

令和 8 年度  
第 1 回救急医療対策協議会  
会 議 録

令和 8 年 8 月 4 日  
東京都保健医療局

(午後 7時00分 開会)

○救急災害医療課長

それでは、定刻となりましたので、ただいまから令和8年度第1回救急医療対策協議会を開催いたします。

委員の皆さまにおかれましては、ご多忙中にもかかわらずご出席いただき、誠にありがとうございます。

私は保健医療局医療政策部救急災害医療課長の道傳と申します。議事に入りますまでの間、進行を務めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

円滑な進行に努めさせていただきますが、会議中、機材トラブルが起きる可能性もございますので何かありましたら、その都度、ご指摘をいただければと存じます。

本日はウェブ会議とさせていただいておりますので、ご発言の際にはミュートを解除してお名前をおっしゃってからご発言いただきますようお願いいたします。

また、ご発言のない時にはハウリング防止のためにマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。また、本日委員の方におかれましてはカメラをオンにしてご参加いただきますよう重ねてお願い申し上げます。

それでは、開催に当たりまして医療政策部長の新倉より、ご挨拶を申し上げます。

○医療政策部長

皆さん、こんばんは。東京都保健医療局医療政策部長の新倉でございます。本日はご多忙の中、また夜遅い時間の会議にもかかわらず、本会議に出席いただきまして誠にありがとうございます。

皆さま、ご案内のとおり東京都内の救急医療の現状についてでございますけれども、令和7年の救急搬送人員、これについては過去また最多を更新いたしまして、またその約半数を高齢者が占める状況となっております。

また、東京ルール事案につきましても、とりわけ75歳以上の高齢者における受け入れ困難事例というのが多く見受けられまして、高齢者特有の疾患や、また多様なニーズへの対応ということで、現場における大きな課題となっていると認識をしております。

高齢者の人口につきましては今後も増加が続く見込みとなっておりまして、現在、策定に向け検討を進めております新たな地域医療構想、これにおきましても高齢者救急というのは非常にその中でも重要な検討課題の一つでございます。

こうした現状に対応するため、本年3月の本協議会におきまして小委員会を設置し、高齢者の救急医療体制の在り方を検討することとしたところでございます。

本日は、本年度、小委員会、6月と7月これまで2回を開催しております。そちらでの検討状況につきましてご報告をさせていただきますとともに、東京都保健医療計画につきまして昨年度の取り組みの進捗状況をご報告させていただきます。

委員の皆さまにおかれましては、それぞれのご専門のご知見、また現場のご経験に基づき

忌憚のないご意見を、どうぞお願いできればというふうに思います。

開会に当たっての、簡単ではございますが、ご挨拶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。

#### ○救急災害医療課長

続きまして、本日の配布資料についてですが、事前に事務局から送付しております次第に記載のとおり資料1から資料3－4まで、また参考資料1、2となっております。万が一不足等がございましたら、議事の途中でも結構ですので事務局までお知らせください。

次に委員のご紹介ですが、時間の都合上、資料1、委員名簿の配布に代えさせていただきます。なお今年度、新たにご就任いただきました委員につきましてご紹介をさせていただきます。

東京都立多摩総合医療センター院長、今村 和広 委員です。日本赤十字社東京都支部事務局長、小原 昌 委員ですが本日は欠席のご連絡をいただいております。

以上、2名の皆様となっております。よろしくお願いいたします。

続きまして、委員の皆様の参加状況につきましてご報告をいたします。

本日は小原委員のほか、東京都社会福祉協議会総務部長 田中委員、東京都地域婦人団体連盟副会長 高須委員から欠席のご連絡をいただいております。高須委員につきましては、代理として犬伏様にご出席をいただいております。

続きまして、会議の公開についてご説明いたします。

本日の会議ですが、救急医療対策協議会要綱第9の規定に基づきまして、会議、会議に係る資料および会議録等について原則として公開となります。ただし、委員の発議により出席委員の過半数で議決した時は会議または会議録等を非公開とすることができます。

本日の会議につきましては、公開としたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(異議なし)

#### ○救急災害医療課長

ありがとうございます。それでは、公開で進めさせていただきます。

なお、本日の会議はおおむね20時30分ごろまでを予定しておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、この後の進行につきましては横田会長にお願いいたします。

#### ○横田会長

皆さん、こんばんは。会長を拝命しています横田裕行です。本日はお忙しい中、時間を取っていただきありがとうございます。

先ほど新倉部長の方からご挨拶がありましたけれども、救急医療の需要、特に高齢者の救急要請が非常に増えている中で今後どのようにしていくかが、救急医療体制の課題になっているところです。

7月3日と記憶していますが、厚生労働省のほうから地域医療構想策定のためのガイドラインが公表されました。このガイドラインにのっとって、先ほどお話がありました新たな地域医療構想を見据えた救急医療体制検討小委員会が先日も開催されました。今日は、その内容について報告をいただきますけれども、厚生労働省、国がどのように今後の救急医療体制、それから高齢者救急医療体制を考えているか。東京都の事情を考えつつ、皆さんのご意見を頂戴したと思っています。

また2つ目としては、東京都の保健医療計画、令和7年度の進捗状況の評価が出ましたので、これについても議論をしていただきたいと思います。限られた時間ではありますが、どうかよろしくお願ひしたいと思っています。

それでは早速、議事に入りたいと思います。

今、お話ししたように今回の議題は2件であります。初めに、新たな地域医療構想を見据えた救急医療体制検討小委員会における検討状況について、事務局から説明よろしくお願ひいたします。

#### ○事務局

救急災害医療課の迫田と申します。よろしくお願ひいたします。

資料2、新たな地域医療構想を見据えた救急医療体制検討小委員会における検討状況について、説明させていただきます。

本小委員会ですが、令和7年度第2回救急医療対策協議会での審議結果を踏まえ設置されました。東京都内における救急搬送人員は過去最多となり、今後も増加傾向と想定されること。救急要請の傾向として、搬送人員の約半数が軽症であること。東京ルール事案はピーク時と比べて減少傾向ですが、コロナ前に比べて高止まりしていること。東京ルール事案では高齢者の受け入れ困難事例が多く、高齢者人口増加が予測される中、東京ルール事案も増加見込みであること。これらの課題を検討するため、今年度、救急医療対策協議会の下に新たに小委員会を設置することとしました。

なお、令和8年度に策定予定の新たな地域医療構想とも整合性を図りながら検討を進めることとしております。

小委員会の目的、検討の内容については資料のとおりです。

本スライドでは、小委員会の委員名簿、また救急医療対策協議会と小委員会のスケジュールをお示ししております。小委員会は全部で5回の開催を予定しており、第1回に現状・課題の共有、第2回に対策の方向性について議論を行いました。

本日の協議会では、小委員会で議論された対策の方向性等について、ご報告をさせていただければと考えております。その後、10月から11月ごろに第3回小委員会を開催し、具体的な取り組み案についての検討を行い、1月より施策の検討を進め、2月に報告書案を取りまとめまして、第2回救急医療対策協議会にて小委員会報告書案の報告をさせていただければと考えております。

次のスライドでは、新たな地域医療構想を検討する会議体である地域医療構想策定部会と救急医療対策協議会および小委員会について、全体のスケジュール感や相互の会議体の関係性について記載をしております。

新たな地域医療構想は保健医療計画の上位概念に位置付けられることから、それぞれの会議体の役割について、新たな地域医療構想では構想の取り組みの方向性を検討し、救急医療対策協議会および小委員会では策定部会の考え方を踏まえた取り組みを検討してまいります。

次のスライドからですが、国の地域医療構想策定ガイドラインが7月3日に発出されました。今回は高齢者救急に関連する部分を抜粋した資料を取りまとめましたので、下線部分のポイントを中心にご説明させていただきます。

前提として、新たな地域医療構想では医療機関ごとに機能の明確化が新たに求められており、急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期拠点機能、専門等機能、在宅医療等連携機能といった機能について医療機関ごとに報告するような仕組みが新たに設けられました。

そのような前提の下で、ご説明いたします。

44 ページ、急性期拠点を担う医療機関を中心に高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が高齢者を中心とした救急受け入れを、どう役割分担して担っていくか、地域で果たすべき役割を協議すること。

50 ページ、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関は搬送先の選定に当たっての考え方や、下り搬送・上り搬送を含めた受け入れ後の連携の在り方等について具体化していくこと。

55 ページ、救急搬送の需要を受け止めるための体制整備に向け、救急車の適時・適切な利用や受け入れ時の役割分担、受け入れ直後の下り搬送・上り搬送および急性期を経過した後の転院搬送に係るルール作りが重要であること。

