

座談会

2040年に向けての地域医療構想 －特に高齢者救急を中心として－

【座長】伊藤 健一^{*1}

【出席者】天野 哲也^{*2}

佐藤 大介^{*5}

鵜飼 泰光^{*3}

山根 則夫^{*6}

北川 喜己^{*4}

(発言順)

座長 本日の座談会のテーマは、2040年に向けての地域医療構想、特に高齢者救急を中心とさせていただきます。座長を務めます、伊藤です。愛知県医療構想アドバイザーです。最初にお互いの病院の紹介を含めて、自己紹介をお願いします。

天野 愛知医科大学で病院長をしております天野と申します。昨年4月に道勇先生の後を受けまして院長を拝命しております。当院は高齢者救急にかなり力を入れておりますので、本日はそれに関するディスカッションということで参加させていただきます。

北川 名古屋市中川区にあります名古屋掖済会病院の院長をしております北川でございます。長年救急畑におりまして、院長の前には副院長で救命救急センター長という立場で働いておりました。地域医療あるいは高齢者救急というテーマということですので、私の経験からお話しができることがあればと思っています。

山根 名古屋市医師会長の山根と申します。2040年に向けての地域医療構想で名古屋市医師会が直



伊藤 健一 氏

面する最大の課題は、やはり高齢者救急ではないかと考えております。医師会としても、まだ十分な準備が整っているとは言えない状況ですので、本日の座談会を通じて、今後どのように取り組んでいくべきかを皆さまと一緒に考えていければと思っています。

鵜飼 名古屋市中村区でリハビリテーション病院を運営しております鵜飼でございます。当院は回復期リハビリテーション単体の病院でございますが、本日の議論に参加させていただいて、これからのことを考えていきたいと思っております。

佐藤 藤田医科大学の佐藤と申します。2023年に着任しまして、まだ愛知県の事情に詳しくないのが正直なところです。専門はDPC (Diagnosis Procedure Combination：診断群分類に基づき入院費を算定)データ等を使った政策研究を中心としております。その中で地域医療構想には2016年から関わっておりますので、今年でちょうど10年目になりました。高齢者救急の問題は、国としてももちろん大事なことですが、それをどう

^{*1} Kenichi Ito：医療法人いとう内科小児科 理事 愛知県地域医療構想アドバイザー 愛知県地域医療支援センター 専任医師 蒲郡市民病院名誉院長

^{*2} Tetsuya Amano：愛知医科大学病院 院長

^{*3} Yasumitsu Ukai：医療法人珪山会 鵜飼リハビリテーション病院 理事長

^{*4} Yoshimi Kitagawa：名古屋掖済会病院 院長

^{*5} Daisuke Sato：藤田医科大学大学院医学研究科 病院経営学・管理学 教授

^{*6} Norio Yamane：名古屋市医師会 会長

やって地域に実装していくかということが重要です。本日は議論を通じて自分の知識を深めるとともに、少しでも貢献できればと思っております。

■愛知県の高齢者救急の現状について

座長 それでは議論を進めさせていただきます。これまでの地域医療構想につきましても病床削減が問題とされてきたわけですが、逆に考えると、その目的としては2023年くらいに達成されたと理解できると思います。しかし、新しいガイドラインを含む新たな地域医療構想は、それから一歩進んで、病床機能から病院機能、今は「医療機関機能」と言いますが、医療機関機能をどのように決めていくかということが話題になっています。ただ、この医療機関の機能は多岐にわたりますので、座談会で議論するには広すぎるため、あえて高齢者救急という話題を中心に絞らせていただきました。

そこで皆さんのご意見を伺いたいと思うわけですが、できれば愛知県としての医療構想、あるいは住民の目線からの医療構想という議論をお願いしたいと思います。

実は私自身も後期高齢者でありますので、患者の立場からも発言させていただきたいと思います。

まずは、愛知県の救急をまとめられているという立ち位置から、愛知県の救急、特に高齢者救急の現状についてお聞かせいただけますか。

北川 「高齢者救急」という言葉自体はなかなか難しく、定義しづらいことから曖昧になっているところがあると思っています。一般的には「65歳以上」が高齢者になるのかもしれませんが、実際には65歳で高齢者救急を考えるとという話にはなりません。個人的には、年齢で区切るとすれば75歳あるいは80歳ぐらいなのではないかと思います。年齢のほかにも、どの疾患に対応するかという話になると、これもはっきりと決まっているわけではありません。高齢者救急という言葉自体あまり好きではないという立場からすれば、今回の地域医療構想を検討するにあたり、果たして高齢者救急という言葉を使って進めて良いものなのだろうかと考えています。

ただ、そうは言っても高齢者の搬送がますます増えている実態は間違いなくありますので、将来的にどのように対応していくかということは愛知県にとって非常に大事なことになります。愛知県全体で見ると、地域によって受け皿になるベッド数にかなり差があります。

三次、二次に分けたとしても差がありますので、それぞれの地域で丁寧に議論をしていかないと、愛知県の全体像は見えてこないと思います。三次医療機関がしっかりして高齢者救急をある程度三次で受けているところもあれば、三次が一杯であるためにその多くを二次で受けている地域もあるからです。このような現状を踏まえて個別に丁寧に議論していくというのが、一番大事なことだと議論があるわけです。これについては、今後はデータや区切りの付け方で全く変わってくるものですから、ある程度のコンセンサスが得られないと議論ができないことになってしまいます。ちなみに愛知県では、「65歳以上」から「85歳以上」までを5歳刻みに5段階に分けてデータを出しております。何歳が適当かについては、今後決めていかなければならないことだと思っています。

佐藤 新たな地域医療構想という枠組みに関する資料を読みますと、キーとなる年齢は「85歳」というのが出てきます。

それは「介護を必要とする方が多いから」というのが一つの根拠だと思います。旧来の地域医療構想では75歳でしたが、今回の2040年に向けては「85歳以上」というのが一つの目安になってくると見ております。

