

令和 8 年度
東京都地域医療構想策定部会
第 2 回
会 議 録

令和 8 年 8 月 5 日
東京都保健医療局

(午後 6時01分 開会)

○医療政策部計画推進担当課長 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2回東京都地域医療構想策定部会を開催いたします。委員の皆さま方には、大変お忙しい中ご出席をいただき、御礼申し上げます。

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、ウェブ会議形式で執り行います。事前に送付しておりますウェブ会議参加にあたっての注意点を一読いただき、ご参加いただきますようお願いいたします。

本日の配付資料につきましては、事前にメールで送付させていただいておりますので、各自ご準備をお願いいたします。

本会議は、令和8年8月の委員の改選に伴いまして、新たな任期を迎えております。今回は、委員改選後初めての開催となります。前期に引き続きまして、今期の委員をお引き受けいただきました委員の皆さまにおかれましては、この場をお借りして感謝申し上げます。本来であれば、お一人ずつお名前をご紹介しますところですが、本日は時間の関係上、新たにご就任される委員の方のみご紹介させていただきます。

東京都保健医療計画推進協議会の公募委員であります西川委員でございます。

○西川委員 西川と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

○医療政策部計画推進担当課長 よろしく願いいたします。ありがとうございました。

続きまして、委員の皆さまの参加状況についてご報告いたします。

本日は、桃原委員、渡貫委員、鈴木委員、田村委員の4名からご欠席のご連絡をいただいております。また、長瀬委員、篠原委員は遅れて出席されるとのご連絡をいただいております。

この会議には、委員のほかに東京都地域医療構想アドバイザーである東京科学大学と一橋大学の先生方にもご参加いただいております。また、こちら、東京都側でございますが、医療政策部長はじめ、事務局である医療政策部及び関係部局の職員も出席させていただいております。

本日の会議でございますが、親会である東京都保健医療計画推進協議会設置要綱第9に基づきまして、会議録及び会議に係る資料は原則として公開となります。ただし、委員の皆さまの発議により、出席委員の過半数で議決した場合には非公開とすることができます。

本日につきまして公開としたいと思いますが、特にご異議ございませんでしょうか。

(異議なし)

○医療政策部計画推進担当課長 ありがとうございます。それでは、異議なしということで公開とさせていただきます。

それでは、以降、議事に入りますので、これ以降の進行を猪口部会長をお願いいたします。

○猪口部会長 はい。皆さんよろしくお願いします。

今日は、この前の時にいろいろ意見をいただきましたけれども、具体的に構想区域の話と、それから医療機関機能に関わる高齢者救急とかそういう問題を具体的に討議し始める段階に来ております。ぜひ、活発なご議論をお願いしたいと思います。

それでは、お手元の会議次第に従いまして進めてまいります。

本日の議事は、「新たな地域医療構想に関する検討について」です。今回から数回にわたりまして、テーマ別の検討を行っていきます。本日は構想区域、それから医療機関機能、高齢者救急についてです。

事務局に説明いただき、意見交換を行いたいと思いますので、事務局から資料の説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、事務局より資料の3、新たな地域医療構想の検討についてご説明いたします。資料を投影いたします。

今回ご説明の流れとしましては、まず前半で前回の策定部会で委員の皆さまよりいただいたご意見についてご紹介した後、地域医療構想を考える上で基本的な単位となる構想区域について国の考え方や都の状況をご説明の上、ご議論の時間を設けたいと考えております。その後、後半では、医療機関機能と高齢者救急について国の考え方や都の状況をご説明の上、2回目のご議論の時間を設けたいと考えております。

それでは、スライド4ページをご覧ください。

前回の策定部会では、新たな構想の概要、全国、都内の医療を取り巻く状況、2040年に目指す姿をご覧いただき、東京の地域特性を踏まえた新たな地域医療構想の策定において重視すべき視点についてご議論いただきました。今回は、いただいたご意見を踏まえて、第2回となる今回は、構想区域、医療機関機能、高齢者救急について、次回、第3回では外来、在宅医療、介護との連携、人材確保、医療DXなどを取り扱う予定です。