救急搬送に係る現状の把握につきまして、地域ごとに人口当たりの救急搬送受入件数や全身麻酔手術件数、両件数の比率を比較し、全国的に見た場合の救急搬送受入件数の多寡等を地域全体で把握するとともに、年齢区分別の救急搬送受入件数や要請元の施設類型等を把握することで、救急搬送受け入れが相対的に多い場合の要因分析等を行うこと。

次のページ、救急車の適時・適切な利用について。救急車の適時・適切な利用の推進に向けた取り組みも必要であり、＃7119や＃8000の活用を推進する等の取り組みを検討すること。高齢者救急を中心とした救急車受け入れの役割分担について、各医療機関で対応すべき疾患・状態像を整理していくこと。

具体的には、急性期拠点機能では緊急度・重症度の高い患者への対応を、高齢者救急・地域急性期機能では高齢者救急を中心とした救急搬送患者の受け入れ、入院対応を行う体制を構築していくこと。高齢者救急の受け入れに係る考え方について、消防機関や消防担当部局とも連携しながら日常的な救急搬送の運用や実施基準へ反映させていくことを

検討すること。

救急搬送受け入れ後の連携について。受け入れ後の入院医療や転院搬送等の連携の在り方についても検討すること。

下り搬送や上り搬送できる連携体制の整備も重要であり、こうした受け入れ直後の転院搬送に係る連携を行っていくこと。他の医療機関等へ転院搬送を行うことや、在宅医療を提供する施設との連携を強化することなど、急性期経過後の患者の受け入れに係る連携体制の構築も重要であること。

医療と介護の複合ニーズを有する高齢者が増加する中、施設入所者が必要時に円滑な入院を行うことができるよう協力医療機関の確保、平時からの情報共有、受診および搬送のルールの整理等を通じて、高齢者施設と医療機関との連携体制を進めること。

これらのことが、ガイドラインに記載されています。

次のスライドからは、ガイドラインが策定されるに当たっての国の検討状況を抜粋したものととなります。

こちらのスライドでは、高齢者の疾病の特徴をまとめており、85歳以上の方は医療資源を要する手術がそこまで多くないこと。また、比較的多くの救急医療機関で対応ができることがまとめられています。

こちらは役割分担のイメージということで、右下の高齢者救急・地域急性期機能の医療機関が高齢者救急の受け入れを、右上の急性期拠点機能の医療機関が医療資源を多く要する手術を必要とする患者を受け入れるといった役割分担のイメージが示されています。搬送の段階からこういった役割分担を意識した医療機関選定や圏域調整が求められることが示されています。

少し話が飛びますが、国の地域医療構想策定ガイドラインでは全ての地域、全ての世代の患者が適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して日常生活に戻ることができるという地域包括ケアシステムの構築にも資するような医療提供体制を整備していくことが求められています。

地域包括ケアシステムについて、こちらはそのイメージ図となりますが、地域の中で医療や介護、生活等が包括的に確保される体制を実現していくことが示されています。

上から2つ目の丸ですが、2040年に向けて生産年齢人口が減少する中で、85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や独居高齢者等の増加が見込まれ、地域包括ケアシステムをより進化させていく必要性が示されています。図の中で、医療については左上に位置付けられていますが、日常の医療に加えて救急時の医療の提供が記載されています。これらに加えて、医療・介護との連携においては介護施設との連携や入退院支援、在宅復帰等への支援が書かれています。

また右下の米印の上から3つ目には、本人の意思決定を支援し、日常生活を支えることが重要とされており、アドバンス・ケア・プランニング、いわゆるACPの重要性についても記載されています。

これまでの国の地域医療構想の検討状況にも留意をしつつ、次のスライドから都の救急医療体制について小委員会でも使用した資料を基に、ご説明させていただきます。

まず、新たな地域医療構想を踏まえた救急医療体制（イメージ）についてです。最後にもう一度同じ図を用いて説明いたしますが、普段の地域の中で生活する高齢者が救急搬送された後に右側の医療機関に搬送され、転院、退院を経て地域へと戻っていく流れを示したのになります。図の上のほうですが、左側から①具合が悪くなった時（救急医療を受ける前）、②救急医療を受ける時、③救急医療を受けた後（転院や退院をする時）、これらの3つの時系列に分けて、この後の対策の方向性についても説明させていただきます。

東京都の人口動向についてです。都の総人口は2030年の1,426万人をピークに、その後は減少していきませんが、高齢化のピークは後ろにずれて2050年には高齢者人口は398万人、高齢化率は29%台で推移していきます。

都内の高齢者の救急搬送件数についてですが2050年ごろまで増加する見込みであり、特に外来の高齢者救急搬送件数の増加が顕著となっていることが分かります。

都内全体の搬送人員につきましては、コロナ禍後は右肩上がりが増加傾向です。また右側の表ですが、搬送人員のうち軽症者が約半数となっております。そして年齢別搬送人員の推移について、特に75歳以上のところの傾きが急となっております。また、全搬送人員のうち半数以上を65歳以上の高齢者が占めています。消防救急車による搬送が年間80万件近くある中で、消防救急車による転院搬送が年間約4万4,000件あり、そのうち約4割が緊急性のない低緊急・非緊急のものとなっております。

こちらは、東京ルールの概要図となります。

救急患者が迅速に医療を受けられるよう、地域の救急医療機関が相互に協力・連携して受け入れを行う救急医療の東京ルールを図のような仕組みで運用しております。東京ルールの年齢の割合ですが、75歳以上の割合が5割弱となっております。先ほどお示ししたように75歳以上の救急搬送が増加傾向にあることから、今後も高齢者の受け入れ困難事例が多くなることが想定されます。

こちらの左側は東京ルールにおける選定科目についてですが、内科の次に多いのは整形外科となっております。整形外科の対応が可能な医療機関を探すことが多い状況が分かります。また、右側は東京ルールにおけるキーワード上位4科目の年齢別の件数ですが、整形外科、脳神経外科、要介護者等というワードが高齢者層に多くなっております。

全時間帯の二次救急への搬送実績についてですが、左側青い部分以外のところが高齢者ですので、二次救急への搬送の半数以上を高齢者が占めていることが分かります。それから、右側については日常的な介助が必要と救急隊の方が判断した場合について、年齢が上がるにつれて日常的な介助が必要という割合が上がっていくということがグラフから読み取れます。

次に、全時間帯の二次救急への搬送件数について、搬送件数が少なくなるほど搬送件数に占める75歳以上の割合や75歳以上の要介助者の割合が高くなる傾向にあるというグ

ラフになります。

具体的に説明しますと、左上のグラフで搬送件数を左から多い順に並べておりまして一番左側のほうにある病院は年間1万件を超えるような受け入れを行っている病院でして、一方、一番右側の病院は年間の受け入れ件数が少ない、例えば地域の中小病院といった形になります。

搬送件数の多い順に左から並べていまして、一方で右側のグラフですが医療機関ごとの救急搬送件数の割合について赤が75歳以上、青が75歳以下になりますが、右側のほうに行くにつれて75歳以上の方が運ばれる割合が多くなっています。つまり地域の中小病院であればあるほど、75歳以上の方や75歳以上かつ日常的な介助が必要な患者を診ていただくことが多いといった状況にあります。

救急需要の月別推移です。令和6年から令和7年までの2年間分になりますが、左側は救急出場、救急搬送の件数ですが夏と冬にピークを迎えています。右側の東京ルールについては令和7年の1月冬までは夏・冬のピークがありましたが、昨年の夏以降はあまり東京ルールが増えておりません。搬送人員は増えておりますので、東京ルール事案になる前に各医療圏にて受け止めていただいているものと考えております。

東京都における救急医療体制の現状というスライドですが、左上のグラフは休日全夜間の時間帯における二次救急搬送実績の診療科目別のグラフとなります。内科が一番多いですが、整形外科の搬送件数は外科に比較して多くなっております。そして整形外科における75歳以上の割合が高いと、整形外科は多いということが分かります。

右上のグラフは、休日全夜間時間帯における二次救急搬送実績の病院別のグラフとなります。救急車の搬送実績ですが、一番多いところでは8,000件を超えるような病院がある一方で、300件前後の受け入れのところもあります。

また、下のグラフですが、東京ルールの運用状況についてです。

東京ルールは平成21年から開始をしておりますが、開始した直後は制度がうまく機能しまして選定困難事案は大きく減少しました。コロナ前までは選定困難事案が1万件を切るような年もありましたが、コロナの時に大きく増えて令和7年では約2万3,000件という状況になっております。

