

まとめとディスカッションに向けての論点

東京都医師会 在宅医療委員会企画
シンポジウム

「大都市における一次医療の充実に向けた在宅医療の役割」

2025年5月24日

東京都医師会在宅医療委員会 委員
一般社団法人未来研究所臥龍 代表理事 /
兵庫県立大学大学院社会科学研究科 特任教授

香取 照幸

<http://www.garyu.or.jp/index.html>



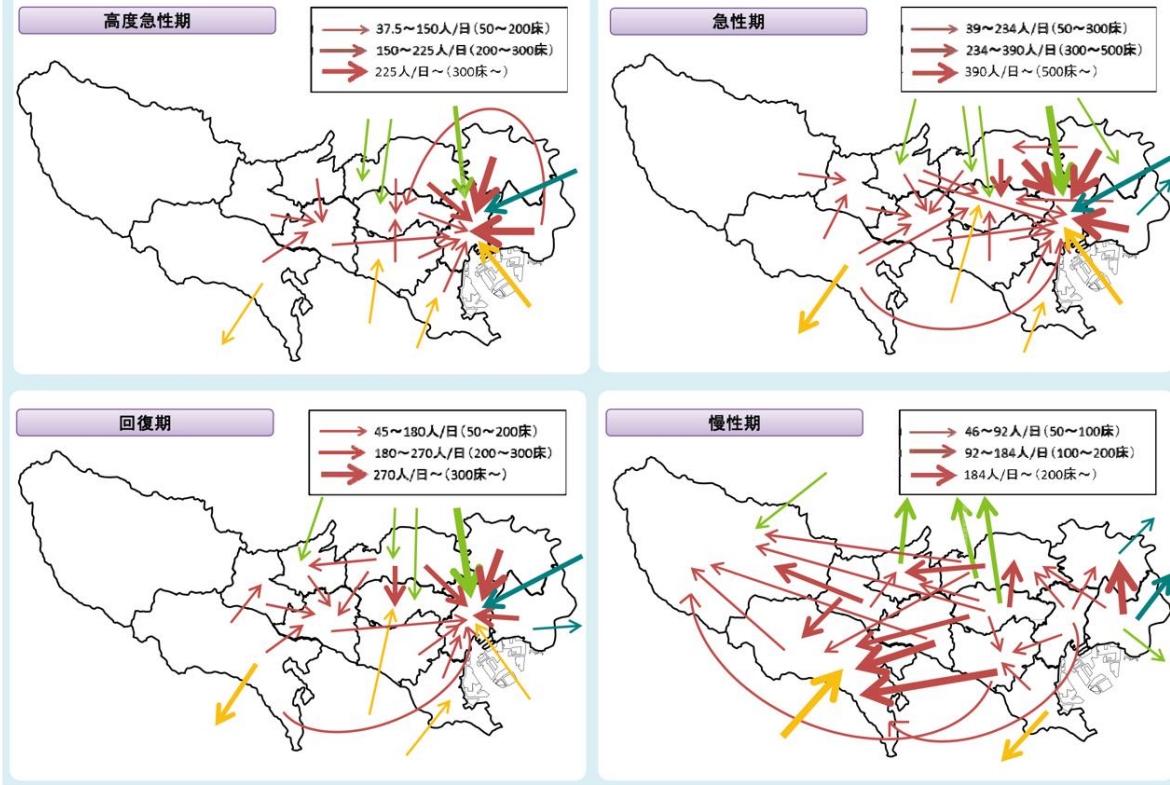
Future Institute Wolong

二次保健医療圏間の患者の流出入状況(全疾患/2025年)

◆ 4機能ごと差引後の流出入(人/日)・病床数

(必要病床数等推計ツール:2013年の患者の受療動向を年齢階級別に2025年の人口で引き延ばして算出)

→ 都内 → 埼玉県 → 千葉県 → 神奈川県



東京都の医療提供体制

潤沢な医療資源 + 交通アクセスの良さ



「診療圏」が成立しない

医療機関(病院も診療所も)の専門分化が顕著

(→それを可能にする諸条件が揃っている)

外来診療も特異な形で専門分化(従来型 + 大規模在宅・施設在宅・往診専門C等々)

★都心における昼間人口と夜間人口の大きな差

→膨大な昼間居住者(=通勤者=現役層)のニーズ

に対応した形態・機能を持つ医療機関の集積

(産業医・専門診療・健診C→医療モール、ビル診)