それでは、ページをお送りいただきまして、スライド5ページでは、第1回の主なご意見を分野別に整理したものとなります。時間も限られておりますので、ここではご意見の一部のみご紹介させていただきます。

初めに、病床・構想区域については、入院需要動向の変化や在院日数の短縮、病床利用率等について考慮すべき点、また構想区域については一つとして考えつつも地域特性も配慮すべきなどのご意見がございました。続いて、高齢者救急については、高齢者の搬送件数の増加に対応するため、上り下り搬送を含め地域全体で受け止める仕組みが必要、介護困難を背景とする搬送も多く、受け入れ態勢の整備が必要などのご意見がございました。その他、在宅医療・介護との連携、人材確保、医療DXについても多数ご意見をいただいております。

なお、お手元の参考資料2のほうで意見の詳細版としてまとめておりますので、後ほどご参照ください。

ページをお送りいただきまして、スライド6ページから構想区域についてご説明いた

します。

次のスライド7ページでは、構想区域の役割となります。構想区域は、図にありますとおり医療提供体制の構築と必要病床数の運用という大きく2つの役割がございます。区域の設定にあたっては、急性期拠点機能を確保・維持できる単位であるか、人口、医療機関数、患者の流出の実態等を踏まえて適切な規模とする必要がございます。

ページをお送りいただきまして、スライド8ページでは、国のガイドラインに示された構想区域の考え方になります。

まず、①の構想区域の基本的な考え方ですが、構想区域は二次医療圏と一致することを原則としつつ、現在の患者動向、人口動態、医療資源、アクセス等を踏まえ、必要に応じて広域化等を検討することとされております。

続いて、②の大都市型の特性ですが、3ポツ目、特別区のように公共交通網の発達等により、患者の医療動向が多様化、広域化する中、患者の流出入が煩雑となり既存の構想区域が実際の医療提供体制や受療動向の実態に必ずしも即していない場合があるとされております。

続いて、③の区域の設定方法ですが、将来人口推計、患者の流出入、医療機関の配置状況等の客観的なデータを踏まえ、構想区域の単位として適切であるかを検討する必要があります。なお、特に大都市部において数百万規模の広域な区域を設定する場合は、区域内の一定地域ごとにワーキンググループを設けるなど、実情に応じた検討体制を構築する必要も示されております。

最後に、④の病床整備の考え方ですが、入院需要が減少する中、全体としてダウンサイズを進めつつ、必要な機能の病床を整備することが重要となります。また、入院受療率が中長期的に低下することが見込まれており、基準病床数と必要病床数の差分をもって直ちに増床等必要とする判断をすることが適切ではないとし、既存病床の有効活用を検討する考え方も示されております。

ページをお送りいただきまして、次第の9ページからは、構想区域に関する都内の状況となります。初めに、現在の都の構想区域ですが、図のとおり13の二次保健医療圏を構想区域として設定しております。

ページをお送りいただきまして、スライド10ページは、東京の地域特性です。前回の策定部会でお示しのとおり、高度医療提供施設の集積や、発達した交通網などの地域特性に応じて、他県からの流入を含め患者が広範に医療サービスを受療する動向が見られることが特徴となります。

ページをお送りいただきまして、スライド11ページは、入院患者の圏域ごとの流出入となります。こちらも前回の策定部会でお示ししたとおり、圏域ごとの流出入率は高い一方、都全体の流出入率は低く、おおむね都内で入院医療が完結しております。

ページをお送りいただきまして、スライド12ページは、将来人口推計となります。左上から総人口、生産年齢人口、65歳以上のグラフとなっております。棒グラフは青色が

構想策定時の 2016 年、オレンジ色が 2025 年、黄色が 2040 年となっております。推計結果については、右上の説明にありますとおり、都全体では 2015 年と比べ 2040 年の都全体の総人口は増加し、特に 65 歳以上の人口の伸びが顕著となっている一方、生産年齢人口は減少する見込みです。