こちら、東京ルールにおける圏域内の受入率ということで、東京ルール事案について圏域内受入率を比較すると医療圏ごとに地域差があることが分かります。グラフの緑のところが圏域内で受け止めたところ、紫のところが圏域で受け止められずに圏域外に流れてしまったということです。圏域ごとに高いところもあれば低いところもあり、地域差が生じています。

こちらは地域医療に関する調査を東京都で行っておりまして、下り搬送への対応に関して高度急性期や急性期の病院では50%以上が下り搬送に取り組んでいる状況が分かります。それから下り搬送を阻害する理由の構成比というところですが、実際に下り搬送を実施している病院での課題としましては、「搬送先の偏り」や「搬送依頼先の満床」、「搬

送依頼先の返答が遅い」と回答する割合が多くなっております。

ここまで都の救急医療体制について、小委員会でも使用した資料を基にご説明させていただきました。これらを踏まえまして、小委員会において対策の方向性について議論をいたしました。小委員会第2回において、委員の皆さまからいただいた意見を反映し、小委員会委員長である坂本委員のご了解をいただいた上で、今回の救急医療対策協議会にて改めてご報告をさせていただきます。

まず、①具合が悪くなった時（救急医療を受ける前）についてです。現状課題として本人や家族が望まない延命治療が行われるケースがあること、一部の地域では医療・介護関係者による情報共有・連携が進んでいるが都全体には取り組みが広がっていないこと、医学的には軽症の高齢者も搬送せざるを得ず、受け入れた病院へ入院中に結果としてADLが悪化するという根本を変える必要があること。

これらに対する対策の方向性としまして、救急車の適時・適切な利用について都民の理解を促進していくこと。ACPについて都民や関係者の理解促進を図っていくこと。地域のかかりつけ医や介護関係者等と病院の連携や病院間の効率的な連携を促進すること。高齢者がその症状に応じて身近な地域で救急医療を受けられるよう、かかりつけ医と連携した入院医療機関の確保や病院救急車の活用を促進していくことを対策の方向性として考えております。

次、②救急医療を受ける時についてです。

まず、救急搬送される時についてです。現状・課題として、高齢救急患者の身体状況によっては受け入れ負担が大きいため、搬送先を見つけるのに時間がかかること。高齢者救急の定義や対象範囲について明確にする必要があること。高齢者救急について二次救急に搬送するルートを作らないと三次救急に患者が集中して機能不全に陥る恐れがあること。患者の状態や希望はさまざまのため、かかりつけ医は患者と状態悪化時の対応について相談しておき、高齢者救急対象患者か否かの判断の際にその判断を支援することが望ましいこと。都内の救急隊が迷わない、複雑ではない判断基準を検討する必要があること。救急搬送の手段だけでなく、医療機関機能の役割を理解し、どのような機能を担う医療機関を受診することが本人にとって幸せなのかも含めて、都民に普及啓発をすることが必要であること。

これらに対する対策の方向性としまして、国のガイドラインも踏まえながら高齢者救急の定義や対象範囲を明確にしていくこと。高齢者の疾病や身体状況に応じた医療と介護が適時・適切に提供されるよう、高齢者救急についてかかりつけ医の役割、実施基準への位置付けやルール化などを検討していくこと。医療機関の機能や役割分担について都民と医療従事者の共通理解を図っていくことを対策の方向性として考えております。

休日・全夜間診療事業、タスクシフト・タスクシェア、東京ルールの関係についてです。

現状・課題として、かかりつけ医による診療は休日夜間までは手が回らないのが現実であり、患者がかかりつけ医に相談をしても救急車を呼ぶように言われ、結果、二次救急が

一番忙しくなっていること。休日・全夜間時間帯における二次救急の搬送実績について整形外科の搬送件数は外科に比較して多く、整形外科における75歳以上の割合が高いこと。二次救急医療機関の中でも年間8,000名を超えて受け入れを行っている医療機関と、年間300名前後の医療機関があり、受け入れ状況に差があること。救急現場におけるタスクシフト・タスクシェアの推進が救急受け入れ体制の強化につながることで、東京ルール事案は減少傾向にあります。コロナ前と比較して高い水準で推移していること。地域救急医療センターの医師について、圏域内調整の業務が負担になっていること。

これらに対する対策の方向性として、休日・全夜間診療事業等を拡充することで、かかりつけ医の対応が難しい休日夜間帯での救急搬送だけに頼らないよう、救急医療体制を強化していくこと。救急現場におけるタスクシフト・タスクシェアをさらに進めることで、介助が必要な高齢者の受け入れにおける医療機関の負担を軽減し、救急医療体制を強化していくこと。東京ルールの運用や地域救急医療センター、救急患者受け入れコーディネーターの役割を見直すことで増加する高齢者救急への対応強化を図るとともに、より身近な地域での受け入れを促進していくことを対策の方向性として考えております。

最後に、③救急医療を受けた後、転院・退院をする時についてです。現状・課題として、下り搬送・上り搬送について、病院の自助努力によりネットワークを構築しているのが現状であること。病院救急車を運用するための人員面でのサポートがあると良い、また、初療の段階で転院搬送がスムーズに進むためのルートの整備ができると理想であること。転退院支援や在宅移行を円滑に進めるため、医療機関のMSWや在宅療養支援窓口の位置付けが重要であること。

これらに対する対策の方向性として、初期治療後に状態が比較的安定した救急患者が身近な地域へ円滑に移行できるよう、転退院支援を行う人材の配置や在宅医療・介護連携推進事業のコーディネーターとの連携などを推進するとともに、病院救急車を活用した入院患者の転院搬送を促進していくこと。地域の医療・介護関係者と連携した転退院支援の取り組みを推進していくことを対策の方向性として考えております。

最後に、新たな地域医療構想を踏まえた救急医療体制（イメージ）について、改めてご説明いたします。

左側に普段の地域の中で生活する高齢者を図示しております。本人のところですが、自宅で外来通院や在宅医療を受けている高齢者の方もいれば、施設に入所されている高齢者の方もいるというところを住まいのところで表現しています。

かかりつけ医等による日常の医療の中で収まることが理想ではありますが、現実問題として救急搬送となる高齢者が増えており、救急搬送された後の流れを図の右側のほうで示しています。

クリーム色のところですが、高齢者救急の対象者であると何らかの基準で判断されれば、高齢者救急に対応した基準、ルール等を踏まえて対応する医療機関へ搬送されます。その際、重症度やかかりつけ医の意見、ACPなど、こういったことを根拠に選定してい

くかについて今後、議論を深めていければと思います。

搬送後は、上り搬送・下り搬送や急性期経過後の転院搬送を通じて地域の中、左側のほうに戻っていくような流れをイメージしております。先ほどご説明したそれぞれの時系列における対策の方向性については救急医療対策協議会においても、ご意見をいただけますと幸いです。

説明は以上です。長くなって恐縮ですが、どうぞよろしくお願いいたします。

#### ○横田会長

説明ありがとうございました。小委員会、6月それから7月と過去2回既に行われているわけです。そのような中、最初に説明がありましたが、7月3日に厚労省のほうから地域医療構想策定ガイドラインが公表されて、東京都における救急医療の実態、特に高齢者救急に注目をして、さまざまなデータを見ながら議論をしていただきました。

それから最後に今、出ているスライドにありますけれども、具合が悪くなった時、それから救急医療を受ける時、そして救急医療を受けた後に関する課題について、あるいは解決策について小委員会で議論をいただいたところでございます。この小委員会の委員長を務めておられます公立昭和病院の病院長の坂本先生のほうから、何か追加の発言があったらよろしくお願いいたします。

#### ○坂本委員

ありがとうございます。ただいま事務局のほうからご丁寧に説明をいただいたとおりでございます。これまで2回、小委員会を開催させていただきました。第1回では主に課題出し、状況の共有というところが第一でありまして、第2回はちょうど厚労省のガイドラインが出た後でしたので、それとの整合性も含めて方向性の確認をするということで今ご覧になっている、このイメージ図をベースに議論をさせていただきました。

①で具合が悪くなった時とありますけれども、これは救急医療を受ける前、あるいは平時における連携というところも意味としてはあると思います。

大きな議論があったのは、やはり高齢者救急の定義を明確にしておかないと現場で救急隊が判断に迷うだろうという点です。高齢者救急というのは単に75歳とかの年齢だけでももちろん決められるものではないですし、また、ADLだけで決められるものでもないという議論されました。その中で、例えば要介護認定の要介護度などはどうとか、あるいは認知症の有無を参考にしたらどうかとか、さまざまな意見が出ました。