座長 国は85歳を目安として打ち出しており、愛知県でもそれに向けて準備しようとしているよ



天野 哲也 氏

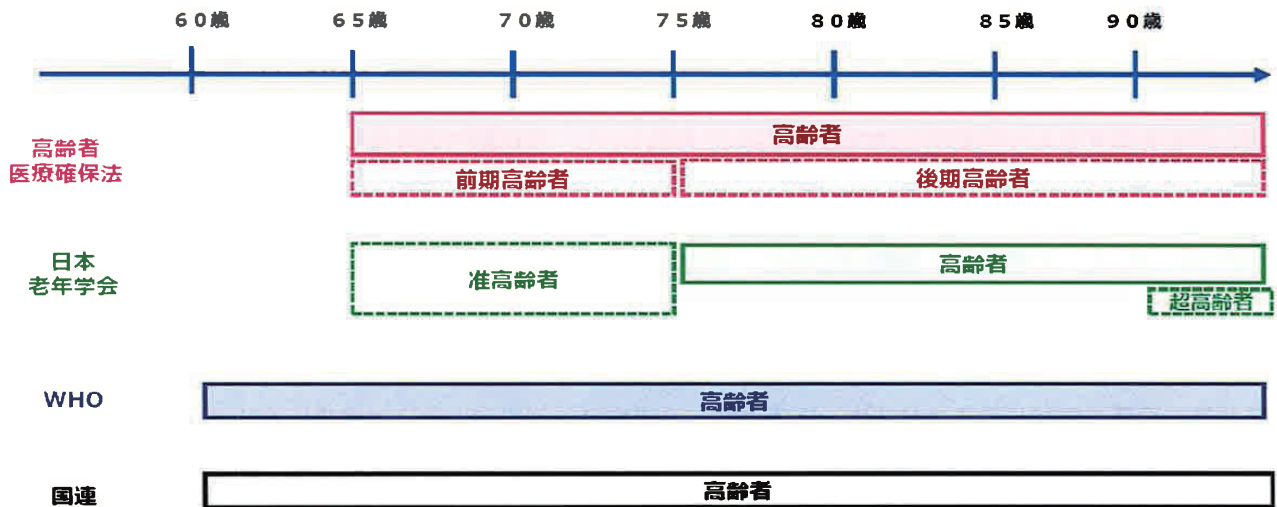


図1 高齢者は何歳から？

高齢者を定義する年齢は様々であり、例えばWHOでは60歳以上としているが、同時に、暦年齢だけで高齢者を位置づけることは困難としており、身体・認知機能、社会的役割なども踏まえて検討されるべきことが示唆されている。(令和7年12月12日 第8回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1)

うです。85歳という年齢の医療について、大学としてはどのようにお考えですか。

天野 尾張東部医療圏には医科大学が2校ありますが、他の医療圏と比べるとかなり高い割合で高齢者救急を受け入れていると思います。年齢別で提供される医療の質については、手術を提供するのか、あるいは在宅への道筋を提供するのかというところで分けするのが最も分かりやすいのではないかと思います。少なくとも当院では、「0歳から100歳まで断るな」という救急に関する方針がありますので、全てを受け入れている状況です。そうした中で、三次救急をピックアップして大学病院で治療するとともに、一次・二次救急は地域のハブとしてトリアージをしながら地域にお返ししていくというスタンスで行っているのが現状です。

座長 鵜飼先生の病院は回復期リハビリテーションを中心としていますが、今度の地域医療構想における医療機関機能の中では、回復期リハビリテーション相当というところがあまり強調されおらず、「包括期」という言葉の中で高齢者救急を受け入れなさいと読めるように感じています。先生はどのように思われているのでしょうか。

鵜飼 回復期と言いましても、当院のような単体の回復期リハビリテーション病棟とケアミックスで行っている病院の2種類があります。ケアミックスの病院は一般病棟や地域包括ケア病棟を持っていますので、いままでも高齢者救急を行っています。そういうところを踏まえた「包括期」として急性期を行うということは分かるのですが、回復期単体の病院としては診療機能から見てもなかなか高齢者救急を行うのは難しいと感じています。ただ、どうしてもと言われるならば、誤嚥性肺炎や尿路感染症などの感染症対応はできるのではないかと考えております。

座長 山根先生は開業医であり、送り手側のお立場から、高齢者の対応についてどのようにお考え



鵜飼 泰光氏

ですか。

山根 年齢については、疾患の観点から捉えるのか、あるいは高齢者救急として捉えるのかで考え方が分かれると思います。高齢者救急という視点で見ると、一人暮らしの方からの救急要請が多く、軽症例も非常に多いと感じています。

また、年齢に関しては、自立して生活できるかどうかを示す「健康寿命」という指標がありますが、男性・女性ともにおよそ70歳代半ばとされています。しかし、それを超える単身高齢者世帯では、ちょっとしたことで救急車を呼ばれるケースが少なくありません。このように、年齢をどこで区切るかについては、疾患ベースで考える方法と、生活状況や救急利用の実態から考える方法の、2つの視点があるのではないかと思います。

■高齢者救急の搬送基準について

座長 暦年齢による分け方と、要介護度による分け方がありますが、救急隊の搬送基準の中に介護の基準や年齢というファクターは入っているのでしょうか。

北川 ほぼ入っていないと思います。小児救急に関しては国の基準やガイドラインはありますが、成人に関する搬送基準として、例えば心筋梗塞や脳梗塞などの場合に介護が必要な人だからという基準は入っていないと思います。

座長 そうすると、そもそも救急は病気あるいは怪我を前提としたものになりますので、病院や医療機関としては受け入れなければなりませんか。

北川 そういうことです。心筋梗塞や心肺機能停止(CPA)となりますと、介護が必要な人であろうがなかろうが、とにかく救命救急センターや直近の三次に運ぶということになります。普段から元気な方がそうであるならば、介護度の高い人も同じ考えができますが、それに関して救急隊は区別できない状況にあります。

座長 「できない」というのは、そういう議論がされたことがないということですか。

北川 そうです。もう一つは、現場で救急隊がどこまで判断できるかということだと思います。

座長 そこにはACP (Advance Care Planning :



北川 喜己 氏

人生会議)の問題が絡むと考えています。救急隊員がACPをバックアップして決められるかどうかについて、倫理的な問題を救急隊員に全て背負わせて良いのだろうかと非常に疑問に思っています。これに関する国の考え方としては、搬送基準のもとに搬送するわけですが、最初から病態によって一定の搬送基準が決められているというのが、今の日本の救急の問題だと思うのですが、佐藤先生はどう思われますか。

佐藤 おっしゃる通りで、この論点は、結局のところ誰がトリアージをして判断するのかということが地域によって違いがあるということだと思います。救急隊がある程度判断できるのは、つまり病院が限られているので「これはこっち、あれはあっち」というような基準を運用上持っているところもあるからだだと思います。まさにこれが高齢者救急なのか、そうではないのかという判断について、責任を持って行うには限界があると思っています。国としては、高齢者救急の鍵となるものとして、在宅医療を行うクリニックの先生とケアマネジャーと救急隊を挙げています。ただ、これがどのような形で制度等に反映されていくのかというと、おそらく議論はされていなくて地域に委ねられているというのが実情であると思います。