また、圏域別に見ると、全体的に 65 歳以上の人口は増加傾向にある一方で、区部は生産年齢人口が微増する圏域がある一方、多摩地区はどの圏域も生産年齢人口が減少傾向にあるといった特徴がございます。

ページをお送りいただきまして、スライド 13 ページは、都内の入院需要推計となります。こちらも前回の策定部会でお示ししておりますが、人口増減や受療率のトレンドを考慮すると、都内の入院患者数は減少する見込みとなります。

ページをお送りいただきまして、スライド 14 ページは、構想区域ごとの病床数となります。こちらの表の見方になりますが、必要病床数は現構想において 2025 年の医療需要に対応するため必要とされる病床数の目安、基準病床数は都が策定した保健医療計画に基づき病床整備の基準となる病床数、既存病床数は現時点の病床数となっております。

都では、構想区域ごとの必要病床数を踏まえつつ、基準病床数を定めており、基準病床数を既存病床数が下回る圏域、すなわち表の中の過不足欄が三角にあたる圏域については病床配分が可能としております。ただし、病床利用率がコロナ禍前と比べ低水準で推移している点等を踏まえまして、令和 6 年度以降病床配分を休止しております。

ページをお送りいただきまして、スライド 15 ページは、新たな医療情報連携基盤の構築となります。

下の図のとおり、現在国が整備している全国医療情報プラットフォームに合わせて、都では新たな医療情報連携基盤を整備することとしており、今後広域的な情報連携の推進が見込まれます。

ページをお送りいただきまして、スライド 16 ページは、ここまでの要点を整理したものとなります。ここまでの情報を整理いたしますと、下段の緑色の囲みの中のとおり、広域的な受療行動や高度医療提供施設の集積等のこれまでの都の地域特性に加えまして、将来の入院患者数の減少や広域的な情報連携の推進等も見込まれるため、これらの状況を踏まえ、構想区域の在り方を検討する必要があります。

ページをお送りいただきまして、スライド 17 ページは、構想区域について本日ご議論いただきたい論点となります。東京の地域特性を踏まえ、将来の入院患者の減少や広域的な情報連携の推進等を見据えると、どのように構想区域を設定するのがよいかについてご意見等いただきたいと思っております。なお、構想区域につきましては、本日のご議論や今後お示しする 2040 年の必要病床数を踏まえ、今後また策定部会の中で改めて取り上げたいと考えております。

最後に、構想区域に関する参考資料のご紹介となります。

初めに、参考資料の 3 の二次保健医療圏別の人口の将来推計ですが、スライド 12 でお

示した都の将来人口推計について増員率等も含めた詳細版となります。続きまして、参考資料4の都内の医療資源等の状況ですが、都内の医療資源の状況を構想策定時の比較で示した資料となります。詳細データとしましてE x c e l 版の資料も送付しておりますので、適宜ご参照ください。

最後に参考資料の5番の医療圏域別の入院患者の受療動向についてですが、スライド11でお示した都内の入院患者の流出状況について圏域ごとに図示した資料となります。こちらも適宜ご参照ください。

構想区域についての説明は以上となります。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。17 ページのどのように構想区域を設定するのがよいかというのが、これから皆さんと一緒に話し合っていて考えていくところです。7 ページで、構想区域の役割は、1 番の医療提供体制構築のために、国としては医療機関の連携・再編・集約化、これを議論する場所であるということが1 点目、そして必要病床数を運用していくということ、この2 つが構想区域の役割です。

構想区域の設定に関していうと、ガイドラインでいうと38 ページに、区域として一定の医療提供の完結が可能かというセリフがあります。これまで2015 年からの最初のこれまでの地域医療構想では東京が13 構想区域に分かれて、それぞれの構想区域で話し合ってきましたけれども、区域として医療が完結しているかということに関して非常に苦しんだ、この構想区域でやっていくのは無理だというような印象を持ったと思うんです。