いずれにしても従来の生理学的な緊急度、重症度に、患者さんの日常の状態と本人の意思を反映した搬送先を選定するということが患者さんにとって、より望まれる選択肢になるということで議論を行ってまいりました。

特にかかりつけ医の意見というところが非常に重要で、医学的な状態と本人のご希望の両方を捉えて把握するのが、かかりつけ医の役割として重要であるという意見が出て、

かかりつけ医による搬送先選定の支援が大事だという意見が出た反面、かかりつけ医としても休日夜間も含めて全ての事例に対応するのは難しいということで、そこを補完するような体制が必要ではないかという意見も出てまいりました。

それから、もう1つ大きな議論が出たところは、東京都の救急医療体制はいわゆる2.5次とよくいわれるような、ある程度の手術等もできるような民間病院が救急の中でかなりのボリュームゾーンを見ているという特徴があります。厚生労働省が示すように、救急医療機関をきれいに急性期拠点と高齢者救急・地域急性期機能にどちらかに分けることができるかという、なかなか東京の状況では難しいだろうという意見が出ました。

このような大きな概念で救急医療機関の機能を2つに分けて、その2つが連携していくことも大事だけでも、それぞれの医療機関がさまざまな機能を持ってる中で、少なくとも来院直後の下り搬送も含めての役割分担をうまくしていくということが重要であり、うちは手術する患者さんしか診ないよとか、うちは高齢者しか診ないよとかっていうふうな入り口部分から厳密に分けるのは東京では難しいという意見も出てました。

また、左のほうに施設というところがございます。高齢者救急の患者さんたちの中では家で普通に生活をしていて老老介護あるいは独居で暮らしている方が、病院に行く足を持っていないということで救急車に乗るような案件も含めて一定数を占めてるんですけども、それ以外にさまざまなタイプの施設、老健からサ高住そして特養まで、医療体制の異なるさまざまな高齢者施設で容態が悪くなった高齢者に対し施設の職員が救急車を呼ぶというふうな案件も多く、そのこのところをどうするかは施設に応じた対応が必要です、日常的な施設と医療機関との連携が非常に重要だという意見が出ました。

以上、先ほどご説明いただいた方向性で整理をさせていただいてきましたので、その中で特に高齢者救急の定義であるとか、救命救急センターやCCUネットワークが急性期拠点に入ることは疑いがないところですけども、それ以外の2.5次を担ってる救急医療機関をどういうふうに位置付けるかというようなことも含めて親会である本会議あるいは地域医療構想で議論していただき、それを基に第3回以降の小委員会で考えていきたいという議論になっております。

私からは以上です。

#### ○横田会長

ありがとうございました。地域医療構想を見据えた救急医療体制、先ほど事務局から説明があったように、高齢者救急がキーワードになってくる。そういう中で7月3日に厚労省の地域医療構想策定ガイドラインが公表されたわけですが、ちょうど今スライドに出ていますと同じ二次救急医療機関であっても上の段、すなわち急性期拠点機能を持っている医療機関と、その下の高齢者救急・地域急性期機能を持っている医療機関で、同じ二次救急医療機関でも2つに分かれてしまう。ここをどのように考えていくかが小委員会でも議論をされたところです。

私も小委員会の委員の一人ですけれども、ここのところを明確にしていかないと救急医療を受ける時、具体的には例えば救急隊の皆さんが混乱してしまうところです。この議論をこれから小委員会のほうでも進めていくことになるのかと思いますが、その際に重要になるのがかかりつけ医の役割です。

一方で、東京都の場合には、先ほど坂本先生がおっしゃったように二次救急医療機関の中でも特に高度の医療を提供している 2.5 次といわれているような、そんな救急医療機関もたくさんある。実際そういうところで東京都の救急医療が成り立ってるっていうふうな現状もあるっていったところも委員会として考慮しなくてはいけないというふうな議論だったと思います。

皆さんのほうから、小委員会の今の事務局それから坂本先生からの説明に関して何かご意見ありますでしょうか。小委員会には重村委員、内藤委員、宮崎委員、播磨委員が協議会のメンバーでも小委員会に入ってるんですが、それぞれ重村委員、内藤委員から。失礼しました。土谷先生、お願いします。

○土谷委員

東京都医師会の土谷です。聞こえてますか。

○横田会長

声が小さいんですけど。

○土谷委員

聞こえませんか。

○横田会長

大丈夫です。

○土谷委員

大丈夫ですか。ありがとうございます。

まず、高齢者救急、2つの視点が重要で、何かといいますと地域医療構想の話と、それから、あと地域包括ケアシステムの、この2つの視点がないといけないと思います。

まず地域医療構想の話なんですけれども、策定ガイドライン出ました。出ましたけれども、国が示すところと東京都の場合は実は全く違うというのが気を付けなきゃいけないところだと思います。

これは厚労省も、大都市はそもそもの地域医療構想と合わないっていうのはもう言っているところです。どういうことかといいますと、国が示す地域医療構想は人口、構想区域の単位が 20 万人から 30 万人と東京では考えられないぐらい小さい圏域になっていま

す。ですので、東京の場合は1圏域で100万人以上、多いところでは200万人以上いますので、そういったところとは、まず人口規模も違うし、あとその後の人口が減少していくスピード、もう地方は減少しています。医療提供体制も先細りしていくというのが分かっている中で地域医療構想なんで、それとは全然向きが、まだまだ反対といってもいいぐらいのことです。

ですので、整合性、国のガイドライン、策定のガイドラインをよく読むと、東京とかの大都市は全然違うふうに考えてくれというように読み取れる文章になっています。国と整合性を取ると、ガイドラインと整合性を取るところも必要なんですけども東京は東京でやっぱりしっかり考えていかないと行けないかと思います。というのもこの10年、現行の地域医療構想、国の方針と東京都の現状と全く合ってなかったのも、ずっと苦しんで地域医療構想やってたのが実情だと思います。

さて、そこで、そこでというのは、東京は東京独自で考えていかなきゃいけないというのが一番強調される場所だと思います。その上で、地域包括ケアシステム、もう一つの視点、地域包括ケアシステム、これを考えた時に、高齢者は地域包括ケアシステムのこの中で医療だけでなく生活もしていかなきゃいけません、考えなきゃいけません。ですので、高齢者救急というのは地域医療構想と地域包括ケアシステムの両方、その接合点になる話、非常に重要な話になります。

そういった観点からすると、高齢者救急は地域包括ケアシステムと密接に考えていかなきゃいけないとなると、そうすると、じゃあ、誰がこれを担っていくのかということになります。

端的に言えば、地域の二次の中小の病院が担っていくべきだと思っています。繰り返しますが、それは地域包括ケアシステムと、その医療機関がよく結び付いてるからです。三次救もつながってるかもしれませんが地域の民間病院等を含めた中小病院が地域包括ケアシステムと深く結び付いて診ていくべきだと思います。

もう1点、大事な点は医療経済的な点です。同じ疾患で同じ病態で、地域の中小病院に行くのと三次救に行くのでは、かかる費用が異なるというのは明らかにされてます。つまり三次救に行って高度な治療をされても、医療経済的には問題じゃないかというのはもう言われているところです。

ですので、これで終わりにしますが、三次救の病院は、より高度な治療に注力していく、つまり役割分担していくということで広く東京の場合は二次救急医療機関が高齢者救急を担ってくる。二次と三次で分けていくという視点が大事じゃないかなと思います。私からは以上です。

#### ○横田会長

土谷先生、どうもありがとうございました。小委員会でも同じように東京都の実情は、このガイドラインとは少し違うような議論がありました。実際12の医療圏がありますけ

れども、人口だけ考えても少ないところと多いところで5倍ぐらい違います。ですから先生おっしゃるように東京都の実情、状況を考えつつ、高齢者救急を考えていくところだと思います。ありがとうございました。

宮崎先生のほうからも。先生も小委員会のメンバーですよ。お願いします。

○宮崎委員

宮崎です。ありがとうございます。聞こえますでしょうか。

○横田会長

聞こえてます。

○宮崎委員

坂本先生に大体総括していただいた、もうほんとにそのとおりだと思います。その中でも少し私が考えてるポイントは、土谷先生とも大体言ってることは同じかもしれませんが私の言い方でお話しさせていただきたいと思います。

そもそも高齢者救急というのを定義付けて、どうするかっていう議論の時に目的とするのは、同じことを結局言い方変えてるような気がするんですけど、適切な機能の病院に搬送するというふうなことをやるために、どうしたらいいかという議論が主だったと私は思っております。

