

[令和7年度 第2回]

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔区東北部〕

令和8年2月9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』

〔区東北部〕

令和8年2月9日 開催

1. 開 会

○本間課長：定刻となりましたので、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〔区東北部〕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ご一読いただき、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。

昨日は衆議院選挙がありましたが、結果については、皆さん、いろいろ思うところはあるのかと思いますが、きょうはその話じゃなくて、地域医療構想の話になります。

報告事項が4つと議事が3つになっています。私からコメントするのは、議事の3つ目で、何を意見交換するのかというところが、皆さんの関心が高いかと思っています。

きょうは、急性期拠点病院について、この圏域で言いますと、足立医療センターさんが中心になるかと思いますが、急性期拠点病院、三次救急をやっている病院と、高齢者救急のあり方についてです。

極端に言えば、足立医療センターに高齢者がどんどん押し寄せてもいいんですか、それを周りの二次救急でどうやって役割分担していきますかといった議論を、現場の先生方にやっていただきたいと思っています。

では、足立医療センターが二次救急、高齢者救急を受けないようにできるのかというと、救急車が行ってしまうので、そういうわけにもいかないと思います。

そのあたりを地域の中でどうやって考えていくのかについても、きょうはご議論いただきたいと思っています。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。どうもありがとうございます。

また、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。

本日は、土谷先生からもお話しいただきましたが、医療機関機能について、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、またそれを踏まえた医療提供体制の確保につなげていくための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ので、よろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を賀川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

○賀川座長：座長の、足立区医師会の賀川でございます。よろしくお願いいたします。

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、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。

○賀川座長：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：私から2つお話ししたいと思います。

1つは、7割の病院が赤字でしたという話ですね。すごい話です。

2つ目は、皆さんが調査に協力いただいたところですが、今年度は、民間病院への支援を東京都がやってくれました。全国でこんな道府県はありません。

それだけ東京の病院の経営は大変だということですが、令和7年度は、緊急的、臨時的支援事業として、1日1人当たり580円を補助するという事業がありました。

では、来年も続くのかと言われるところですが、先ほど報告いただいた調査の結果に基づいて、来年度も事業化することが決定しています。つまり、皆さんがお答えした結果が、そういった事業につながっているということです。

今後もいろいろな調査があると思うんですが、ぜひお答えいただいて、東京都のこういった事業につながるように協力していただきたいと思っていますので、よろしくお願いします。

○賀川座長：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、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ございまして、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。

○賀川座長：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：今ご報告があった新たな地域医療構想についてコメントします。

国のガイドラインがこれから出てくると思うんですが、それは、全国の視点で、人口がすごく減っているところも含めての話になりますので、東京都にはそぐわないところがあると思います。

ですので、国のそのままじゃなくて、東京独自の地域医療構想を私たちはつくっていかねばいけませんと思います。

ぜひ皆さんも東京都としての視点を持ってご意見をいただければと思います。

○賀川座長：ありがとうございました。

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)

○賀川座長：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。

本圏域における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。

○賀川座長：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)

○賀川座長：「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のまとめでございます、次のページについては、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、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。

○賀川座長：ありがとうございました。

新たな地域医療構想に対しまして、国が恐らく来年度、骨子案をつくって、再来年度、東京都さんが策定して、冊子をつくっていただけるようになると思います。

このようにゆっくりとした対応だと思いますが、高齢者救急はそうも言ってられません。年々、“高齢者の高齢化”が進んでいきますので、その辺のところ、先ほどの4つの機能の中で、高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点病院が、区東北部にもございますが、どのようにしたらいいか。

区分けしながら見させていただければというところですが、先生方にご意見を賜りたいと思いますが、いかがでしょうか。

それでは、前回もそうだったんですが、高度急性期の東京女子医科大学附属足立医療センターの塩沢先生、お願いできますでしょうか。

○塩沢（東京女子医科大学附属足立医療センター 病院長）：最初にお話しさせていただきまして、事前の配信動画を見させていただいたんですが、私たちは三次救急であるということで、これで言うと、急性期拠点病院に現在は当たると思います。

現状を見ますと、この高齢者救急・地域急性期病院というのが、どこまでやっていたかという位置づけが、すごく大事じゃないかと感じました。

現時点では、全部ではないんですが、高齢者の、特に85歳以上の方などの外科手術とかもしているという場合があります。

特に高齢者ですから、当然、併存症もあって、意外にそれが重く、しかも、それがまた3つも4つもあっても、高齢者救急・地域急性期病院に送るということになってくると、ほとんどそのような方が多くなってくるんじゃないかというイメージがあります。

動画では分からなかったのが、高齢者救急・地域急性期病院というのは、高齢者であっても、条件がよければ手術してくれるような病院ということなのかどうかというところです。