それが明らかになっているグラフがどこかにありました。11 ページでは、各二次医療圏が流出する率が、例えばものすごく医療機関が過多で病床数が多い区中央部であったとしても31%あります。区西部にあっても同様です。だから、病床数が多いことをもって医療が完結するということではないということは、10 年間も議論していて皆さん分かっているところです。

ですから、今のままの構想区域ではうまくいかないという実感を持っている方が非常に多いのではないかなと思います。

一方で、東京都全体で見ると流出が6.2%しかないということで、東京を1 つの構想区域とする考え方というのは絶対出てくる話なんですけど、どうやって議論していくのか、それからそんなに広域でいいのかという議論も当然出てくるだろうと思います。ということで、構想区域に関しては、非常に東京というのは悩ましい。

ガイドラインを読みますと、「大都会では」とか、それから「東京は」とかわざわざ非常に東京に踏み込んで書いていただいている部分はあります。それを読んだからといって答えが出てくるわけではないですけども、そこには読んでみるといろんな考え方が成立できるように、いろいろ大都会の悩みなんかも非常にくみ取っていただいていたような記述になっております。要するにわれわれが真剣に考えて、自由な発想の中で最高の構想区域を考えていけばいいのではないかということを、僕はこのガイドラインを読み、今までのデータを見て思っております。

ということで、皆さんにこれから意見を述べてもらいたいと思うんですが、まず質問がありましたらどうぞ。なければ、発言をいただいて結構です。手を挙げてください。西川委員どうぞ。

○西川委員 本部会に参加させていただくのが初めてなので、大変基本的なことで申し訳ないんですけども、今ご説明いただいた資料の中で 13 ページに、人口増減の影響や受療率のトレンドを考慮すると、都内の入院患者数は減少する見込みという言葉があるんですが、その前の 12 ページでは、東京都の総人口は増加の見込みというふうに書いてあるんです。人口が増えても入院患者が減少する傾向にあるという、受療率のトレンドは、例えば在宅の高齢者が増加をするとか、そういう理由によるものでしょうか。

○猪口部会長 事務局どうぞ。

○医療政策部計画推進担当課長 ご質問ありがとうございます。スライド 13 枚目は、都が昨年実施した都の独自の調査に基づく推計になっています。まず受療率というのが、各疾病ごとに人口 10 万人当たり何人ぐらいその時点で入院しているのかという、10 万人に対する人数で算出しています。近年は、在宅医療や平均在院日数が短くなっているところを踏まえまして、受療率がどの疾病でも大体下がってきているというトレンドがあります。

今までの国の推計ですと、例えば直近の受療率は固定した上で、人口の推計を掛けていく、ここで言う黒い折れ線グラフのとおり、受療率が一定だと考えると、人口に伴って入院患者も増えていくという推計ですが、近年受療率が減っているというトレンドを踏まえて、今後も受療率が減っていくだろうという前提で計算し直すと、緑の折れ線グラフで、人口が増える影響よりも受療率が減ることによる影響が大きく、入院患者数が減っていく見込みということで今回推計を出しております。

○猪口部会長 西川委員、分かりましたか。

○西川委員 分かりました。

○猪口部会長 非常に本質的なご質問だと思います。2015 年から始まった地域医療構想では、2025 年にかけて入院する患者さんが増えるから必要病床数は東京の場合ものすごく増えたんです。なのにもかかわらず、現実的には入院している患者さんは全然少ない。これは、10 年前の読みが間違っていたという話なんです。

読みどおりにいかないのは、先ほど西川委員がおっしゃったような、在宅の話だとか、それから医療の高度化や平均日数の問題などいろいろありまして、これが決め手だということとはなかなか言い切れないんですけど、この 10 年間で調べた結果として、受療率というものが落ちてきているということを踏まえて、さらに 2040 年まで、14 年後のことも考えるうえで、われわれとしても発想をきちんと変えていかなくちゃいけないということにおいては、すごく本質的で大事なお話なんです。非常にいい質問をしていただいて、どうもありがとうございます。