それはどうしてかということ、取りあえず国の作った地域医療構想の急性期拠点機能とっていうふうな図式は、急性期拠点に取りあえず救急車運んで、それから振り分けというか、下り搬送を主にやるというふうなそういう図式だとすごくすっきりするんですけど、東京の場合はもう全然それが合わないということから始まっていると思います。

すなわち三次とか急性期拠点機能のところには、それなりの人が行くべきであって、そうではない人を搬送してしまうと、その機能が損なわれてしまう恐れがあるということと、もう1つは高齢者救急と地域救急の機能を持つてるところに救急車が行かなくなるという恐れがあるという、この2点だと思うんです。ですから、そのところのためにどうしたらいいかということ。もちろん下り搬送・上り搬送というのはあるんですけど、現実的にはその前に何とか振り分けることが正しい、正しいというかいいのではないかという議論だったと思います。

そのためにはかかりつけ医に、まず判断を仰ぐということが非常に重要なポイントだというふうな議論もされたというふうに思っております。私の視点は実際の救急隊が搬送するそういう立場になった時に、いろいろ条件が多過ぎると迷ってしまうというふうなことがございまして、そういう視点でなるべく簡易なというか、複雑でないアルゴリズムとかにならないようなルール作りが必要なんじゃないかなというふうなことを言ってきたと思います。

それから考えたんですけど、実際にはなかなかそれ難しくて具体的なアイデアがないなと思いながら考えた時に、やっぱり完全に振り分けるルール作りではなくて、もうこれは明らかにこっちだよ、どっちのほうに、例えば急性期拠点、もう明らかにこっちに行ってくださいとか、明らかに高齢者救急に行ってくださいというふうなルールの作り方であれば何となくできるのかなと。すいません、それは、ここ1日ぐらいで考えたんですけど、そういうふうに一応思ってます。

それと、すいません、もう一点。やっぱりACPってすごく大事だと思うんです。今日も救急隊、東消の方とお話した時に、もう彼らは決められたルールの中で運ばないと利益相反とかいろんなことがございますのでなかなか難しいという問題がございます。

ただ、家族がこういうふうなところに行ってくださいとか、こういうふうにしたいというふうに明らかに意思表示していただければ、それはそれに従うというふうなことがございますので、やはりACPが救急の現場に即した内容でより啓蒙されるというか認知が進んでいけばいいんじゃないかなというふうに思っておりまして、そういった事業の展開などをすることがいいのではないかなというふうに思いました。以上です。

#### ○横田会長

先生も小委員会で強調されていましたが救急隊の皆さんが迷わないようなルール作りが大切です。ありがとうございました。続いて、内藤委員、お願いします。

#### ○内藤委員

ありがとうございます。ほんとにもう今まで出てきた意見が、もう全てまとまってるなと思って私もまさに賛同する、かかりつけ医であったりとかACPがまず一番必要であり、それからさらには救急隊がその場で判断するっていうのは、とてもできることではないので、非常に意思表示をしていただけるっていうような形をどこかで作っていくことは、すごく重要だと私も思っております。

今、今回の救急のことで、すごくかなり昔なんですけれども東京都病院協会の会長の猪口正孝会長が、その頃のそういった、例えば同じような救急の問題があった時に作られたパワーポイントで、さまよえる高齢者救急っていうパワーポイントを作られたことがあるんです。私、それがすごく心に残っております。

それはどういうことかといいますと、地域のご高齢の方が特に今、独居老人、老老介護の方っていうのが非常に多くなっておりますけれども、地域の周りの人に支えられて生活をしている方が、じゃあ、いざ救急車を呼びました、もしくは呼ばれました。高度医療が必要だからといって、遠くの高度な医療であるけれども遠くの病院に運ばれてしまう。そうすると地域から分断されてしまって、結局その方のお病気であったりとか、その方が認知であると、それだけで認知の高齢者というだけになってしまって地域の、遠くの高度医療は提供していますけれども地域から離れた病院ですと、地域に戻す算段がなくなっ

てしまって、それで地域に戻れずさまよえる状況になってしまうっていうパワーポイントを作られたことがあります。

私はそれがすごく印象的なんですけども、今回の話し合いの中でも今まさにそういう地域からあまり離れないように、地域でしっかり支えられるような体制を作るという意味では、もう一度言いますが、かかりつけ医であったりとか地域の急性期病院というのが非常に重要な役割になってくると思っています。

その辺のところを重点に考えながら地域包括ケアを支えるような医療っていうものもしっかり持っていくこと、作っていくこと、それからさらにそれを一般の方にも認識していただくことが非常に重要なことではないかなと思いましたので追加させていただきました。ありがとうございました。

○横田会長

ありがとうございます。他に皆さんのほうから、ございますでしょうか。重村委員、播磨委員も小委員会のメンバーですけれども、何かお二人のほうから補足あるいはコメントございますか。重村委員、いかがでしょう。

○重村委員

重村です。

○横田会長

お願いします。

○重村委員

よろしく願いいたします。今までの委員の方々のご意見、ほんとにすべて心に落ちてくるというか、そのような救急医療ができれば良いなと思っています。やはり救急で運ばれてくる人、その人にとって何が良いのか、どういうことがその人にとっての幸せになるのかとか、そういう視点は必ず持って、いつも心に留めながら行き先を決めていくようなルール作りをしていただきたいと思います。高齢者の方々も、ほんとにいろいろな方がいらっしゃいます。あと東京はある意味、老人医療の方向づけといいますか地方と違って、各高齢者のかたもご自分の意見を持っていたり、ご家族にしてもそうですけれども、いろいろな方がいらっしゃると思います。そこをしっかり受け止めて、その人にとって何が良いのか、幸せなのかということを基本において、ルール作りをしていけたらいいなと思います。以上です。

○横田会長

ありがとうございます。そういう意味でも、かかりつけ医の意見あるいは患者さん側からするとACPのためのプロセスを踏むところが重要だと思います。ありがとうございます。

す。

○重村委員

ありがとうございます。

○横田会長

播磨委員のほうから、何か追加コメントございますでしょうか。

○播磨委員

ありがとうございます。聞こえますでしょうか。

○横田会長

聞こえてます。

○播磨委員

私も今、委員の先生方おっしゃったこと、ほんとにそうだなと思って聞いてまいりました。行政の立場として本当に思っているというか、痛感していることというのは、これだけ救急の先生や救急隊の方々がほんとに尽力してくださっているんだけれども、救急の制度というか、こういったことがほんとに危機に瀕しているんだっていうところ。また、救急の医療を持続可能なものにしていくためには、やはり都民の方にそこを理解していただいて医療機関の機能や役割や、あるいは救急車を呼ぶ、呼ばない、そういったことに関して普及啓発というか理解を深めていくということが本当に大切なんだなというふうにつくづく感じておりますので、そちらについては行政として今後も引き続き取り組んでまいりたいというふうに感じているところです。以上です。

○横田会長

ありがとうございます。今、このスライドで救急医療を受ける時のところで、矢印があります。消防による救急搬送のところが矢印1つありますが、どうしても救急隊の皆さんに、ここは大きく関わってくるところですが。

東京消防庁の救急部長の永野委員。永野委員の立場から、先ほど宮崎先生のほうからなるべく簡単な基準を作って救急隊が混乱しないようなルールのご意見頂戴いただきましたが、永野委員のお立場から、コメントございますでしょうか。

○永野委員

ありがとうございます。東京消防庁、永野でございます。まさに先生方、今までおっしゃられていたご意見に重々賛同する立場でございます。特に高齢者救急の定義に関して

は、現場で迷わないような分類を定めていただければありがたいというふうに考えております。

その他にも2点ほど、重要だなと思ってるところでございますけれども、先ほど来出ております二次救急医療機関の中で急性期拠点機能に入る部分と高齢者救急・地域急性期機能に分類されるところがあるというところで、ここの分類に関して、定義によってどちらに、どのぐらいのボリュームを、言い方は語弊がありますが、受け皿としてのボリュームがどの程度行くのかという考え方が整合が取れていないと救急隊の行き先がなくなってしまうというようなことが起こり得ると思いますので、そういった観点も持って個々の分類がなされるとありがたいというふうに思っております。

またもう1つは、地域包括との関連のところですが、地域包括と地域の中核的な立場で患者を受け入れていただいている二次救急医療機関との関係ということは非常に消防としても、これから大事になるというふうに認識しております。

地域の中で患者さんの療養なり治療なりが完結する体制ができることが見直しの鍵になる一つだろうと思っておりますので、二次救急医療機関をハブにして地域包括の中で患者さんが療養、治療がなされるという体制ができれば、救急搬送のルートに乗る患者さんと、病院救急あるいは民間救急等で地域の二次救急医療機関に搬送あるいは移送される方という区分けがしっかりできるというふうに考えておりますので、そういう視点での議論も期待しているところであります。以上です。