座長 ACPとしての前提が院内でどの程度確立されているかということについて、鶴飼先生の病院ではいかがでしょうか。

鶴飼 当院の職員は知識として意識はしています。ただし、それぞれの患者本人と家族の間でコンセンサスがあるかないかが分からないとなると、どうしてもACPは外して救急要請を考えてしまいます。

座長 先程、天野先生の病院では、全てを引き受けるということでしたが、全てということになりますと、そういう人たちも引き受けざるを得ないということに関してジレンマはないのでしょうか。

天野 大学病院でトリアージをしています。例えば、ある患者がACPで地域に戻す人だとなると、すぐさま連携病院と連携して出ていただいて、そこから在宅へ移すというような出口戦略が来ています。皆さんが言われるように、救急隊が搬送する時点では、その患者が一次か二次か三次か在宅にいるのかが判らないので、現状はとりあえず全部受けることにして、その中で大学病院としてトリアージしているという状況です。

座長 愛知県は、「たらい回し率」がかなり低い優良な県だと理解されています。なぜそれほど良い状態にあると思われませんか。

北川 救急を断らないという考え方が、愛知県内の医療機関にはある程度浸透しているからだと思います。もう一つは、医療機関同士の連携が取れていて、「あそこの病院は大変そうだからうちで受け入れよう」といった暗黙の了解が働いているからだだと思います。それで、断りが非常に少ない形で今まではやってることができました。ただ、今回の地域医療構想において、この体制が大きく変わるとどうなるのかと心配しています。

座長 病態に基づく救急は医者として当然だと思いつつも、国がここまで高齢者救急を前提に議論をなささいと言っているのは、言葉は悪いのですが、おそらく無駄な医療になっている可能性があるからではないかと思っています。それから三次救急における疲弊度がどのような形で推移していくかということになるかと思っています。救急をたくさん持てばペイするから、それを良しとしているところが多いのではないですか。

天野 救急はそれほど儲からないものでありますので、あくまでも地域貢献の一環として全部受けているということです。その中で手術が必要な症例などを大学病院として治療するということです。そうでない症例のほうがかなり多いのが現状です。

北川 救急車の台数を誇るという時代は終わったと思っていたのですが、今回の診療報酬の改訂な

どを見ると、救急車の台数や受け入れ台数という話がまた国から出てきています。これが混乱を招く原因になっていると思っています。またみんなが救急車を「たくさん頑張っ受けるんだ」とか「もっと救急車に来てほしい」という勢いになると取り合いになりますし、適正利用からも反するものになりますので、そこが非常に問題だと思っています。

座長 国としての考え方はどうでしょうか。

佐藤 全く同じ問題意識を持っています。年間2,000件以上の救急搬送の受け入れという施設基準が悪手と思われるのは、取り合いが懸念されるからです。これには夜間受入が1割以上という条件がありますが、手術件数(年間1,200件)に関しては救急搬送とは独立した全身麻酔手術件数ですので、とにかく来たら1件だということになると、一方では一次、二次、三次という機能分化だと言っているのにもかかわらず、三次と二次の境界線を曖昧にしてしまうような行動変容になりかねないと思います。

医療機関機能にも関わりますが、夜間体制がどうなのか、あるいは手術が必要なのかといった、いわゆる三次救急として必要な診療を施す患者をどれだけ診ているのかということが、おそらく本来必要な線の引き方だと思っています。そこをただ人数だけで見てしまうのは少し危ういと思いますので、今後もっと精緻化されることを望んでいます。

座長 今回の地域医療構想では、病床機能における「急性期」と「高度急性期」を区分する線が「破線」になっています(図2)。これは、要するに国としては、急性期そのものは一体化して病床として数



佐藤 大介氏

機能区分	機能の内容	目安となる入院料
高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料 特定集中治療室管理料 ハイケアユニット入院医療管理料 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 小児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 総合周産期特定集中治療室管理料 新生児治療回復室入院医療管理料 一類感染症患者入院医療管理料
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料 1～6 特定機能病院入院基本料 (7:1, 10:1) 専門病院入院基本料 (7:1, 10:1) 小児入院医療管理料 1～3
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能 (回復期リハビリテーション機能) 	<ul style="list-style-type: none"> 地域一般入院料 1～3 専門病院入院基本料 (13:1) 有床診療所入院基本料 1、4 地域包括医療病棟入院料 小児入院医療管理料 4、5 回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 特定一般病棟入院料 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者 (重度の意識障害者を含む。)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能 	<ul style="list-style-type: none"> 療養病棟入院料 1～2 障害者施設等入院基本料 (7:1～15:1) 有床診療所入院基本料 2、3、5、6 有床診療所療養病床入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料

※ 診療報酬改定に伴い入院料等が変更された場合は適宜見直しを行う。

図2 病床機能報告における報告の目安(案)

病床機能における「急性期」と「高度急性期」を区分する線が「破線」になっている。
(厚生労働省：令和 8 年 1 月 16 日 第 9 回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料 1)

を考えることになったことを示唆するものだと思います。診療報酬上は変えるということですが、診療報酬上の問題で救急を見直すこと自体に意味があるかという、別のファクターのような気がしています。救急と医療とが完全に結びついて、それを中心に医療機関機能を決めて良いのだろうかと思っていますが、国がそのように言っているのなら、おそらくそうなるのでしょう。山根先生、送り手側としてどこに送ってほしいという要望はあるのでしょうか。

山根 先ほど申し上げたように、単身高齢者による不要な救急搬送がありますし、在宅介護との連携不足によって不要な搬送が増えているケースも見られます。名古屋市では、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的に設立された「名古屋市はち丸在宅支援センター」が、令和 6 年から「はち丸ネットワーク」を運用しています。

このシステムの特徴は、119 番通報があった際、

その電話番号が「はち丸在宅支援センター」に登録されていれば、消防署が「はち丸ネットワーク」から通報者の情報を迅速に閲覧できる点です。通報時に状況をうまく伝えられなくても、「氏名・住所・年齢・かかりつけ医」などの基本情報を確認できますので、登録者が増えてくれば、不要な搬送の減少にもつながると考えています。