○西川委員 お時間いただきましてありがとうございます。

○猪口部会長 土谷委員から手が挙がっております。どうぞ。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。構想区域の考え方ですけれども、素直に考えればどこまでが一体的にあればいいと考えた時に、島しょ部はちょっと別かもしれませんが、東京全都で一体的に考えるのが自然だと思います。過去10年ずっと構想区域、島を除けば12圏域を分断してやっていたけども、部会長もおっしゃっていましたが、構想区域内での医療の完結っていうのは、とても感じられませんでした。むしろ弊害が多かったと思います。

一番の弊害は何かといいますと、病床の配分です。東京全体では当時過剰にもかかわらず、全体でも過剰にもかかわらず、分断することで病床配分がありました。その結果、医療機関の病床稼働率は、利用率は下がっています。今も低いままです。つまり、ベッドが今空いていますので、余計な配分につながるような構造は改めたほうがいいと思います。

私からは以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。これも大事な意見で、この地域医療構想は病床数の問題と、それから医療提供体制の問題ですけれども、病床数のほうから考えると、一体として考えないと、でこぼこしたものの足し算ではおかしいんじゃないかというご意見だと思います。

続いて、宮崎委員どうぞ。

○宮崎委員 どうもありがとうございます。同じことをまた繰り返すんですけど、病床数ということ、必要病床数という視点で見ますと、前回の地域医療構想調整会議の都の挙げた構想区域の中で、別の中央区なんかはすごく突出していて、2,000床ぐらい多いのに、この区域は少ないからということで、病床配分を行っているような状況はどうなのかということ、これまでずっと言い続けてきましたが、それに関してはずっとスルーされていたことがございます。

ただ、その結果、やはり先ほど土谷先生もご指摘されましたように、病床稼働率が悪くなるという状況を招いてしまった。すなわち、必要な病床数は都全体ではオーバーしているというふうに考えると、やはりこれはもう東京都を一つの圏域として考えるべきだと、必要病床数という観点では大事なことだと思っております。

私ども地域医療振興協会では、へき地などの状況もある程度把握しているんですけど、そういうところから東京の状況を見ると、そんなに距離的にも離れていない範囲にいろんな医療機関がございます。そういう意味でも、細かく分けて病床配分する意味はあまりないと思われます。

あと、診療が完結するかということで言いますと、流入・流出は多いんですが、東京都全体でいうと、もう全然完結しているわけです。例えばでこぼこがあったといっても、患者さんが行き場に困るとか医療を受けられなくて困るとか、そういった意味での完結していないということでは全く無いので、圏域は違うけど近くにあるのでそっちに行っているというだけの話ですので、全然医療体制が困窮しているとかの理由ではないという

ことから考えると、圏域は一つでいいと思っております。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。医療提供体制は完結しているんだと、一つに考えれば。どうもありがとうございます。

では、内藤委員お願いします。

○内藤委員 ありがとうございます、内藤です。まさに今お二人がおっしゃったような、医療提供体制としては完全に完結しているのではないかということは私も感じておりますが、さらに、もう一方では、提供体制を支える医療従事者が、圏域を超えてほかの医療機関に勤めたりしている中、医療従事者自体もこれから人数が減っていく中では、まずベッドを増やしていくということはほとんど不可能でもあり、かつ小さく分けした中で医療体制を作るということに関しては、医療従事者の数は厳しいと思います。

ですから、そういったような意味でも、もっと広域に医療体制を考えて、医療従事者も適正な配分を考えていくと、東京としては一つの医療機関、医療提供体制でよろしいんじゃないかと私も思います。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。従業員、医療関係の職種の話ですけれども、地域医療構想の新しいガイドラインの中に一貫して流れているのが、持続可能性なんです。その地域が今はこうかもしれないけれども、将来にわたって持続可能な医療提供体制であるかどうかという話が出ている中で、要するに、職員がいないという状況で増やせるわけないだろうという話だと思います。どうもありがとうございます。

