出しいただいた資料をざっと拝見したところ、クリニックのほうの数字も入っているんですね。

クリニックの病床数であるとか、手術症例数だとかも入っているようで、こういう資料を出していただくというのは非常にいいことだと思っております。

なぜかと申しますと、もう決定事項を蒸し返すようなことは申し上げたくないんですが、私たち南多摩医療圏において、整形外科系の病院が進出されるということでした。

「そういう機能をやっているところが充実しているので、大丈夫ですよ」というふうなことを、何度も申し上げましたが、最終的には東京都さんのほうで、そこを承認された事例がございました。

そのときに、私はずいぶん、クリニックでの手術症例数が資料として全く出ていないということを申し上げていたんですが、今回こうやって出していただきますと、脊椎だとか人工関節とかの手術を、病院以上にやっているクリニックさんが存在するのがよく分かるんです。

こういう資料がありながら、結局、整形外科系の病床数をさらに医療圏内に増やそうという判断をされたということですが、今回の新たな地域医療構想を進めるにあたって、考え直していくべきことではないかと思えます。

この地域医療構想というのは、形的に申し上げるならば、マーケティングだと思っております。この地域にどれだけの医療需要があつて、それに対してどれだけの供給量を我々が提供するのかということ、いろいろ考える場があります。

ですので、その考える場というものを、行政の指導というよりは、民間主導の病院でもありますので、各病院が、自分たちの病院がどういう機能を果たすべきなのか、他の病院さんの機能を鑑みながら、自分たちで考えていく場だと信じております。

我々自身もそういうふうな形でやってきましたので、ぜひ皆さん方もそういうことで、「隣の病院はどういうことをやっているんだろう」「似たようなことをやっているんだったら、タッグを組んでやることはできないのか」というような発想で臨んでいただければと思っております。

○田村座長：ありがとうございました。

では、土谷先生、まとめをお願いします。

○土谷副会長：まとめ的なお話すると、2つお話をしたいと思います。

きょうの議論では、田村座長からもありましたような、「お金がない人をどうするか」ということで、そういうコストについて、クオリティとコストとアクセスをどういうふうにバランスをとるかという話もありました。

これは今後も私たちの課題になりますので、皆さんも考えていただきたいと思います。

あと、多摩南部地域病院の桂川先生が少し触れてくださいましたが、上り搬送と下り搬送についてです。

国のスキームの中では、もう下り搬送一辺倒になりますが、冒頭に宮澤部長もおっしゃっていましたが、東京は東京の特性を活かしてぜひやっていきたいというところではあります。

東京都医師会としては、下り搬送を中心にやっていくのではなくて、上り搬送についても、しっかり考えていく必要があると思っております。

かつてはそうだったんです。どこでも受けて、「これはうちでは無理だ」ということで、高次の病院に搬送するということがあったわけです。そうじゃないと、数があまりにも多いのでやっていけないと思うんです。

ですので、東京都医師会としては、上り搬送を中心に東京都の医療をということですが、実際に高齢者を非常に多く受けていますので、どこの病院でも高齢者をよく受けていただいて、その中で「大変だ」というのをより高次の病院に運ぶというようなスキームが構築できればいいなと考えているところです。

皆さんのご意見を参考に今後ともやっていきたいと思っておりますので、よろしくお願い致します。

○田村座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、本日の議事はここまでにさせていただきます、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した。

最後に、事務連絡がございます。

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週間以内にご提出くださいますようお願いいたします。

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)