「手術の可否で送る」となると、今とあまり変わらないかなという気もいたしましたので、高齢者救急・地域急性期病院の位置づけというのはどんなイメージなのかを、この区東北部でお考えいただいたり、決めていくといいのかなと思いました。

○賀川座長：ありがとうございました。

高齢者が救急搬送されて、手術が必要な患者さんもいらっしゃいますので、例えば、整形外傷、大腿骨頸部骨折とかで入ってくるんでしょうが、そういう場合は、そこの医療機関でできればいいですし、できなければ、また転送なり、全身の状態がよろしくなければ、塩沢先生のところをお願いするかもしれませんが、手術の必要な患者さんは確かにいらっしゃいます。

では、東京都からお願いします。

○本間課長：今のご質問に対してですが、きょうは説明を飛ばしてしまった資料の中で、国の検討会資料がございます。

5ページに「医療機関機能の考え方」というのがございます。このピンクのところは「急性期拠点機能」で、「区域内に複数医療機関を確保」ということで考えられています。

その隣の黄色いところが「高齢者救急・地域急性機能」ということで、「高齢者救急の対応のほか、頻度の多い一部の手術についても対応する」と、国のほうでは想定されております。

ですので、手術ができる病院も含まれますし、できない病院もこの中に含まれるというのが、国の考え方になっています。

○塩沢（東京女子医科大学附属足立医療センター 病院長）：ありがとうございます。

特に、私は腹部外科ですので、整形外科的なことはできるような感じがするんですが、腹部重症患者とか胸部になりますと、整形とは違って、かなり重症度が高いんですよ。

ですから、必ずICUに入るようなことになって、最悪の場合は気管切開したりとかしながら、呼吸管理もしなければいけないということで、全身麻酔に絡むこともすごく多いので、ここでは整形外科的なことは何とかできるかもしれないんですが、胸部、腹部となったときはどうかなということがあって、その辺をお伺いできればと思います。

○賀川座長：ありがとうございます。

では、東京都医師会の猪口先生、お願いします。

○猪口（東京都医師会 顧問）：今の資料の次の次のページを見せたいと思います。

この「急性期・救急医療の役割分担について」を見ると、ピンクの「手術等の分担」とオレンジの「増加する高齢者救急の受入れの分担」となっていて、手術に関しては急性期拠点だと見えます。

ただ、その下に米印があって、「大都市などにおいて手術等を高齢者救急・地域急性期機能で実施することや、急性期拠点機能において、増加する高齢者救急の需要にも対応することも考えられている」となっています。

高齢者の手術、それから一般的な二次救急の手術を全部、大都会においては、いろいろな医療機関がありますので、急性期拠点病院に集めるという発想は完全に否定しています。

この会議に出ていて、「そんなことはあり得ないでしょう」という話をしています。

ですから、高齢者救急・地域急性期機能においても、やれることはやる。特に、「高齢者」と言っていますので、この高齢者救急・地域急性期機能に高齢者を集めて、手術ができないものに関しては拠点病院に送るということなんです。

この急性期拠点とか高齢者救急とかという機能別な判断は、「これを見て救急隊がどう動くかをなるべく分かりやすくしましょう」という話なんです。

ですから、「高齢者救急をやっているところは手術をしません」ということは、もうまず絶対ないです。

そんなことをしていたら、この高齢者救急に当たるところは二次救急の病院が多いんですが、その二次救急の病院の経営状態がおかしくなってしまうから、手術をしないわけにはいかないの、そんな簡単に単純に分けられる話ではないということは、ずっとこの会議の中でも出ています。

ですから、言い方を変えると、急性期拠点に手術が全部集まるというような形にすることは、大都会の東京ではまずいと思いますので、救急隊が選別できるような形の仕方をうまくつくっていかなければいけないというのが、東京の今後の地域医療構想だと思います。

○賀川座長：ありがとうございました。

先生のおっしゃるとおりで、二次救急も、例えば、足立区の場合は、15病院ございまして、その下に救急告示病院が13病院あって、全部で28病院あります。

ですから、「この患者さんは救急隊がどこに運べばいいか」とかをある程度選定しながら、基本的には、最寄の病院が最初なんです、手術が必要か必要でないかというあたりは、救急隊はその判断が困難な場合もあります。

足立区の場合は、地域救急センターもございまして、そこにまず入って、手術が必要だったり必要でなかったりということになって、そこから、同じように

高度医療をやっている地域の病院がございますので、そこに転送したり、それは、昼とか夜のいかんにかかわらず、転送したりするというケースがございます。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：塩沢先生にご質問したいんですが、よろしいでしょうか。

足立医療センターの三次救急は、もちろんちゃんと機能していると思うんですが、二次救急で圧迫されてなければ、もっとパフォーマンスを高くできるかどうかということです。圧迫されているかどうかということです。