#### ○横田会長

ありがとうございます。先ほど土谷委員のほうから必ずしも厚労省のガイドラインにのっとった形では東京都はなじまないということでお話がありました。

急性期拠点に関しては厚労省のガイドラインによりますと人口20万から30万人に1施設になります。各12医療圏ごとに考えてみると、土谷先生がおっしゃるように、東京都ではなじまないという危惧を私も持ちました。

そういう意味で、二次救急の代表で、今回協議会に参加しています矢野先生のほうから何かコメントございますでしょうか。

#### ○矢野委員

ありがとうございます。二次救急医療機関が両方の役割を果たしてるところもあって、急性期拠点まではいかないんだけど、さっき言った2.5次を担ってるところと、高齢者と両方を担ってるところもあって、うまくここがぴたり分かれるっていうこともなかなか難しいのかなと。明らかにそっちじゃないほうに寄ってる病院っていうのは分かりやすいんですけど、この辺も実は東京都の場合はファジーな部分が結構あるんじゃないかなと思って聞いてました。

ただある程度、そういうファジーな部分も中間的なところの立ち位置としてあったほ

うが、さっきおっしゃったハブ機能みたいなのは、そういう病院もうまく活用してることで東京は成り立っていくんじゃないかなというような感じで聞いておりました。以上でよろしいでしょうか。

○横田会長

ありがとうございます。先ほど内藤先生おっしゃった、ある病院に高齢者が集中する、逆に体制を整えてるけど救急車が来ない、そういうことがあってはならないというふうに、私も思っています。ありがとうございます。三次救急として、山口先生のほうから何かコメントございますか？

○山口委員

ありがとうございます。聞こえますか。

○横田会長

聞こえてます。

○山口委員

ありがとうございます。遅れて申し訳ございません。

三次救急で実際に重症、緊急と判断されて搬入された患者さんの実際というのはさまざまです。ちょっと思ったことは、先ほどお話もありましたけれども、実際に医療を受けられる都民の皆さんにACPが大事というお話がありましたけれども、ご本人がどんな人生を望んで、どんな医療が展開されて、どんな予後を迎えるかといったことについて、特に三次救急で行われるような医療というものに関して、具体的にどういうものなのかっていうことがあまり知られていないのかなっていうのが心配なところかなと思いました。非常に年齢だけでは区切りができない個別性がある患者さんでして、特に自己意思決定ができないような昏睡の患者さんに対して、これをどうやって振り分けるのかなっていうところは少し危うさも実際感じているところではあります。

あとは、2.5、2.6、2.7次、2.8次とかっていうような言葉が私たちの中に出てくるということは、既にナンバー救急では示せないような区切りというものがあって、それぞれの病院で、それぞれの資源を見ながら、うちは2.7まで見れるよねとか、2.1だよとか、内々で考えながら患者さんを診ているのが実際のところでした。それは、それなりの区切りの中で資源を分析するようなリーディングホスピタルがあって、うまく協力できると患者さんにとって良い医療が提供できるのかなというような感想だけ持っています。ありがとうございます。

○横田会長

ありがとうございます。今、山口先生おっしゃったとおりです。私も以前、都内の救命センター、三次救急医療施設に勤務していましたが、この患者さん、三次救急施設でいいのかと思う患者さんも搬送されてきた経験もございます。

このシステムがうまくいくと、そういったケースも少なくなるのかなというふうに思っていますが、やはり土谷委員が強調されてるように東京都の実態に合わせた形で構築していくというのが、重要と思います。

今回初めて参加していただいている多摩総合医療センターの病院長の今村委員のほうから、何かコメントございますでしょうか。

○今村委員

ありがとうございます。多摩総合医療センター、今村です。皆さまのご意見を聞いてまさにそのとおりだなというふうに、ほんとにうなずくご意見ばかりでした。

当院の立ち位置みたいな話をさしていただきますと三次医療機関として救命センターを持っています。CCUそれから脳卒中等の当番もやっています。

ただ、一方、東京ERっていう形でいわゆるウォークインも含めた一次、二次も並列でやってるような形で、しかもこの地域の中ではかなり大きな病院ということで、普段からいわゆる平時から当院をかかりつけみたいにしてる高齢者がたくさんいらっしゃいます。理由は幾つかあるんですけども、やっぱり高齢になると多数の併存疾患を持っていますので、そういうふうに複数の疾患を持っていると、どうしても当院のような総合病院に、少なくともわれわれの地域では好んで来られる方が多いです。そういう方々が救急要請すると、必ずと言っていいほど、かかりつけてことで当院に、まず搬送されて来ることが多いです。この絵面でいくと、ほんとにいわゆる急性期拠点と高齢者・地域急性期機能両方もう行っているような日常になっているところです。

こういう中で、我々ここで急性期拠頭に位置付けられたからといって、こちらに来ないっていうことはないので、どういうふうにやっていけばいいんだろうってことは考えています。

また1つ、すごく心配していることが、日中に関して幾つかの病院とシェアしていろいろな高齢者救急診ていけるんですが、休日夜間に関していうと、ほんとにやはりいわゆる高齢者救急を診ていただける病院のパワーがぐっと落ちてくることを実感しています。こういうところの休日夜間に関しての、休日夜間とそれから平日日中と分けた議論があまりなかったんで、その辺っていうのはどんなふうに皆さん考えられているか実は知りたいなと思っております。ぜひ聞かせていただければと思います。以上です。

○横田会長

ありがとうございました。そこのところを、この小委員会でもまた議論していただくつ

というふうなことになると思います。

先ほどかかりつけ医の対応がすごく重要とのことですが、東京消防庁のデータによりますと、心肺蘇生を希望しなくて救急車を呼んでしまった、場合にかかりつけ医に連絡取れる割合が、東京都は 97%くらいと記憶しています。東京都医師会の先生方が普段 ACP のプロセスをきちっと踏んでいると思いますが、高齢者救急全てがかかりつけ医に連絡する場合に、休日夜間も含めてですけども、東京都医師会としてはその辺の混乱というのはないのでしょうか。土谷委員、いかがでしょう。

○土谷委員 先生ありがとうございます。

ACP の推進っていうのは、もちろん非常に重要だと思います。患者さん、あるいは家族のご意向っていうのは重要になります。それを一番大切にしましょう、と今言われています。ともすると、ACP っていった時に、より高度な治療はしないというような向きになりがちです。じゃあ、反対に、もっと高度な治療を希望するよって言った時には、それを優先されるのかという話にも一方ではなる可能性はあります。ただ、患者さん家族の意向っていうのは、繰り返しますけど非常に重要ではありますけど、医療は有限であるっていうことも、これは事実です。むしろ、これからはそちらのほうもしっかり訴えていかなきゃいけないのかなと思います。患者さん家族の意向はもちろん十分に聞かなくてはいけませんけども現実を見据えた対応をしていかなきゃいけないというふうにも思います。

じゃあ、そこで混乱はどうかということですけども、一番混乱するのは、患者の意向に沿って三次救に運びますと、その辺になると思います。それは先ほど言った、やっぱりある程度のルールはあって、それは社会全体を見据えた時のルールなんですというふうに、そういったルール作りっていうか啓蒙も ACP を進めていく裏側で、裏というか横で進めていかないと、横田先生のおっしゃるご懸念ももっともだと思います。それは私たちも努力していかなきゃいけないと思います。以上です。

○横田会長

ありがとうございます。さまざまなご意見、コメントをいただきました。

引き続き小委員会のほうで議論をしていただければと思います。また、時間が残りましたら戻っても構いませんけれども 2 つ目の議題に移りたいと思います。

それでは、2 つ目の議題です。東京都保健医療計画（令和 6 年 3 月改定）の進捗状況の評価等について、事務局から説明をお願いいたします。

○救急医療担当

救急医療担当の岡田でございます。よろしくお願いいたします。

それでは、まず資料の 3-1、こちらの保健医療計画の進捗管理・評価の概要でございます。資料の中ほどにございますとおり進捗評価の進め方といたしましては、各疾病・事業等の協議会で評価内容を検討ということでございまして、本日、本協議会においてご意

見、ご確認をいただいた後、保健医療計画の推進協議会にて報告をし、協議が行われるという流れとなつてございます。

こちらの計画の進捗状況に対する評価の仕方につきまして、事務局での考え方、目安を整理したものでございます。資料下段にございますとおり、まず個別の指標ごとに計画策定時の状況と比較をいたしまして達成度をAからDの4段階で評価することとなっております。そちらを基に、資料上段の基準に当てはめまして総合評価をするものということでございます。