では、石川先生お願いします。

○石川委員 これまでご議論いただいたように、地域における医療の完結制、あるいは人材の確保等に関しましては、委員の方々もご発言されたとおりだと思っております。ただ、一方で、ちょっとご配慮いただきたいことがありまして、これから先、実際に地域医療構想に従って医療提供体制を議論していく場合に、恐らくこれは全都一括の構想会議で済むわけではないと思うんです。恐らく議論をしなければいけない中では、実はガイドラインの中の10ページにも書かれておりますが、在宅医療や介護との連携等について、サービス提供者が具体的な連携等を検討する場合は、構想区域よりも狭い単位で検討することが適切な場合が想定されるというような書きぶりもございます。

これをどれぐらいのバランスで行っていくのか、構想区域自体で介護、それから在宅医療の連携もある程度議論が可能な範囲の中で定めていくのか、それとも、あくまでも全都一括にして、その下にガイドラインに書かれているような下部の委員会を作るのかというところのバランスも検討していただく必要があるかということで、発言をさせていただきます。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。おっしゃるとおりだろうと思います。これが、もし一つの構想区域として考えるのであれば、どんな会議体を作っていくのかというの

は、ここは皆さんの知恵の使いどころだと思いますので、そうなった場合には考えていかなくちゃいけないと思います。

ただし、逆に言うと、今までのような構想区域でやると、どんな会議体でやったって無駄なんです。そう考えると、無駄よりはいいものを作っていきたいという方向のご意見じゃないかなと思いながら僕は受け止めました。どうもありがとうございます。

新田委員お願いします。

○新田委員 ありがとうございます。先ほど座長が言われた、前から病床配分で過剰にもかかわらず何でもみんな手を上げるんだろうと、何でも賛成するんだろうと、もともと疑問だったんです。当時、病院はベッドを増やせば収益性も上がるという中で、皆さん手を挙げていたという実情があって、実際はそうではないという実態になったということです。

入と出を一緒にしないで議論していただきたいと思っていまして、出は先ほど石川先生が言われたように、地域包括の深化によって地域が重要だと思います。出は区市町村という地域包括ケアシステムのことをまず考えていく事が重要で地域で暮らしつづけるための体制づくりが必要です。入は、先ほど言われた高度急性期に本当に必要なのは東京都全域だろうなど。もう一つ、高齢者の、今の救急隊が対応するような急性期の問題は、私は二次医療圏で十分だろうというふうに思っています。その際に、中小病院や民間病院が多い中で病床機能の整理が私の目から見て必要で、こういった人たちが入院を必要とし、何が不必要なのかという話に恐らくなるだろうと思います。

今、入院はベッドが余っているのは、地域で重症者も結構見ている中で、今後、介護人材不足とかで地域で見られないという状況になるとまず病院という発想の入れ替わりになってくるので、そこを相対する議論をすることだろうと。病院というのは、本当に医療を必要とする人を入れる場所なのかどうかということを、地域医療構想をもう一回根本的に考えていただければというふうに思います。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。次は山口委員お願いします。

○山口委員 ありがとうございます。山口でございます。私は、東京は非常に特殊だと思っていまして、特に外来ということであると、他県からの流入も特に高度急性期では結構あって、在宅と、それから介護ということになると、本当に小さな地域だと思うんです。それを同じ構想区域の中で考えていくということは非常に無理があると思っていまして、その辺りをどう整理するのかということが重要なのではないかなと思いながら考えておりました。

まだちょっと入り口のところの発言しかできませんけれど、以上です。

○猪口部会長 新田委員ともつながっていくようなお話だと思います。どうもありがとうございます。

この地域医療構想の策定部会は、同じような議題を何回か繰り返して深めていくというような進行状況になっておりますので、今日のところはこういう意見であるということでも構わないですが、何か違う視点を持った委員ございますでしょうか。一つの構想区