圧迫されていないとしても、ある程度救急車を絞って、三次救急にもっと注力できる環境が整うということになれば、それについてはぜひそうしてほしいということでしょうか。

それとも二次救急もバンバンこれからも取っていかなければいけないと考えておられますでしょうか。高齢者救急を絞らないほうがいいのか、絞ったほうがいいのかということについてです。

○塩沢（東京女子医科大学附属足立医療センター 病院長）：三次救急に関して、現状を申しますと、当院は、20床の救命床があるんですが、看護師の問題で、13から14しか開床できてないんです。だから、6を閉めているような状態で、非常にまずいと思っています。

来期、この4月以降は、看護師さんを増やすことができれば、今後は20を全部オープンできると思っています。

ただ、今は14の中で、応需率80以上はやっているんですが、それができないとなると、確かに14が埋まっている段階でそれ以上取れないですし、夜間の救急手術ができないので、応需率は80ぐらいなので、もうちょっと今後は広がっていくんじゃないかと思えます

三次の救急車は年間1500台ぐらいですが、さらに増える可能性がありますので、中期的にももうちょっと行けるんじゃないかとは思っております。

それから、二次を撤退して三次にするということは考えていませんで、二次もできるだけやるという考えでおります。

こちらは、ちょっと脆弱なところが夜間でして、マンパワーの問題で医師が少ないということもありまして、完全には24時間応需できていない科もあります。

ただ、今お話がありましたように、救急体制が非常に大事なことで、方向性としては、もう二次も三次もということで、この1年間取り組んでまいりました。

一昨年は、二次救急が56から60ぐらいの応需率だったのが、この1年間は、75か78まで上がってきましたので、来年度以降は、二次ももうちょっと頑張っていければと思っています。

ですので、病床をちゃんと広げるのが三次で、応需率をさらに増やす。二次に関しても、医師を今から何とか増やして、二次もしっかりやる方向ではおります。

○土谷副会長：ありがとうございました。

先生のお考えを拝聴した上での意見ですが、地域の医療機関を代弁したつもりでコメントしたいと思います。

そうすると、二次については、「自分たちもある程度頑張ることができるかな」と思うんですが、「三次は先生のところじゃないとできない」という感じだと思います。

ですので、「二次はみんなで頑張るから、三次のリソースを、医療資源も人材もそっちのほうに注力してもらおうと、みんな嬉しいんじゃないか」と思います。

○塩沢（東京女子医科大学附属足立医療センター 病院長）：ありがとうございます。

今の話は、病院の今後の方針にして、ベッドをちゃんと開いて、4月以降、全部を開床してやっていきたいと思っていますので、何とかご期待に添えるように頑張ります。

○土谷副会長：三次に注力していただきたいと思っています。

○賀川座長：ありがとうございました。

では、葛飾区の東部地域病院の稲田先生、お願いします。

○稲田（東部地域病院 院長）：基本的な話ですが、確かにこのイメージ図はよくできている感じがします。

ただ、問題は、これはあくまで機能分類であって、実際に病院を運営する側からいうと、例えば、病床の話であるとか、看護師の話であるとかといった、この“箱”の問題が全然語られていないですし、これから不足していくであろうマンパワーについても語られていません。

では、こういったところをどうやって病院の機能を保持していくかということについて、国なり都なりの何らかの支援がない限りは、それぞれこんなにきれいに病院は分類されていかないだろうと思っています。

それから、猪口先生も先ほどおっしゃったんですが、では、今度は患者さんを運ぶとき、上り搬送、下り搬送という話があったんですが、病院に連れてくる救急隊は、どういうふうに情報を得ていくのか。

先ほどもお話がありましたが、高齢者の場合には、いろいろな並存症があったり、最初の診断、あるいは症状等が明確でないことが多いです。

そのため、病院に着いたところで、そこでまた判断をして、ほかに送るということになりかねませんので、まず救急隊が、しっかりとした情報をどう処理しているかということが、非常に大事になると思っています。

もう一つは、病院に来て、「この患者の診療はほかに適切な病院があるだろう」ということになると、ほかの病院の情報というものが、送る前の病院のところにも来ていないといけないということになります。

ですから、DXといったような情報網をきちっと整理していかない限りは、このイメージ図は成り立たないだろうと思わざるを得ないと感じています。

○賀川座長：ありがとうございました。

確かに難しいですね。救急隊が、患者さんを東部地域病院さんに運んだり、ほかの病院に搬送したりしますが、そこでまたある程度の治療ができなければ、転送になったりしますし、それは昼とか夜にかかわらず、そうなっていくと思います。

では、急性期になりますが、荒川区の岡田病院の岡田先生は、まだ入られていないとのことですので、足立区の等潤病院の伊藤先生、お願いします。

○伊藤（等潤病院 理事長・院長）：これは、地域性がある、地方とかは東京と実情が全く異なりますので、画一的にできるものではないということが、まず前提としてあると思うんですが、区東北部というのは、現状でも意外とうまく回っているのかなという気がしないでもないんです。