座長 その成果を知らなかったのですが、それは現場において救急隊レベルによるトリアージをも



山根 則夫氏

う始めているということですか。

山根 令和6年から始めています。

座長 その成果は是非とも見せていただきたいと思います。私は救急隊員たちに責任を伴って判断させるのはかわいそうだと考えていますが、医師同士のコンセンサスの一致があることが消防署に伝わっていれば、状況は変わるのかもしれませんが。

山根 鵜飼先生は「はち丸ネットワーク」の担当理事を長く務めてこられました。病院側がなかなか会員として参加してくれず、ご苦労も多かったのではないのでしょうか。

鵜飼 ケアマネジャーや訪問看護などの介護に関わる人たちの利用は多いのですが、会員である医師の利用が広がっていません。ネットワークによって救急隊の閲覧が可能となりましたので、救急隊としては、名前が一致すると、どんな薬を飲んでいるのかといった概要が分かるようになり、連絡先なども見やすくなったわけです。しかし、在宅医療の取組がなかなか進まなかったうえに、既に利用している電子カルテシステムやアプリを切り替えてネットワークに参加しようとする先生が少なかったことから、対策が求められています。

座長 この話題は、基本的に医療情報の問題に関わってくるため、病院側には敷居が高いことになると思います。国はマイナ保険証にデータを入れて、救急時に見られるようにしようとしています。見られる範囲が少なくとも高齢者救急に合ったものになるものなら、早く実施してほしいものです。この情報の問題は今回のテーマではありませんが、ただ高齢者は自分で情報を発信できないわけですから、何か間接的に高齢者の情報を持っていく場所が必要だと思うのですが、どうでしょうか。

天野 ファーストトリアージを救急隊員にある程度依存させるためには、彼らを教育しないとダメだと思います。最初からデータがあるからといって、救急隊員はこの患者が一次なのか、二次なのか、三次なのか、その中でどういう医療が必要なのかという判断はできないと思います。そうすると、そういうシステムと同時に救急隊員の教育システムを並行して運用していかないとかな

か実装されないような気がします。

北川 救急隊に関しては、まず搬送するかしないかというところで心肺蘇生させるのかどうか、あるいは心肺蘇生を望まないことが分かれば、もちろん現場に残すというようなプロトコルはできています。ただ一番大事なことは、救急隊を呼ばないことです。救急隊を呼んでしまえば、救命のために救急車で現場に来るわけですから、救急隊員が救命活動を行いながら病院とのやり取りをすることになると、その時点でACPだのなんだのという話はなかなかやりづらいと思います。しかし、病院に運ばずに現場に残すという事例はまだ非常に少なく、それは愛知県に限らず全国的にも同じような状況にあると思います。

座長 警察に通報しなければならぬ状況は別として、それ以外の時には救急車を呼ばざるを得ないというのが一番の問題です。家族は完全に混乱状態にありますので、その時にACPを行ってからのといっても誰を呼んだら良いかも判らないでしょうし、開業医も高齢化ですぐに駆け付けられる状況にないとすると、救急車を要請することになり、救急車としても要請された以上は、息のあるなしに関わらず行かざるを得ないというわけです。

先日、開業医に関するデータを見ていたのですが、2040年までに75歳で医者が辞めることを前提とした場合、270の自治体が無医町村になるという記事が出ていました。80歳までやればもう少し数は少なくなるということで、あたかも80歳まで仕事をしなさいと言われてるように感じました。それはおかしいと思いながらも、逆に言えば、高齢者救急に対応するだけの余力が開業医にはなくなってきたことでもあると思いました。

北川 必ずしも夜中にかかりつけ医に来てもらうという話ではなく、朝まで置いておき、診療時間になってから来ていただくということはもちろんあり得ることだと思います。

座長 それには24時間以内という決まりがあることなので(医師法第20条)、24時間を超えると法律違反になります。24時間という基準自体を

変えてほしいところですが、そう簡単にはならないと思います。

山根 先ほど天野先生が「消防隊員の教育が必要」とおっしゃいましたが、私もまったく同感ですし、その前提として ACP が適切に行われていることが重要な条件になると思います。名古屋市では医師会と消防局が協議を重ねていますが、どれだけ情報を共有できたとしても、現状では搬送せざるを得ない場面が多いのが実情です。ただし、主治医と連絡が取れた場合には、主治医の判断によっては搬送を行わなくてもよいという仕組みがすでに整備されています。

座長 それは主治医と接触があったから診たことのできるという状態ですか。

山根 ただし、家族との合意形成や ACP が十分に行われていなければ、その判断は難しいということですね。

座長 診ていないけれども電話再診したことになるという意味では、確かに一つの手になると考えられます。

山根 情報を把握していたとしても、その内容をもとに消防隊が独自に判断して対応を決めることはできません。現状では、結局のところ搬送せざるを得ないということなのです。

■患者を何処に運ぶのか

座長 データの話題に戻しますが、救急手術の件数について見ると、愛知県も全国的にも同じだと思えますが、整形系の疾患が多いことになっています。内科系では生死に直結する問題ではないものの繰り返しの多い誤嚥性肺炎や慢性心不全などが疾患としては多いわけですが、どこで見極めるかという判断の手立ては進んでいきそうですか。

北川 外傷に関しては、救急隊が現場である程度判断をしています。愛知県では、重症であれば県の「愛知県重症外傷センター」に運びますし、それほど重症でない単純な骨折などであれば近くの病院に運ぶという判断はできると思います。一方、誤嚥性肺炎の高齢者を三次に運ぶのか、二次に運ぶのかという判断は救急隊には難しいことで、ほぼ出来ないだろうと思っています。そこには

ACP が絡んでくるわけで、そういう背景がはっきりしなければ、どこかの病院に一旦運んでトリアージをしてもらうという話になってざるを得ないと思います。

座長 患者本人には意識があってひどく苦しむ状況において、この病院でなくても良いと言えるでしょうか。

天野 北川先生が言われたように、骨折系は分かりやすいわけですが、内科系の疾患である誤嚥性肺炎と心不全では、そもそもどちらがどちらのかがよく分からないこともありますので、その状態にある高齢者の患者をいきなり包括期系の病院で診ると言われても困ってしまうと思います。診断が付きにくいとなると、大学病院あるいは基幹病院にまず運んで治療することになっているのではないかと推測しています。そのために、高齢者救急受診率が私どもの医療圏は極めて高いのではないかと考えています。

座長 それでは、三次で全てを受け入れることにすれば良いとする意見もありますが、いかがでしょうか。

天野 誤嚥性肺炎や心不全でも全てが三次ではなくて、一次や二次とさほど変わらない状態の患者も結構います。ただ、現場ではその線引きができないと思われますので、私どもの大学周辺では、「とりあえず当院に全て運んでください。治療方針を決めてトリアージします」という言い方で、全部受けているというのが現状です。