続きまして資料の3-2、こちらが救急医療に係る進捗状況となっております。

救急医療では、これまで資料の中ほどに記載の3つの課題、取り組みにつきまして、資料下段の8つの事項を指標とし、達成状況の評価してきたところでございます。

各指標の直近の実績を確認いたしますと、いずれの指標も計画策定時の状況と比較して改善をしております、1つ目の心肺機能停止傷病者の1カ月後生存率から7つ目の救急相談センターの認知率、こちらまでは評価をAとしてございます。

また8つ目、救急搬送患者の軽症割合につきましては、こちらも数値は改善してございますけれども、評価をAとするかBとするかというところで、5%以上改善してるかどうかといったところが1つ目安となつてございまして、こちらにつきましてはそれも踏まえてB評価という形にさせていただいております。

これらの個別指標の評価を基に、総合評価といたしましては全体でA評価という形にさせていただいております。

続きまして、資料の3-3でございます。

こちらにつきましては、課題に応じた各取り組みの最新の事業実績となつてございます。確実に取り組みを進めてございますけれども、各取組を一覧でまとめてございますのでお時間ございます時にご覧いただけますと幸いです。

最後に、資料の3-4、保健医療計画の中間見直しについてでございます。

第8次計画は令和6年度から11年度までの6カ年計画となっており、今年度中間見直しの年となつてございまして、資料中ほどの4つの視点で見直しを行うこととなっております。

救急医療につきましても現在行っている小委員会での議論、あるいは新たな地域医療構想の策定動向等を踏まえまして、現行計画の記載に反映すべき点等が生じましたら、本協議会の委員の皆さまにご相談させていただきながら対応していきたいと考えてございますので、よろしくお願いいたします。

簡単ではございますが、資料の説明は以上でございます。

○横田会長

説明ありがとうございました。本件に関しては進捗状況として総合評価はAということでありました。

本件に関して何かコメントございますでしょうか。5%以上改善したものをA、改善しても5%未満の場合にはBですね。いかがでしょうか。

医療を受ける側からのご意見も頂戴したいと思いますが、田中委員、いかがでしょうか。今日欠席ですか、失礼しました。

それでは、桃原委員、いかがでしょうか。

○桃原委員 ご指名ありがとうございます。桃原でございます。

○横田会長 お願いします。

○桃原委員 今日、1個目の議題のほうで、いろいろおっしゃられたことは全て極めて重要な話だなと思う一方で、結構難しいなと思ったのが2つばかりあるんですけども。

1つは、やはり患者本人というか都民全体というか、そうした人たちに、こういうようなルール作りとか仕組み作りをした後に、どのような形的意思表示をしてほしいとか、どういう行動をしてほしいかということを伝えるっていうのは非常に難しい話って、私も実は行政の時に広報に関わってた経験もございますので、そうしたことも思い出しながら申し上げますと、こういう場所で話し合われてることとか課題が提起されてることが非常に重要な一方で、これをかみ砕いて都民全体の、取り分け東京都には多様な人がたくさんいらっしゃいますので、そうした人たちに正確に、かつ分かりやすく伝えるっていうことは非常に困難な課題でございまして。

所管の課のほうにはご苦労かなとは思いますが、例えばチラシを配るとか動画を発信するといういろんな手法ありますけども、残念ながら行政のほうはそういうことやってることで今まであんまりうまくいった試しが、私、自戒、自分で自分のことを昔のことを非難するようで、ちょっと心苦しいところもあるんですが。

そういったことを踏まえた上で、ここで出来上がったものをどのような形で都民全体に知らしめていくのか、分かりやすく伝えるのかっていうことを、この後またそういう機会があるのかどうかは分かりませんが、ぜひお考えいただければっていうことが1つと。

もう1つ、これは質問みたいな形なんですけれども、こうした仕組みを運営する中で、国のほうでも医療DXでマイナンバーを基盤として、いろんな情報が整えられてる中で高齢者への救急にはなかなか難しいのかもしれませんが医療DXであるとか、今、AI等も発展しておりますので、そうした技術の応用とか、そうしたような視点っていうのがこの後出てくる余地があるのかどうかっていうのは質問のような形ですけども、そのようなことをつらつら思いながらお話を伺わせていただいておりますけども、提起された課題を、この後また先生方のほうでもいろいろご議論いただきながら、ぜひ良い方向に進めていただければというふうに思っております。以上でございます。

○横田会長

ありがとうございます。重要な視点だと思います。これだけ熱心に議論し、その結果も

含めた都民への周知、事務局、現時点ではどのようにお考えでしょうか。

○事務局

ありがとうございます。事務局でございます。

まず、今回は仕組みであったりとか、どのような形で新たな高齢者救急の体制をつくっていくかっていったことをご議論いただいているところなんですけれども、やはり都民への普及啓発といったところにつきましては非常に重要な課題だと認識しております。

特にACPも含めて、患者さまやご家族とちゃんとコミュニケーションが取れる段階で、きちんとこういうことを考えていただいたり、あるいは東京都の仕組みについても理解いただくことが重要かと思っておりますので、今後の議論の進捗も踏まえながら、そういった都民あるいは医療関係者への周知あるいは情報共有について検討を進めてまいりたいと思っております。

○横田会長

ありがとうございます。この評価にもありますが、東京ルールの本柱の1つの3つ目に、「都民の参画と理解」があります。都民の参画と理解の背景には、いろいろな情報を都民が知らないと、参画も理解もできないので、都民への周知っていうのは重要なのかと思いました。どうもありがとうございます。

それからDXの活用の方性は、いかがでしょうか。

○事務局

事務局でございます。

こちらについては今、直ちにこういう形でといったところはございませんが、委員おっしゃるとおり、こういった昨今の医療DXであったりAIの活用、こういった点も重要な視点なのかなと思っております。

また議論の進捗も踏まえながら何か見直し等々の中で活用できるところがあるか、それについては事務局のほうでも検討してまいりたいと思っております。

○横田会長

ありがとうございます。

この評価の基本となっているいろいろなデータ、東京消防庁からの出典は幾つかありますが、東京消防庁の救急部長として、この評価に関して何かコメントございますでしょうか。永野委員のほうから、もしありましたらお願いします。

○永野委員

ありがとうございます。東京消防庁、永野でございます。

おおむね全ての指標が達成ということで、中でも救急隊の活動に関わる指標に関して、非常に改善傾向があるというような数字が表れてると思っております。これに関しては救急隊内部での努力というのもありますけれども、医療機関の協力での受け入れ体制の充実、それから都民の皆さんの適正利用、特に#7119の認知率もどんどん上がっていったところですので、都民の皆さんの理解も進んでいるというのが一端が見えるというふうに思っておりますので、皆様のご協力に感謝しているところです。以上です。

○横田会長

活動時間に関しては、全国的にはまだ決して短くはないと思っておりますので、これは救急隊の皆さんだけではなくて医療機関に搬送されてから、いわゆる黄色紙を記載するっていうようなことも医療機関としては重要なのかと思っておりますので、また医師会の先生、土谷先生のほうからもよろしくお願いします。

あと学識経験者の立場から、庄子委員、評価Aっていうこと何かコメントございますでしょうか。

○庄子委員

お話でもよろしいですか、ACPのお話。ちょっとお聞きしてて、ACPについて。

○横田会長

お願いします。

○庄子委員

いいですか。ACPの普及はすごく大事だというお話が出てきて、ACPの中には、ACPっていうと延命治療を控えるって思ってしまう人もいれば、先ほどお話にも出てきましたけれども、ACPだったらどんな医療でも受けられるって両極端の誤解がある中で、われわれメディア企業の立場としては、ACPっていうのは尊重されるのは価値観であって、医療の提供を保証するものではないってことを正しく伝えなきゃいけないなというふうにすごく思いました。

一方で、ACPが実際にこれから進んでいくことを、われわれもメディアとしても頑張ってやっていきたいんですけども、ACPが進んだ時に、そういう文書とかが地域で共有する仕組みがどこまでできてるのかなって。かかりつけ医の先生と作ったとしても、救急の現場まで共有される、届く仕組みになってるのかなとか、その辺はシステム化されたりしたらいいのかななんて、つらつらと思っておりました。

以上です。すいません、感想めいたことで。

○横田会長

いえいえ、ありがとうございます。まだご意見頂戴していない方が何人かいるので、今日は高須委員の代理で犬伏様が参加されていますが、犬伏さまのほうから全体を通じて何かコメントございますでしょうか。