高齢者救急とか救急一般のところで果たしている役割を、結構いろいろな病院が協力してやっていると思うので、むしろ、急性拠点病院をどのように考えるかというところが、少し問題になってくるのかと思います。

二次、三次救急というだけではなくて、例えば、外科の手術でも、高度な手術であるとか、「ハイボリュームセンターでないと成績がよくないよ」みたいなことが言われている手術に関しては、そこに集約するとか、そういった意味も含めての急性期拠点病院ということだと思います。

そうすると、基本的にはそういったところが診療報酬とかにも反映されてくるということになりますと、ダウンサイジングであるとか、より入院期間の短縮とかいったところが、出てくる話になってくると思うんです。

その辺のところはまだはっきりしていないということで、急性期拠点病院をどのように考えるかというのは、私自身はあまりはっきり考えがまとまらない状況です。

人口によって20万から30万人のところに1つ、急性期拠点病院を置くという話ですが、東京は、それができるような病院がもっと数多く存在しているんじゃないかと思います。

ですので、その辺のところをどう選別していくのか、あるいは、今の体制をどう昇華させていくのかというところが、今後課題になってくるのかなという気がしております。

○賀川座長：ありがとうございました。

急性期拠点病院が、大学病院、大病院も含めて区中央部には多くありまして、また、ほかのところにもございますので、そこに集約されるのが普通かもしれませんが、区東北部は、人口が136万人いらっしゃいますので、その中で、急性期拠点病院をいかに増やせるかどうかといったところだと思います。

高齢者救急は、手術ができるところとそうでないところがございますが、その辺のところを一番知っていらっしゃるのは救急隊かなとも思います。

あちこちの救急医療機関に運ばれても、本当に急に要しない限りは、そこからまた転送することも可能ですので、伊藤先生がおっしゃっていますように、多くの急医療機関の間でお互いに顔も見えていますので、そういうところが、高齢者は増えますが、うまくなされているんじゃないかなと、私も感じます。

では、平成立石病院の大澤先生、お願いします。

○大澤（平成立石病院 名誉院長）：東京の特徴として、例えば、三次救急に関しても、比較的近いところにあつて、患者さんの搬送にそんなに時間をかけなくてもできるということがあると思っています。

ただ、高齢者の救急が増えてきて、「重症になった高齢者を三次にみんな運ぶのか」みたいな話は、当然出てくるかと思っています。

そこで、多少重症であつたり、急を要するオペが必要な状況でも、地域の二次救急でそれを受け入れるという体制をつくることも、東京の場合には可能ではないかと思ひますし、そこに向けて急性期の高齢者救急を担うような病院というのを準備していく必要があるのかと思っています。

ですので、若くて助けられる人は、三次に当然運ぶんですが、高齢者は二次救急のところである程度受けとめるという体制も必要じゃないかと思ひますので、そのあたりのことを考えながら、地域医療構想を考えていったらいいかと思ひております。

○賀川座長：ありがとうございました。

では、荒川区の木村病院の木村先生、お願いします。

○木村（木村病院 院長）：ちょっとお聞きしたいんですが、さっきの資料6の19ページの「東京の特性を踏まえた医療機関機能」についてです。

急性期拠点機能に関して、東京都全体に40か所を今推定していて、救命センターが28か所で残りの12か所は一部の指定二次医療機関ということで、その指定二次医療機関は、こちらの急性期拠点と高齢者救急・地域急性期機能と

いう2つに分類されるということになっていますが、この時点での線引きはどのように考えていらっしゃるのかということです。

あと、その下に「要介護認定を受けている高齢者について」と書いてあるんですが、これには「要支援」は含まないという考えでしょうか。「要介護」と「要支援」とありますが、「要介護以上」ということで定義していらっしゃるのか。今の時点での線引きについて伺えればと思います。

○賀川座長：では、東京都からお願いします。

○本間課長：ご質問いただいた件ですが、あまり答えが具体的じゃなくて申し訳ないんですが、国の資料を使って、考え方をご説明させていただきます。

今映っている6ページに、「急性期拠点機能」と「高齢者救急・地域急性期機能」として、それぞれ「求められる具体的な機能や体制」というのが書かれています。

ただ、その隣の右のほうに、「協議のためのデータ」ということで、例えば、「救急車受入れ件数」とか、「手術の件数」とか「医療従事者数」とかが挙げられています。

あと、高齢者救急になると、「包括の病床数」とか、「地ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届け出状況」とかを踏まえて、各都道府県で協議をしながら考えてほしいというのが、国の考え方になります。

ですので、「具体的に都としてどうするんだ」というところで、どこで線引きするんだということは、これから皆さんのご意見をいただきながらと思っております。

それから、「要支援についてはどうなんだ」というところですが、特に「要介護」に絞って何か線引きをするところまでは、まだ固まっていませんので、このあたりの患者像も含めて、「要支援」も含めて、「取扱いをこうしたほうがいい」というご意見があれば、ぜひ伺えればと思っております。