座長 愛知県は、東京に次いで救命救急センターの数が多く、東京の 26 カ所に対し、愛知県は 24 カ所と極めて恵まれていると思います。搬送先がほぼ決まっていることから、「たらい回し率」が少ないことになり、その結果として県単位の平均寿命が長いというデータも出ています。それならば医療費は高いだろうと思われるかもしれませんが、愛知県全体の医療費はそれほど高くなくほぼ平均的なレベルにあり、なおかつ入院の医療費も少ないという状況です。そういうことから愛知県は非常に良い医療を提供していると思っていますので、今の体制を崩す必要は全くないと思います。逆に言えば、高齢者救急と言いながら、今の体制を崩

さずに対応できる方向性を定めるための知恵が必要になると思っています。

山根 「どこに運ぶのか」という点にも関連しますが、診断を行った病院の専門医とかかりつけ医の双方が主治医として機能する『二人主治医制』を、医師会では推奨しています。初発の心不全や肺炎については判断が難しい部分もありますが、CKD（慢性腎臓病）や心不全などを対象とした取り組みとしては、有効な一つの形ではないかと考えています。

座長 患者がこの開業医で良いと思っても、家族として抵抗することもありますので、どうしても方向としては一方向でしようがないと思います。また、国は「患者の逆紹介」を評価しようとしています。そのような協力型の連携が病院だけでなく、介護施設でも上手くシステム化や点数化を進めてくれば、もっと連携が進展するのではないかと考えます。

今回の地域医療構想では、急性期拠点病院の選定については救急搬送受入件数と手術件数だけで評価すると言っています。それだけで決めて良いのだろうかと思いつつも、国の提案に従えば、愛知県でも病院を区分けしなければならないことになります。

山根 令和8年の診療報酬改定では、「医療DX推進体制整備加算」が廃止され、新たに「電子的診療情報連携体制整備加算」が設けられました。この新加算では、ICTを活用した医療機関同士の連携が評価項目として明確に組み込まれ、診療報酬にも直結することになります。

名古屋市の「はち丸ネットワーク」への登録医師はまだ多くはありませんが、この仕組みを活用すれば加算要件を満たす可能性があるため、2040年に向けた地域医療構想を見据えた取り組みとして、少しずつ動きが出始めていると感じています。

天野 二次救急、三次救急と小分けしようとしているのは、二次救急の病院で診られるものを全て三次救急へ運ぶことになると医療費が高くなるので、安いところで診てほしいというのが根本にある考えだと思います。今回の救急搬送年2,000台以上で加算するというのは、二次救急の病院を増

やそうとしているものと考えます。しかし実際には、病院の機能や患者の要望で三次救急へどうしても運んでほしいという人が多い状況があるわけですから、それを踏まえて二次救急をもっと増やして頑張れるようにするような施策を、診療報酬だけではなく、地域医療構想においてどのように進めていくことが良いのかを考える必要があると思います。

座長 昔言われていた三次救急、二次救急という病院の評価や尺度のようなものは、もともとおかしいところがありまして、疾病で決めているわけではなく、大きな病院とか中規模の病院といったイメージで決められていたのではないかと考えています。本来は機能別に病院を決めなければならないのに、現場で救急隊が決めなければならないということにはものすごくジレンマを感じます。その意味では、愛知県のように三次救急が主にやっているというのは決して悪い方法ではないと考えます。診療報酬である程度手当てがされているから、三次救急が一生懸命引き受けてくれているというのが現実だと思います。少なくとも二次救急が医療圏の中で上手く回っているところを知りませんし、医療圏によってはほぼ崩壊していると思っています。

天野 二次救急は非常に幅が広く、かなりのバリエーションがあります。病院によっては提供する医療が全く違ってきます。

座長 二次と言いつつも三次を行う病院もありますので、救急救命センターがあるかないかで決めるのは問題だと思います。今回の医療機関機能の決め方については、人口何十万人というおおよその目安を国は提示していますが、愛知県では今行っているような緩やかな形で決めていけば良いのではないかと考えています。要は、差をつけて医療が崩壊しては何の意味もないわけです。愛知県はそのような医療圏が多いと思いますが、どうでしょうか。

北川 例えば、本来の急性期医療拠点については数を絞るが、拠点機能プラス高齢者救急・地域急性期機能の二つの機能を担う拠点は、数を絞らずに今までと同じような形で搬送を受け入れ、そこ

から回復機能を持つ病院に高齢者を送るというような形を取ることはできないのでしょうか。

座長 2つの医療機能を持って良いと言われていますが、3つとなると議論が必要になると思います。特に大学病院は、機能別に見ると高齢者救急は「もってのほか」だということになってしまいます。

佐藤 大学病院のことではありませんが、1つの地域の拠点病院が複数の機能を持つことはあります。リソースの少ないところでは、急性期拠点病院と在宅医療を持つところは当然あると思っています。ただし、国としては高齢者救急と急性期拠点の2つを持つことをイメージしていないと思われます。

この高齢者救急を担う二次救急は、経営的には非常に大変な状況です。つまり、いろいろな疾患に対応できる診療科や医師を持っていないといけないのに、診療単価がそれほど上がらない現状では維持できるところは少ないわけです。そのため全国的に見ても幅があるのが実態だと思います。今回の診療報酬改定でも地域包括医療病棟に階段を設けて差を付けようとしています。それによって地域を支える急性病院として生き残れる病院は今後どのような形になっていくのだろうか懸念しています。外科医不足や競争によって診療実績がなかなか上がらないとなると、三次救急を担う病院でも高齢者救急に軸足を移していく可能性が現実としてあり得ると思っています。

座長 どのように区分けすれば良いのかについては、地域で議論をしていただく必要がありますが、あまり細かくして「辞めても良いのか」と思われてもいけません。あくまで今の医療を維持していくことが前提になります。

北川 80歳代や90歳代でも医療資源を投入して治療しなくてはいけない高齢者もいると思います。ですから、高齢者救急だからといって拠点に運ばないというのは、間違った議論ではないかと思います。ここはどうしても重なる部分はあるわけで、ある程度認めていただかないと、区分けはできないと思います。

座長 病床機能と新しく示された医療機関機能は、

ごちゃごちゃに考えられているところがあります。しかし、最も必要とされることは、医療機関機能を誰がどのように担うのかということであり、それが判れば良いと思っています。本来は、病院の機能があつて患者が満足してくれば良いわけです。確かに過剰な医療を求める人たちがいますので、それをどのように制御するかという難しい問題があるとは思いますが。