○高須委員代理人

ありがとうございます。聞こえておりますでしょうか。

○横田会長

聞こえてます。

○高須委員代理人

前回3月に参加させていただいた両親の話です。かかりつけ医の方に来ていただいたんですけども、手当てのしようがないので救急車を呼んでくださいと突き放されてしまったような状態で、搬送先については家族任せ、私たちも日曜の夜中だったので困ってしまった状況で。

一般のかかりつけ医と契約していたらスムーズにいくと期待してた部分、家族としては戸惑ってしまったので、そういうところも含めて普段からかかりつけ医と、どういう状況だったら、どういう搬送の形があるのかとか、詰めておけば良かった、かかりつけ医の方にも、そういうところを考えていただければ、いざという時にスムーズに進むのかなと思った次第でございます。以上です。

○横田会長

ありがとうございます。ご自身の体験の中からのコメント、ご意見でした。ありがとうございます。

それから関係団体として東京都歯科医師会の須藤委員、何か全体を通じてコメントございますでしょうか。

○須藤委員

東京都歯科医師会の須藤でございます。ありがとうございます。

われわれ歯科のほうといたしましても、どこに送るか送らないかっていうのは非常に大事なところでございまして、こういう情報を共有させていただいて歯科医師会のほうで、また連絡をしていきたいと思っておりますので、今後ともよろしくお願いいたします。

以上でございます。

○横田会長

よろしくお願いします。ありがとうございます。

同じく関係団体として、東京都薬剤師会の田中委員のほうから何かコメントございますでしょうか。

○田中委員

東京都薬剤師会、田中です。聞こえてますでしょうか。

○横田会長

聞こえてます。

○田中委員

大丈夫ですか。先ほどお話に出ましたが、マイナンバーカードなどを利用した医療DXによる情報の共有みたいなことのお話が出てまして、そういう方向に進んで、ちょっとでも判断の基準にそれがなっていけばいいのかなというふうに思ってます。

ただ、マイナンバーでそれをやろうとするとかなり時間がかかるかなというのも思ったりもするところですので、今、しかも高齢者ということであると、お薬手帳を薬剤師の立場からすると持っていていただいている高齢者の方多いと思うので、もし何かの判断基準ができるのであれば、お薬手帳などにそういう記載をするということも情報ツールとして使えるんじゃないかなということを思いました。一考していただければと思います。以上です。

○横田会長

ありがとうございます。お薬手帳にACPの記載はすごく重要ですね。国でもマイナンバーカード、いつも携帯して救急車を要請する時にマイナ救急として今活動していますが、大都市ほど携帯率が低いってということで、国のほうの委員会でもそんな議論がありました。そこにACPも記載できるようになると思いますが、そういったDXの利用がすごく重要だと思います。ありがとうございました。

同じく東京都防災救急協会の宍戸委員、何かコメントございますでしょうか。

○宍戸委員

東京防災救急協会の宍戸でございます。ありがとうございます。

○横田会長

お願いいたします。

○宋戸委員

聞こえておりますでしょうか。

○横田会長

聞こえてます。

○宋戸委員

東京防災救急協会では、民間救急事業者への搬送依頼等を仲介するコールセンターを運営しております。今回 30 ページのイメージ図等で、黒の矢印で病院救急車等による搬送というのが幾つか、下り搬送ですとか転院搬送であったかと思います。現在、病院救命士の有効活用ですとか、あと診療報酬点数の関係等で病院救急車の有効活用が進められているところかと理解はしておりますが、このあたりに民間救急事業者も有効に活用できるような体制ができていくと、なおいいかなというふうに感じました。

私からは以上です。

○横田会長

ありがとうございます。これもよく議論のあるところで、診療報酬改定の中で救急車の受け入れ台数っていうのが今回大きく関わってくるわけですが、消防の救急だけではなくて民間の救急、あるいは病院の救急車の件数もカウントできるようになると、これがどんどんどんどん進んでいくと思っています。ありがとうございました。

それから、関係の行政機関として青梅市健康福祉部の杉山委員、何かコメントございますでしょうか。

○杉山委員

「機器トラブルによりマイク音声がでませんでした」

○横田会長

続きまして、警視庁の交通部交通総務課の今日は砂田委員がご欠席なので、代理で伊藤様、コメントがありましたら、よろしくお願いします。

○砂田委員代理人

すいません、名代のためコメントする立場にございませんので、特段発言はございません。

○横田会長

ありがとうございます。

それでは、最後になってしまいましたが関係行政機関として島しょ保健所長としての

田口委員、何かコメントございますでしょうか。

○田口委員

田口です。聞こえますでしょうか。

○横田会長

聞こえてます。

○田口委員

1つ目の議事でお示しいただいたイメージ図なんですけど、私の保健所の管轄地域の島しょ地域なんですけど、本土とは救急の体制とかも状況が違うということで、東京消防庁の管轄区域外の地域で、常設の消防機関も6村で常設消防機関はないというような地域なんですけど、その医療機関はこの図でいいますと、日常の医療のかかりつけ医というところに、まず患者さんは全員かかりまして、それで日常のかかりつけ医が実は二次医療機関も、あるいは三次医療機関も兼ねているというような医療の受け方をしております。その中で日常のかかりつけ医が判断の上、東京消防庁のご協力の上で本土の二次救急あるいは三次の医療機関に患者さんを搬送してるという体制になっております。この図となかなか当てはまらないところがあるんですけども、今後の救急医療体制を考えるに当たって、島しょ地域の実情に合わせた運用を、また別途考えていただけるとありがたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○横田会長

ありがとうございます。皆さんに、ご発言コメントいただきました。全体を通じてこれだけはっていうようなところ、ございますでしょうか。

山口委員、今、お手が挙がってますね。山口先生、お願いします。

○山口委員

長時間の会議の中、すいません、1点だけ。

先ほども横田会長からもお話のあった救急隊の活動時間の件なんですけれども、医師引き継ぎまでの時間の短縮っていうところは今恐らく、病院、受入れ側もできるだけ早く傷病者搬送記録をサインをしてってことを努力して来たり、なかなか個別性があつたりとか難しいところがあつて、手弁当ですと、これ以上の協力ベースではなかなか傷病者搬送記録の記入までの時間って短くならないんじゃないかという危惧と。

あと、短くしようと思って重症度5分類を、何となくその時に瞬間に思い付いた病名を書いて重症度を区分してしまうと、後々、検証をしようとした時に、この患者さんが果たして適切な病院に運ばれたんだろうかっていう適切な評価にならないのではないかと思います。

います。

そうすると、協力ベースではなく傷病者搬送記録は追って回収するとか、救急隊の方は早く救急車に戻っていただくようなシステムに変えたほうがいいのではないかと私は思う次第です。

○横田会長

黄色紙を書くのは、書いて救急車が戻る現在のシステムですけど、そこは少し変えたほうがいいのでは。もちろん、診断はきちっとしないと後で検証にも関わってくるってところ、すごく重要なご指摘だと思います。ありがとうございます。

最後、土谷先生お願いします。

○土谷委員

最後、すいません。今後も小委員会開催されると思うんですけども、今日強調したいのは、地域医療構想策定の、国の策定ガイドラインにそんなに縛られることなく、東京にとっていい在り方ってことを考えていただきたいっていうのを強調してコメントしたいと思います。以上です。

○横田会長

ありがとうございます。坂本先生、いかがですか。

○坂本委員

先日の小委員会でも、どこまで厚生労働省の策定ガイドラインを尊重すべきかに対しては議論が出ました。本件については救急医療体制協議会から、さらに地域医療構想策定部会に上げられるとお聞きしています。東京都の高齢者救急ですので東京都の地域医療構想策定部会で考えていることと整合性を持って議論していく必要があると思っております。

○横田会長

よろしいですか。これからまだ議論が進みますので、大丈夫かと思います、土谷先生、ありがとうございます。

それでは、すいません、少し時間がオーバーしてしまいました。これからの進行は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。

○救急災害医療課長

横田会長、進行ありがとうございました。

委員の皆さまにおかれましては、さまざまな貴重なご意見を賜りまして誠にありがと

うございます。

本日のご意見を踏まえまして、都民の皆さまが安心できる救急医療体制の充実強化に引き続き努めてまいりたいと考えております。委員の皆さまにおかれましても、引き続きご指導賜りたくよろしくお願いいたします。

それでは、以上をもちまして本日の会議を終了させていただきます。

本日はどうもありがとうございました。

○一同

ありがとうございました。

(午後 8時35分 閉会)