○木村（木村病院 院長）：具体的な線引きというか検討は、今後になるかと思うんですが、「40か所」とここに書かれていて、この12か所がここに含まれていると思ったので、それはどのように決めたのかなと思った次第です。

○賀川座長：ありがとうございました。

急性期拠点病院については、これからだと思います。

「要支援」もそうですが、「要介護度1と2と、3から5までに分けて、どのように考えるか」とか、その辺をクリアに分ける必要性もないかと思いますが、その辺のお考えもあるかもしれません。

ご承知のとおり、「東京ルール」がございまして、コロナのときよりは、ずいぶん減ったわけですが、区東北部は、毎日10件ぐらい出るんです。

その中には、選定困難例として、認知症、あるいは要介護度の方も入ってきますので、その辺でなかなか取れない医療機関があるからこそ、この「東京ルール」に回ってくるんじゃないかなと思います。

これもまた、今後の課題の一つとして頭に入れておきたいと思います。

では、柳原リハビリテーション病院の八巻（ヤキ）先生、お願いします。

○八巻（柳原リハビリテーション病院 院長）：今のお話をお聞きしていて、私はもともと外科医で、まだ外科をやっていますが、東京都は少なくとも2040年までは人が増えていくと聞いていますので、国と東京都の考え方というのは、同じには行かないと思うんです。

ただ、いろいろお話を伺っていて、確かに1つのところに集中するというよりは、お互いに助け合っていく、カバーリングしていくという考え方のほうが、すごくしっくりいくかなと思っています。

あと、医療のいろいろな締付けで、入院期間がどんどん絞られていって、リハビリテーション病院でも、うちの柳原病院だと、地域包括ケア病棟は60日を45日ぐらいまで絞られてきたりとかしています。

リハビリテーション病院でも、脳卒中とかいったものの点数が高くて、廃用性症候群だとなかなか点数をいただけなくて、とにかくすぐに経営の話になってしまったりします。

あるいは、人が増えて医療が必要だということになっているはずなのに、肝心な看護の問題とか、理学療法士、作業療法士といった人たちのマンパワーが、不足しているという状況です。

ちょっと話がそれますが、当院などでも、去年までは、理学療法士を採用して、セラピストも新規採用で8人ぐらい何とか入ってくれましたが、今年はたった1人しかいないという話になってきて、本当にマンパワーがちゃんと確保してやっていけるのかという不安もあります。

あと、本当にどんなふうになるのかなというのが見えてこないんですが、これは、2027年までに策定するというようなイメージでよろしかったですか。

十年先を見据えるのか、ちょっと先のところを見ていくのかということも分からなかったなので、そのことも踏まえて、どなたか分かる先生がいらっしゃったら教えていただきたいと思います。

○賀川座長：ありがとうございました。

では、東京都からお願いします。

○本間課長：ご質問いただきました策定の時期ですが、令和8年度、来年度に策定するという方向で進めております。

「いつを目標に」というのは、国のほうでも示されていますが、「2040年頃を見据えて、それに向かって今から、高齢者が増えていく状況を踏まえて、どういふような体制を整えていくべきか」というところを、検討することになっております。

○賀川座長：少し先なものですから、国が動いてから都が反応されるという方向だと思います。

○八巻（柳原リハビリテーション病院 院長）：そうしますと、東京都は人口が増えていくので、他の47都道府県とは、もちろん東京だけじゃなくて増えるところがまだいくらかあると思いますが、考え方はかなり違ってくるということでしょうか。

この間も言ったようなことを、また言ってしまったかもしれませんが、流れとしては同じと考えていかなければいけないのか、全体像がよく分からないんです。

○本間課長：ありがとうございます。

人口につきましては、おっしゃるとおり、全体的に増えていくというのは、あと5年後をピークに下がっていくというところもありますので、前提としては、東京の人口も頭打ちになると。

ただ、その内訳として、高齢者が増えていきますので、高齢者の絶対数が増えていく中で、今議論しているような高齢者救急への体制づくりが、今から必要ではないかというのが、国も言っていますが、都としても、同じ課題があるのかなと考えております。

○八巻（柳原リハビリテーション病院 院長）：ありがとうございます。

○賀川座長：東京都の人口は5年先も増える、あるいはそんなに減らないというところですし、先ほど言いましたように、“高齢者の高齢化”で2040年までは東京は高齢者が増え続けるという話を聞いております。

では、葛飾区の葛飾リハビリテーション病院の和宇慶（ウケ）先生、お願いします。

○和宇慶（葛飾リハビリテーション病院 院長）：柳原リハビリテーション病院の先生からもお話がありましたように、回復期リハビリとしまして、この「専門等機能」ということで、「集中的なリハ」という位置づけになっていると思うんですが、実際は、急性期に運ばれて、治療が済んだにもかかわらず、独居の方も増えてきていますので、帰すに帰せないというような状況のもとで、回復期に転院される患者さんも多くいるわけです。