主治医のいない救急の患者さんの対処にとまどうこともあります。処置後に戻る医療機関はどうなるのか。逆紹介をかけようにも、情報がありません。また、10年前に来院したらからかかりつけ医だということも問題です。かかりつけ医というのは、日常的に患者と会話できているものだと思いますので、受診歴があればかかりつけ医とは限らないと思います。

天野 当院は2024年5月に心不全包括管理センターを立ち上げて、二人主治医制を導入しました。ただし、一度でも当センターか実地医家にかかっていたらかからないと、つながりができないという意味からも二人主治医は実行できません。軽い心不全の時から実地医家の先生になるべく送っていただいて繋がりを付けて、中長期的に観察する中で、「二人主治医制でやっていきましょう」という言い方をしています。

また、高齢者救急に関連することですが、当院では文部科学省の「大学病院機能強化推進事業」の公募(令和8年1月)に対して、大学病院にもかかわらず高齢者救急を主な目的として補助金を申請しました。多疾患を併存していることが多い高齢者救急に対応するためには、①ジェネラルフィジシャンとしての技量が必要であること、②一次、二次救急の技量がある程度必要であること、③その先にある在宅医の素養が必要であるという3つの技量を備えた人材を将来的に地域で育成するという事業を提案し、選定していただきました。今後、大学病院としては高齢者救急を現場で実装するとともに、将来地域で必要になるそれぞれのタイプの医師を育成する仕組みが必要だと考えています。

佐藤 大学病院といえども、高齢者を理解しない

とこれからは臨床としてやってゆけないのではないか、あるいは大学病院だから高齢者医療や高齢者救急をやらないということではないという課題について、若い世代でも議論が行われています。医師を育成する大学病院がないと医師が地域に根付いていけないという意味では、大学教育の在り方としても問われていると思います。

座長 病院の先生の中には、「何故俺のところに来たのだ」と怒り出す人もいます。総合診療を前提に院内で用意をしてくれれば良いのですが、「うちは違う」からと言われて、差し戻されて別の開業医に紹介書を書くという訳の分からないこともあります。

山根 3か所の診療科から、ほぼ同じ内容の紹介状をそれぞれ書くよう求められたこともあります。

座長 鶴飼先生の病院は、整形系や呼吸器系など様々な疾患を持つ患者が多いと思いますが、いかがですか。

鶴飼 結果的には、患者の要望によって全てに紹介状を出さないといけないというのが現状です。

■高齢者に関する学生教育

座長 高齢者に関する学生教育については、どのようにイメージしていますか。

天野 基本的に大学病院は特定機能病院ですから、「三次救急を担う」、「難病を治す」、「先進医療を行う」などのイメージがこれまではあったわけです。しかしこれだけ高齢者救急が増えてくると、これだけでは対応しきれないと思っています。医療機関の役割分担として、「治す医療」と「治し支える医療」がよく言われることですが、「治し支える医療」についてはなかなか学生に教育しきれないのが現状です。一方、臨床の現場では後方連携病院との連携を強化して、在宅医療等を促進させる道筋に関する議論を始めています。ただ、まだ学生教育という意味ではできていないと思います。

座長 研修医も含めて若い医師や学生に早いうちから介護や在宅医療と連携する現場を一度でも体験させて、議論を聞かせるだけでも変わってくるのではないかと考えています。

天野 地域への派遣では、実地医家の先生方にお

世話になることがあります。その先生が介護や在宅との連携に取り組んでいる場合には、現場を見学させてもらうこともあるようです。ただ体系的にはできていないのが現状です。

座長 退院時に行うレクチャーに同席させる方法は「あり」かもしれません。

北川 先ほどの、ACPがはっきりしていない患者を救命救急センターに運ぶのか、それとも最終的には包括期の支援センターで診てもらうのかという局面では、一方で「命の選別をしているのではないか」とか「命の価値は一緒ではないか」という議論が必ず出てくるものです。そういう話になると、救急隊はやはり三次に運ばなくてはならないことになるわけです。

■医療と介護の区分について

座長 厚生労働省は「人生会議」という愛称を用いて、人の一生に関わる物語を考えたケアを推奨する政策を推進しています。この中で、医療において問題になってくるのは、一人の人が生まれて死ぬまでに掛かる「保険医療費」です。世界的な評価としては、医療費だけではなく介護も加わった保険医療費が対象となりますので、その視点で見ると、日本の保険医療費は世界で2番目に高い水準にあることが判ります。(OECD Health at a Glance 2021：政府支出に占める公的医療支出の割合)このように介護医療全体に掛かるお金がものすごく多いことになり、一生の中で介護と医療との区分けについて最終的には考えなければならないことになると思います。高齢者医療を考える時に、患者自身は医療を受けたいのか、あるいは介護を希望するかという選択が出てくると思います。救急が終わった段階における現場では、話し合いが行われているのでしょうか。

北川 小範囲では行われていると思います。病院で医療を受けるつもりはないと言って、施設あるいは在宅で看取りをする方も結構出てきています。ただし、それが広い範囲に広まっていないのが現状だと思います。

座長 私も、遠くに嫁いだ患者の長女から「大事

な母が何故こんなことになったのか」と怒鳴られた経験があります。必要なのは、キーパーソンの確認を含めて平場で接触して話し合いをしておくことであり、それは開業医の責務だと思います。しかし現状は、患者とその家族と付き合いのある診療所はどんどん少なくなっています。どのように対応することが良いかは判りませんが、かかりつけ医という以上は、ファミリードクターのように家族とも日常的に関わりを持っていないといけないと思っています。

山根 長く診てきた患者さんが通院できなくなった場合、これまでは私たちが訪問診療に切り替えて対応してきました。しかし最近では、ちょっとした骨折などで病院に搬送された患者さんが、そのまま自宅に戻らず在宅医療へ移行してしまうケースも増えており、結果として、かかりつけ医との連携が以前より疎かになっているように感じています。

座長 このような現場の悩みは、ある意味では背負っていかねばならない課題だと思いつつも、辛いものがあります。病院と診療所の先生の間で関係性を構築しないと、上手く行くはずがありません。