域として考えていくっていうことでいうと、14 ページを見ると、僕としては一つの構想区域で構わないんだけど、過不足でいうと不足という地域で診療なさっている委員がいらっしゃったら、その委員たちのご意見を聞きたいと思うんですけどもどうでしょう。

例えば、僕なんか、区東北部で 979 床、足りないと言われているんだけど、全然そんなこと感じないんです。多分、区部で足りないって言っているところは、何しろ隣の圏域に行くのに 10 分だとかそれぐらいで行けるから、足りないと感じるところはないような気がするんだけど、多摩部とかの先生とかで、特にご発言なさりたい先生いらっしゃいます？新田委員どうぞ。

○新田委員 私は北多摩西部ですが、急性期の患者さんで北多摩西部を超えて入院するような患者さんって今まで何十年ってあまり見たことはありません。たまたま都内の大学病院を希望する人はいるんですけど、それはがん治療、心臓手術など特定病名の方です。救急の疾患としては、私の何十年やってきた経験ではありません。ただ、ここでなぜこんな 820 マイナスなのかというのはよく分かんないです。

○猪口部会長 要するに充足しているって考えですよ。

○新田委員 そうです。

○猪口部会長 ありがとうございます。多摩総の今村委員どうぞ。

○今村委員 ありがとうございます。多摩総合の今村です。われわれの病院は、ちょうど北多摩南部医療圏になって一番端にあって、北多摩西部と接しています。なので、いわゆる隣接という形で周辺の 2 つ 3 つの医療圏からかなり患者さまがいらっしゃっているんですけども、医療圏を超えてというよりは、先ほど猪口先生おっしゃったように、距離が近いということで、隣の医療圏に流れているところがあるように思います。われわれもそれほど病床が足りないという実感はありません。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。今のところ、ここの委員のご発言では、今までの二次医療圏を中心とした地域医療構想区域において、14 ページのような過不足感、特に不足感はない、むしろ一体であるという意見のほうが強いという印象でよろしいのでしょうか。どうもありがとうございます。

一応、また後ほど発言の時間を取りますので、構想区域のお話に関しましては以上とさせていただきます。次のテーマ、医療機関機能、高齢者救急についてのご説明を事務局からお願いしたいと思います。

○事務局 それでは、後半の説明に移ります。

スライド 18 ページからの医療機関機能と高齢者救急についてご説明いたします。

ページをお送りいただきまして、スライド 19 ページからは、医療機関機能に関する説明となります。初めに、医療機関機能の区分ですが、前回の策定部会でお示ししたとおり、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、医育及び広域診療機能の 5 つが新設されております。

ページをお送りいただきまして、スライド 20 ページは、国のガイドラインで示された医療機関機能の考え方になります。

初めに、①の急性期拠点機能については、救急医療や手術等の医療資源を多く要する医療を幅広く総合的に提供するとともに、3 ポツ目にありますとおり、単に手術の実施や救急医療の提供を行うだけでなく、災害医療、新興感染症対応、医育、人的協力等の役割も求められます。

続いて、②の急性期拠点機能を担う医療機関数については、人口 20～30 万人に 1 か所程度を目安に確保することを基本としております。また、人口規模が特に大きい区域については、一定の総合性を有する医療機関に限り設定することとし、さまざまな診療実績等を確認しながら協議することとされております。なお、大学病院本院において、急性期機能に求められる役割を果たしている場合は、その実績を考慮した上で急性期拠点機能の医療機関数に設定することとされております。

続いて、③の急性期拠点機能を担う医療機関の決定ですが、手術や急性期医療の役割分担や人的協力の取り決め等の具体的な取り組みを確認した上で決定することとされております。また、検討にあたっては、全身麻酔手術件数や救急搬送受け入れ件数等の診療実績、医療従事者の確保見込みや施設の整備状況、建物の築年数等のほか、必要に応じて医療機関へのアクセス状況等を考慮することが示されております。