その辺の患者さんをどうフォローしていくかということですが、高齢者が増えてくると、先ほどあったように、マンパワーの問題もあるし、いろいろな問題があるので、果たして集中的なリハが機能的にできるようになるかということ、考えなければいけないということもあります。

こちらとしても、リハビリが終わったあと、転院する先の問題もありますし、リハビリ中に具合悪くなった患者さんはどこに転送させてもらうかという問題があるものですから、果たして、集中的なリハビリを今後ちゃんとやっていけるのかどうかということが、懸念材料になっているのが現状だと思います。

○賀川座長：ありがとうございました。

回復期病床は、この十年間、国や東京都がおっしゃっていましたが、例えば、足立区は、回りハと地域包括も含めますが、回復期の病床が増えてきて、足立区だけで2000床を超えたんです。

ですから、回復期のところは非常に大事なもので、先ほど言いました高齢者救急、あるいは急性期の病院が、入院したときから速やかなリハビリをして、栄養状態をよくして、回復期の病院さんをお願いしていく。

患者さんが少しでも悪くならないように、回復期の先生方がしていって、もちろん、口腔管理も含めまして、やっていっていただきますので、その辺のお力もう一つ非常に大事じゃないかなと思います。

先ほど言いましたように、2000床を突破していますので、非常に地域医療に貢献しているんじゃないかなと思います。

そこでまた急変したら、元の病院さんに診ていただけるかどうかというところだと思いますが、そもそも回復期に行く場合は、もちろん重症な患者さんはいるんですが、「伸びしろがあるからこそ回復期に行きましょう」というところです。

繰り返しますが、回復期で一生懸命やれば、病院の経営上もあとでちょっと付いてくるというようなところもございますので、そういう経過をたどっているんじゃないかなと、先生がおっしゃるとおりのことを感じております。

では、荒川区の慢性期の佐藤病院の冨松先生、お願いします。

○冨松（佐藤病院 院長）：高齢者救急・地域急性期機能のB1のところ、我々が担当するような部分になると思うんですが、現状でももうこれが始まっているというのが実際に、その中で考えていることというのが、我々のように小さな病院になればなるほど、例えば、整形外科が得意な病院、循環器の得意な病院とそれぞれカラーが強くなりますよね。

そういう中で、高齢者救急をブーンと受けとめることができるのかという部分もあって、そういうところでは、より有機的な運用というのを考えていただくというのが、今後のこの地域にとって大切なことかなと思っております。

あと、それに伴って、救急隊との連携のところをしっかりとすることによって、この図のB1の部分が、より効果があるような形になって、それがひいては三次救急の負担の軽減にもなるのかなというイメージを、今の段階で持っている次第です。

○賀川座長：ありがとうございました。

それでは、東京都病院協会の青井先生、ご発言があれば、ぜひよろしく願いいたします。

○青井（副座長、東京都病院協会、江戸川病院高砂分院 院長）：いろいろお話を伺ったんですが、東京といっても、区部に関しては、人口の密集だけではなくて、交通手段も豊富ですし、また、救急に対応している医療機関も、圏域を越えて相当数が存在するという事実があります。

ですので、実際に救急が発生したときに、どういうふうに対応をとれるかというのは、救急隊が絡むことにもなりますから、必ずしも圏域だけで話が処理できるとは限らないんです。

問題は、急性期拠点病院と決めて、そこに全部集中させることでいいのかという問題がありまして、高齢者に限って言うならば、地域の中でその人が置かれている状況と立場によっては、在宅で療養されている患者さんが、健常な方から介護がある方までいろいろあると思うんですが、それをよく知っているかかりつけ医の存在というのが重要になってくると思います。

それから、施設で療養されている方の場合は、当然、連携するべき医療機関が決められるわけですから、そこが始点にならなければいけないと思いますが、発症したときのトリアージというのが、非常に重要になってくるんじゃないかと思っています。

その上でもって、上り搬送、下り搬送を含めて、連携を強化するためのシステムというのが必要になってくると思いますし、これは地域の救急隊を含めて、い

ろいろ考えなければいけない部分だと思いますし、地区の医師会がどれぐらい関わることができるかということが重要じゃないかと思います。

疾患とか並存症とか、いろいろと問題が高齢者の場合はありますが、それも含めて、一定の決まりをつくってしまって、むしろ動きが出なくするという問題もあると思います。

また、病床における経営上の問題の話をされた先生もいらっしゃいますが、それはもうお互いに、そういったことに関しては、よく知った上で対応しないと、患者さんの居場所がなくなってしまうケースもありますので、そういったことも含めて、今の新しい医療制度がベッドに関することでどう変わっていくかということも含めて、考えていかなければいけないんじゃないかと思いました。