山根 医療と介護を、完全に切り離して運用することは本当に可能なのでしょうか。

座長 国は医療と介護の連携と言っていますが、具体的な指針を出しているわけではありません。ではどうすればよいのか。上手く行っている連携の事例として、福岡国際医療福祉大学の松田晋哉教授は函館市の取組を挙げていますが、果たしてどこまで上手く行っているのか。少なくとも医介連携というのは、病院から、開業医もしくは家族のところまでネットワーク化されることが大事なことはないかと感じています。

佐藤 私は逆に捉えています、どちらかと言えば、これまでは医療と介護は分かれていましたが、これからは融合していくのではないかという感覚を持っています。介護に関する取組は、北欧の福祉国家的な取組をある種の理想として、「その人らしく最後まで」というコンセプトのもとに進められてきたと思います。しかし、地域によっては

「その人らしく最後まで」生きるためのリソースがなかったり、不十分なところが出て来ると、医療で診なければならぬことになると思われます。つまり、介護でできない部分があれば医療で診ざるを得ないし、逆に介護リソースが充足してくれば医療が持っている資源を介護に渡すという方法もあり得ると考えます。その意味では、連携は強化されていくわけですが、それは融合に近づいていくというイメージを持っています。

ただし、保険制度上ではまた別の問題があります。函館市の事例で注目していることは、回復リハビリテーション病院が介護との接合点になっていて、手術をする前に「術前リハビリテーション」を行うということです。そこでは ACP あるいは術後の生活などについてしっかりとレクチャーを受けて手術に臨むという、独居高齢者を対象にした取組が行われていて、このような融合的な連携は今後増えていくものと考えています。

座長 導入時にはあれだけの期待が集まった介護保険ですが、今では崩壊の危機にあって、人手不足や財源の限界などを要因に悪循環に陥っています。その中で、医療と介護の再融合と言われても、なかなか理解するのは難しいと思います。

佐藤 きれいな形にはならないと思っています。

鶴飼 ACP の弊害とでも言えることに、高齢者が施設で亡くなるケースが近年増えてきていることがあります。それは何故かという、施設側は ACP を最初に説明し、最後までここで診ることを納得してもらった上で契約を結んでいるため、熱が出たり軽い心不全が起こっても病院に行くことができずに、施設でほとんど抱えられているからです。施設としては、ベッドの空きを作らず満床で稼働させたいという思いがあるでしょうし、ご家族はあまり考えずに、施設の方で最後まで診てほしいということから、ブラックボックス化しているのではないかと思うのです。施設側の「医者や看護師もいる医療を提供します」という謳い文句に期待して、施設に入ったらそれっきりで出してもらえない状態の高齢者が出てきていると言われています。

佐藤 愛知県外のある都道府県では、入院のため

に運ばれた高齢者を介護施設の人たちが、まだ落ち着いてない状況にも拘わらず退院させてくれと、無理やり施設に戻すようなところがあると聞いています。

北川 急性期の病院と介護との相性は良くないと言われています。災害時などに高齢者施設から多くの人たちを急性期病院で受け入れると、病院が疲弊してしまうからです。そこで外に出そうとするわけですが、なかなかすぐには出せないために介護の必要な人たちが留まるという状況があるようです。

座長 今の国の方針は機能別に分けるということですが、三次から看取りまでを包括的に担う医療機関の方が良いということになるのでしょうか。

鵜飼 医療従事者がそこに居るのなら、「治さなければいけない」、「診なければいけない」ということに当然なるものです。当院がかつて介護老人保健施設(老健)を運営していた時のことですが、ACPを行う際に「何もせずに看取るのか」、「老健ができる範囲で診るのか」、あるいは何かあった時には「病院に移してほしいのか」ということについて、本人とご家族の意思を確認していました。そのなかで老健を希望する患者には、病院と同じレベルの医療を提供しようとするものです。

また、医療なのか介護なのかと言われても、高齢者自身のなかでは医療と介護は一緒のものになっていると思いますし、入居する施設によっては何もしないでそのままという可能性もあります。このように、ACPの理想どおりに人生を歩むことができるかどうかは本当に難しい問題だと思います。

佐藤 患者の立場から言えば、ケアミックス型の病院に長くいる方が効率は良いことになると思います。しかし国が役割分担を求めている医療資源、例えば外科医などですが、これは集約化していく方が良いというところに、この機能分化という文脈があるのではないかと思います。つまり、手術を急ぐ必要がある心臓外科系や整形系の領域はいずれ集約化していかなければいけません。包括期以降の領域では分けなくても良いという考え方があるのかもしれない。つまり、患者の観点か

ら機能分化を進めた方が良いのか、あるいは働く側の観点から機能分化した方が良いのかという整理が一つの考え方にならないだろうかと思っています。

座長 高齢者救急について言えることは、一概に簡単には割り切れない部分があるということです。ただ型どおりに救急のステージごとに送れば良いということではなく、患者からしても、誰が最大限付度して良いところに落ち着かせるかということになると思うのですが、いかがでしょうか。

北川 90歳で心臓手術を受ける人も、在宅や施設で介護度が高い寝たきりの人も当然高齢者救急になりますので、非常に幅が広いということです。だからこそ、敢えて高齢者救急と言わない方が良いのではないかと考えています。

山根 医師会としては、地域連携を強化し、地域医療を守っていきたくと考えています。しかし現在懸念しているのは、介護ビジネスを多くのご家族が積極的に受け入れている現状です。このようなビジネスを、どこまで自由にさせてよいのかという点に不安を感じています。

名古屋市では今年3月に新規開業したおよそ6割は在宅クリニックでした。これらの在宅クリニックは医師会に入会せず、地域連携とは無関係に介護ビジネスを進めているのが実情です。

今後、この傾向はさらに加速すると考えていますが、ご家族が満足しているだけに、医師会としてどのように対応すべきかは非常に難しい判断を迫られています。

座長 在宅専門の先生たちが書く「名前なしの紹介状」は、病院側としてはそれを受け付けにくい心の構えが必要だということでしょうか。

山根 かかりつけ医機能が、このままでは近い将来失われてしまうのではないかと危惧しています。

鵜飼 救急要請があつて救急車に乗せた時に、「宛名が無いから受けられません」とは言えないわけですから、そういうやり方はどんどん蔓延していくと思います。

座長 救急隊にとっても宛名のない紹介状をどう扱うか、議論になると思います。

天野 結局のところは、お年寄りを大切に頑

区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする。	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など一頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期リハビリテーション 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	50万人程度	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	
人口の少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる ※大学病院本院が区域内にある場合、大学が担う医療の内容等を踏まえた上で、必要に応じて大学病院本院と別に医療機関を確保しうる	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

※ 区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて、2040年の人口等も踏まえながら、どの区域に該当するか等を地域で検討