退職後の医療保障の形をどう考える？

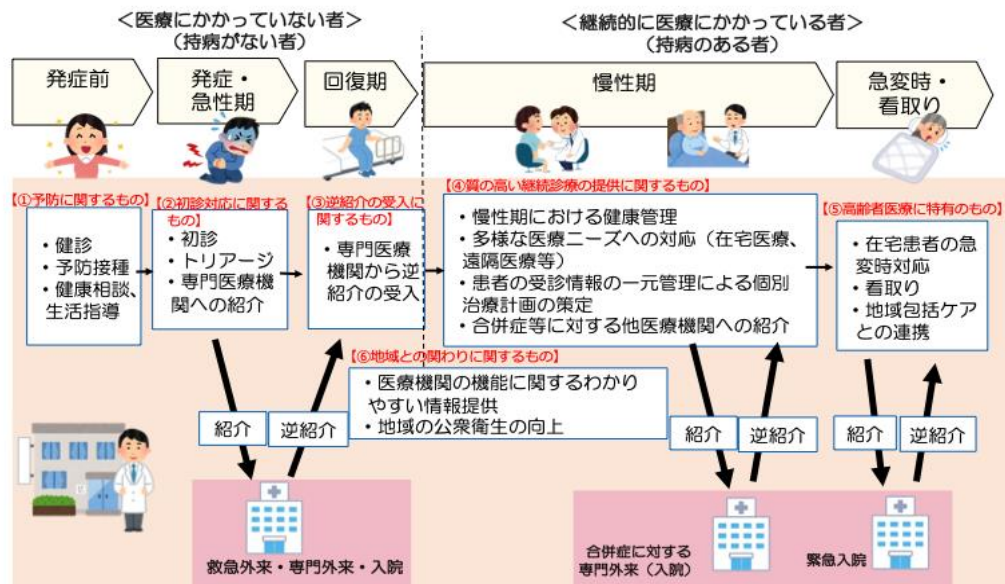


「生涯を通じた」かかりつけ医をどう考えればいいか？

そもそも、ライフステージによってかかりつけ医・かかり

つけ医機能に求められるものが違うのではないかな？

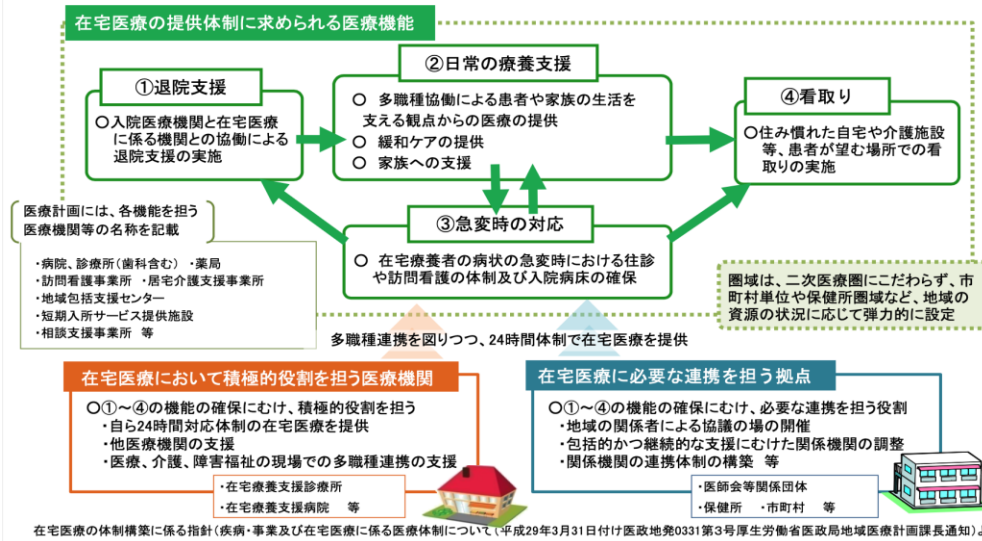
受診の場面からみた、保健医療のニーズ



在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ～



在宅患者の姿

Multimorbidity+医療/介護/生活支援複合ニーズ
 身体的脆弱性(急性増悪・重症化・容態急変リスク)
 社会的脆弱性(孤立・独居・家族関係・地域関係)

支える医療は一人ではできない。
 医療機関相互の連携と協働、多職種チームの協働が不可欠。
 それをいかにmegacity東京で実現するか

②日常の療養支援 ③急変時の対応 ①退院支援 ④看取り

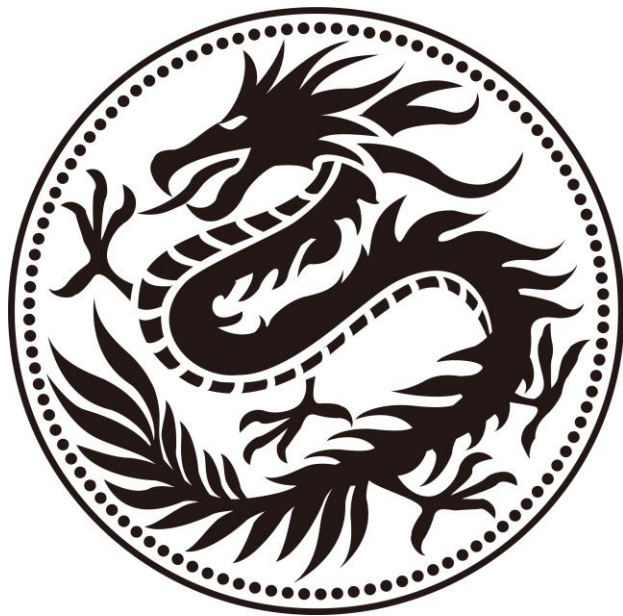
↓
 それぞれのステージで医療に求められるもの、そしてそれを実現していくための条件とは？

☆高齢社会における在宅医療の役割(委員会報告書より)

- ・日常的健康(医学)管理(ポリファーマシー・低栄養・サルコペニア・フレイル)への対応
- ・急変対応を可能にする医療体制(救急搬送の回避)
- ・退院支援(在宅診断/医療能力の強化(新規モダリティ(医DX/IT)/多職種チーム協働/))
- ・再入院抑制・看取り(意思決定支援・在宅緩和ケア)

時間があれば議論したい論点

- ・中小民間病院の位置付け
多機能型地域密着病院は、大都市部東京ではどう機能しうるか。
- ・介護施設・サ高住・有料老人ホーム入居者への医療保障(特に急性期ニーズ)を誰がどう受け止めていくのか。
- ・がん末期、ターミナル、障がい者の在宅生活のあり方
(ホスピスホームの功罪)
- ・ネットワークからこぼれ落ちる人たちへの対応
(認知症高齢者、精神疾患患者、独居(孤立)、引きこもり、など)
- ・新しい診療所の形の模索(グループプラクティス・連携法人)
- ・医療DXの積極活用(タスクシフト、タスクシェア、リソース制約克服)



一般社団法人未来研究所 臥龍(Wolong)

<http://www.garyu.or.jp/index.html>