○賀川座長：ありがとうございました。

大変難しい問題についてご指摘をありがとうございました。

精神領域の東京都病院協会の片山先生、お願いします。

○片山（東京都病院協会・精神領域、成仁病院 理事長）：精神科も、来年度ぐらいから、もうちょっと先かもしれませんが、地域医療構想に正式に入ることになりました。

その場合、精神科の二次医療圏というのは全都なので、都として別の地域医療構想をつくるのか、それとも、今みたいに、二次医療圏のままかというのは、まだ決まっておられません。

それで、精神科のほうも、病床区分に近い考えというのは出てきておまして、救急の常時対応型というのが、今のところ、60病院のうち8つぐらいが指定されて、24時間入院に対応するということの指定がもう始まっております。

なお、病院名についてはまだ非公開ということになっておりますが、追ってお知らせできると思います。

○賀川座長：ありがとうございました。

ぜひ参加をお願いいたしたいと思います。

毎回申し上げますが、足立区と板橋区と練馬区に、精神病床のある医療機関が多いものですから、どのように片山先生がなされるかというところだと思いますが、ぜひよろしく願いいたします。

では、次に、葛飾区歯科医師会の増田先生にお話をと思ったのですが、席をはずしていらっしゃるようですので、次に、東京都薬剤師会の和田先生、お願いいたします。

○和田（東京都薬剤師会 常務理事）：なかなかコメントが難しいなと思っていたんですが、ちょっとゾーンが違うかもしれないんですが、私の立場としては、在宅であったりとか、自宅で療養される患者さんたちの受け皿をしっかりと整えて、転院だったり退院していくという流れをスムーズにできるように動いていけたらと考えております。

あと、こういった救急の仕組みなどについても、例えば、薬局で患者さんに時々聞かれたりするようなときに、しっかりと説明して、その不安が解消できるように動けたらなとも、お話を聞いていて感じました。

あと、東京というのは他県に比べて医療システムがどうしても乱立しているところがあるのではないかと思うので、そういった情報連携のところでも、各システムの連携というのも、しっかりと見ていかなければならないなと思っております。

○賀川座長：ありがとうございました。

では、東京都看護協会の植山さん、お願いします。

○植山（東京都看護協会 東部地区理事）：東部地区支部では、新たな地域医療構想に向けて、特に病院看護師と地域の看護師の連携を強化しようという取組みを、ことしから始めています。

具体的には、地域包括支援センターの看護職の方と病院の方の交流の場というのをかなり設けていまして、来年度は相互研修をしたりとか、お互いに話をしながら、スムーズな入退院支援というところを強化していきたいと思っています。

こちらで出口戦略をしっかりと援助していくということを考えているのと、先ほど来お話が出ている看護師の確保というところに関しましても、従来の施策を続けることに加えて、特に今働いている看護師たちのウェルビーイングを高めるということを考えております。

また、こういうACPとか地域連携、入退院支援だとかというところで、質の高い看護を提供し、地域に貢献しているという姿を達成することで、今いる看護師たちの離職を防いでいくという方向も考えております。

できることがかなり限られてはいるんですが、看護の職能団体として取り組んでいきたいと思っていますので、引き続きよろしく願いいたします。

○賀川座長：ありがとうございました。

さまざまな機能の医療機関、病院さんがございますが、患者さんあってこそそれぞれの機能だと思っておりますので、本当に敬意と感謝を申し上げたいと思います。

では、市町村代表の、荒川区の大森さん、お願いします。

○大森（荒川区健康推進担当部長）：先生方のご意見をありがとうございました。大変勉強になりました。

私からコメントができるとすれば、在宅医療の24時間の診療体制のところ、来年度から、東京都の今やっている事業が、区に移管されて、区が主体の在宅療養推進事業の中にメニュー化がされるということになっています。

東京都の高齢者の救急の状況とか、土日とか夜間の救急搬送の状況といったのを見ても、24時間の診療といった、地域の在宅医療の体制をつくっていくということは、改めて大事で必要なことだなと感じています。

区の医師会の先生方には、いろいろリソースも当たっていただきながら、この24時間の体制をどうしていくかというところを検討していただいているところでは。

これからは区が主体となって支援していくということになりますが、東京都からの継続的な財政面での支援もあると聞いてございますので、引き続き区も一生懸命やっけてまいりますので、都と区が一体の取組みをお願いしたいと考えておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

○賀川座長：ありがとうございました。

では、足立区の保健所長の増田先生、お願いします。

○増田（足立保健所長）：本日は地域の先生方からいろいろご意見を聞かせていただき、大変勉強になりました。ありがとうございました。

足立区といたしましても、地域の医療を円滑に進めるために、今年度「すこやかプラザ あだち」といったところに、在宅療養の支援窓口といったものを新たに移行して設置しております。