図3 区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方(案)

(令和7年8月27日 第3回地域医療構想および医療計画等に関する検討会 資料1)

張って働いてもらうような社会でないと、これからはやっていけないということだろうと思います。

座長 私の診療所は特定の病院1カ所とコンタクトしていますが、お互いに無理を聞き合う関係性があるからこそ、上手く行っていると思っています。高齢者救急には、そのような関係性が地域で維持されていることが前提になるのではないかと思います。その意味で、医師会は必要であると思います。

佐藤 在宅ビジネスが医師会に入らない理由としては、どういったことが考えられるのでしょうか。

山根 メリットがないと言われることがあります。最近では開業規制など厳しい条件が課されているため、本来であれば医師会に入ることその点をクリアできるというメリットがあるはずですが、ところが、そのことを説明すると「その規制自体が憲法違反ではないか」と言われてしまいます。実際、規制をめぐる裁判になっている地域もあるため、そう言われるとこちらとしても強くは言い返さず

らい状況です。名古屋市では、県外から大資本が参入するケースも出てきています。

佐藤 私も、ビジネス目的で医療に参入するところが非常に増えていると感じています。そのような地域医療が良いのかと言えば、医療に困っているところへの進出は有難いことですが、長い目で見ると、ビジネス目的のところ任せると連携も図れないし、採算性が取れないとなったらある日突然撤退してしまうといったリスクがあるのは問題です。それにしても、医師会のメリットが通じないというのは根深い課題だと思います。

座長 医師会には許認可権がありません。唯一優生保護法の許可権だけが残ったという経緯がありますが、労災その他は全て放棄しておりますので、医師会のメリットとしては、ある意味、仲の良い人たちの集まりになっていることだと思います。それが圧力団体になれるかという、医療の消費税導入が典型的な問題であったように、医師会、薬剤師会、看護師などの医療界全体が一緒になら

なければ効力は発揮できない状況だと思います。

■医師の派遣について

北川 急性期拠点機能に関しては、地域の医療機関への医師の派遣が明記されています。(図3)これは、医療制度における医師の派遣とは別の意味の派遣ということでしょうか。

座長 厚生労働省が言う「派遣」と、労働基準法上の「派遣」とは、別物です。厚生労働省が言う「派遣」は、一定期間大学から席を離れたとしても、大学を本拠に仕事をしているのであるなら「派遣」といっても良いということです。厚生労働省のイメージは、大学から基幹病院に派遣して、それで機能を維持するというものだと思います。

愛知県では病院間で医師を出しているところもありますし、愛知県地域医療対策協議会でも病院間の派遣をずいぶん前から認めていますので、認めている以上は、派遣と理解しても良いと思います。なぜそのように思ったかと言いますと、いままでは、地域で困っている病院間で医師を派遣することによって医療を担っていたわけですが、派遣できるほど医師が余っているのなら「派遣はしない」と大学病院からもものすごいプレッシャーを受けたことがありました。このことを県の会議で訴えたところ、大学の先生たちがいる会議の場で、病院からの要請があった場合には派遣を認めるということになったわけです。

天野 従来は各医局でそれぞれ派遣していましたが、医局単位の派遣はできなくなるということでしょうか。また今後は、大学病院としての格付けに実績としてカウントされないことになるのでしょうか。

座長 大学が認めないといけないということです。

佐藤 従来のような医局から派遣する医師について、大学としてはある病院にこの先生を派遣して送りますと手続きをすること、また受け入れる側の病院でも、この先生がある大学病院から派遣されましたと記録すること、さらに本人の承認が必要になると思います。

天野 そうすると、システムを変える必要はなく、それぞれコンセンサスが取れていけば良いという

イメージでしょうか。

北川 病院間だとどうなりますか。

座長 病院間でも同じです。病院長が認めるかどうかということです。

北川 救命救急センターからでも、本当に医師を派遣できるのでしょうか。

座長 派遣は全く構わないわけですが、むしろ労働時間の範囲内で行うことが必要とあります。週1回の派遣でも構わないでしょうし、労働基準法に違反しなければ問題はないと思います。愛知県では病院間の派遣機能がありますので、それを全体として認めれば良いと思っています。

佐藤 「特定機能病院」の役割について検討している厚生労働省の「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」では、「地域への医師派遣」という役割を加えることについて議論しています。急性期拠点機能に明記される医師の派遣については、このことを想定し、大学病院をイメージして書かれていると思われれます。ただ、急性期拠点機能が必ずしも大学病院とは限らないということはその通りでありますので、その時に大学病院以外のところの派遣が要件なのかどうかについては、検討会の議事録を見ても詳しくは判らないと思います。

座長 ここで使われる「派遣」という言葉が、労働基準法上の「派遣」ではないとすると、どのようになるのかははっきりしていません。例えば、所属がどこにあっても「大学の派遣である」と言い出したら、それは派遣になってしまいます。

北川 大学からの派遣は、より広範囲の地域をフォローするために行うというイメージになりますか。

座長 そこまでいくと、大学の機能としては細かくなりすぎます。むしろ、大学は拠点に派遣して、拠点から地域で医療が不足しているところに補充するほうが理にかなっています。遠くにある大学から2時間もかけて通勤し、仕事を1時間余りするというのは意味がありません。地場で行えば間に合う話です。派遣がどのような形で行うことになるのかは、ガイドラインが出来ていない段階でははっきりしていません。

北川 医師派遣の実績が評価されることにもなっています。

座長 病院は「基幹」、「拠点」、「特定機能」など機能別に分けられていますが、派遣機能の役割がどのように位置づけられるのかはよく判らないところがあります。ただ、大きな病院になると派遣の可能性は出てきます。地場の側からしても、よりアウトリーチできる近いところが良いということにもなります。極端な話ですが、愛知医科大学から渥美病院まで派遣するとなると、往復に何時間もかかるわけですから現実的には難しいこととなりますが、それでも移り住んで行く場合、それも

派遣となるのかどうか。また、名古屋市立大学が市内の関連病院に人を送るのは派遣とは言わないわけですが、他の病院に送る場合は派遣と言えるのかどうか。さらに「外来だけやってほしい」や「手術の時だけ来てほしい」という要請もあり得ます。このような派遣に関するはっきりとしない部分については、今後明らかになっていくと思います。

ここまで高齢者救急につきまして、様々なご意見をいただきました。まだまだ議論は尽きませんが、時間となりましたので終了とさせていただきます。本日は、長時間にわたりありがとうございました。