このように、区としても地域の先生方の診療に役立つ行政としての支援等が、今後できればと考えております。

○賀川座長：ありがとうございました。

では、葛飾区の保健所長の清古先生、お願いします。

○清古（葛飾区健康部長兼保健所長）：葛飾区では、災害医療の訓練でいろいろな病院さんと関わることが多いんですが、その辺を通して、女子医大さんとも一緒にいろいろとお話をすることがあります。

今後は、葛飾区内でいろいろな議論ができるように、これからまた医師会さんと一緒に考えていきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○賀川座長：ありがとうございました。

最後に、本日のご意見で少し出されたんですが、いわゆるACPの件です。

前回、塩沢先生からいろいろお話を伺いましたが、ACPの普及が、いろいろな意味で非常に大事じゃないかなと思っております。

医療と介護の連携の中で、研修・勉強会はその都度されていますが、救急隊も含めた理解と実践をしていかないとだめですし、ACPがうまく活用できれば、全体の医療資源の負担軽減にもなると思っておりますので、ACPをしっかりとやっていけないかなと思っております。

そこで、「診療情報提供書」というのがございますが、この一番下の備考欄に「ACP」に関する書式ができれば、いろいろな部署でもう少し強調していっただけではないかと思っております。

ほかの圏域の調整会議でも、ACPのことが毎回出ていますので、その辺のところ非常に重要になってくるんじゃないかなと思っております。

医療資源の限界はどうしてもございます。ましてや、高齢者がもっと多くなりますので、その辺が早急に実践できればいいかなと思っております。

かなり以前の地域医療構想調整会議で、ACPのことが1度出たことがあります。ワーキンググループでも出ていました。人生会議をどのようにすればいいか。急性期から回復期に移るときにするのか、回復期から在宅復帰はどうしても大事なものですから、そのときにされるのか。

ご自宅や施設でも、ACPの普及に努めていく必要があると、常日頃思っているところです。

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。

綾瀬循環器病院さん、お願いいたします。

○マツダ（綾瀬循環器病院 管理部）：足立区の綾瀬循環器病院の管理部のマツダと申します。

東京都さんから、「きょうの会議の最後にちょっとお話ししてくれ」ということで、ご報告が1点ございました。

私どものところでは、救急搬送の件数が年々増加していきまして、特に冬場は、「受け入れ不可」が非常に多く発生していますので、昨年から東京都と協議して、あと、足立区医師会にもご説明させていただいて、私どもの同一法人内の「あやせ循環器リハビリ病院から綾瀬循環器病院へ、2床移転する予定でありますので、そのご報告をしたくて発言させていただいております。

なお、2病院併せて、病床の変更はございませんので、その点も申し添えさせていただきます。

報告としては以上でございます。よろしくお願いいたします。

○賀川座長：ありがとうございました。

それでは、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。よろしくお願いします。

4. 閉 会

○宮澤部長：東京都の宮澤でございます。

本日も、貴重なご意見をありがとうございました。

私から何点か申し上げさせていただきたいと思います。

まず、高齢者救急についてお話をいくつかいただきました。

拠点機能になる病院が、具体的にどのような役割を担うのか、また、高齢者救急・地域急性期機能とどのような役割分担をしていくのか。

このあたりについては、国のほうで大きな考え方というのは示されてはおりませんが、ここは、東京の特性を踏まえて、引き続きご意見をいただきながら、決めていくということになろうかと思っております。

また、資料6の3ページのところに記載がございますが、これまでいただきましたご意見も踏まえまして、来年度、高齢者の救急医療体制の検討会を設置いたします。

その中では、東京都地域医療構想の考え方も当然踏まえた形で、救急医療体制をどうしていくかということ、検討していくということを考えているところがございます。

これについては、搬送も含めて、どのようにしていくのかというのは、これは、もう切っても切り離せないところだと思っておりますので、一緒にそこは見直しが必要だと思っております。

救急隊との連携といったお話もございましたが、東京消防庁さんとも一緒に考えていこうと思っております。

それから、2つ目ですが、人材確保と医療DXになります。

マンパワーの確保が非常に大きな課題だということは認識をしております。本日のテーマは医療機関機能ということで、そこに絞ってご意見をいただきましたが、今後さらに厳しくなるという中でも、人材の確保は当然重要でございます。

あわせて、非常にマンパワーが厳しくなる状況の中で、医療DXを推進していくということは、必要不可欠だと考えておりますので、人材の確保、医療DXというあたりも、東京都地域医療構想の柱の一つになってくるであろうと考えているところでございますので、これについても、また引き続きご意見をいただきたいと思っております。

最後に、座長からも、ACPの普及のお話をいただきました。

他の圏域でも非常に多くのご意見を、家族も含めた理解の促進ということでいただいております。このあたりも非常に重要だと考えておりますので、引き続き検討していきたいと考えております。

どうもありがとうございました。

○本間課長：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)