ページをお送りいただきまして、④の高齢者救急・地域急性期機能ですが、高齢者をはじめとした救急搬送受け入れ、入院早期からのリハビリ、早期退院、退院後のリハビリ、介護施設の協力医療機関等の役割を担います。また、3 ポツ目にありますとおり、主に大都市型等では、手術や処置等を必要とする症例が一定水準以上発生するため、骨折などの頻度の高い手術や処置ができる実施体制も求められます。なお、今年の 10 月より開始予定の医療機関機能報告では、急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能は役割分担を明確化するため、いずれか一方のみを報告することとされております。

続いて、⑤の在宅医療等連携機能ですが、在宅医療の実施や他の医療機関、介護施設、訪問看護等と連携した 24 時間対応、入院対応等の役割が求められます。また、入院対応等の後方支援や介護施設の協力医療機関としての連携や、地域の在宅医療を支える役割、往診、オンライン診療、遠隔モニタリング等を積極的に活用することが求められております。なお、医療機関機能報告において急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が在宅医療や在宅医療の後方支援を担う場合、在宅医療等連携機能を兼ねて報告しても差し支えないものとされております。

続いて、⑥の専門等機能ですが、集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所、特定診療科に特化した医療等の役割を担います。

最後に、⑦の医育及び広域診療機能ですが、大学病院本院が担うものであり、常勤医師や代診医の広域的な派遣、医療従事者の育成、広域的な観点が求められる診療について、都道府県と連携の下、総合的に取り組むこととされております。なお、大学病院本院は、

医療機関報告上、医育及び広域診療機能のみとされております。

ページをお送りいただき、スライド 22 ページでは、国が示す医療機関機能の役割を踏まえた連携イメージとなります。患者像を高齢者として、図の A では、高齢者救急・地域急性期機能で受け入れ、早期リハ、退院につなげる流れ、B 1 では高齢者救急・地域急性期機能、B 2 では地域急性期拠点機能がいったん受け入れて、患者像に応じて上り搬送、下り搬送による連携する流れ、C では急性期医療を終えた患者が専門等機能へ転院する流れ、D では診療所と在宅医療等連携機能とが連携して、急変時対応を行う流れを示しております。

ページをお送りいただきまして、スライド 23 ページからは、医療機関機能に関する都内の状況となります。

初めに、年齢別の入院需要推計ですが、都内の入院需要は全体としては減少する一方、図の赤枠のとおり、高齢者の入院患者数は 2055 年頃までほぼ横ばいで推移する見込みです。

ページをお送りいただきまして、スライド 24 ページは、救急搬送に占める高齢者の割合です。図の赤枠のとおり、高度急性期、急性期病床における救急搬送のうち、約 4 割から 5 割を高齢者が占め、その割合は増加傾向にあります。

ページをお送りいただきまして、スライド 25 ページからは、都内の医療提供体制の状況となります。初めに、二次救急医療機関ですが、都内では指定二次救急医療機関が 237 施設、そのうち地域における救急医療の連携の中核を担う地域救急医療センターは 92 施設配置されております。

ページをお送りいただきまして、スライド 26 ページでは、三次救急を担う救命救急センターの状況となります。救命救急センターは、都内で 28 施設配置されており、このうち大学病院本院はオレンジの網掛けのとおり 11 施設となります。

ページをお送りいただきまして、27 ページと、次のスライドの 28 ページにかけて、脳卒中や心血管の医療提供体制の状況となります。

まず、スライド 27 ページは、脳卒中、続いて 28 ページのほうは心疾患の体制図となりますが、都内ではそれぞれの専用の搬送体制が確保されております。

ページをお送りいただきまして、スライド 29 ページからは、高齢者救急に関する説明となります。

初めに、国のガイドラインに示された高齢者救急に関する国の考え方となります。まず、①の高齢者救急の基本的な考え方ですが、単純に年齢や疾患だけで区切るのではなく、身体機能や認知機能等も含めた検討が必要な点、手術等必要とする割合が少なく、対応可能な医療機関が多い点、在宅医療や介護との連携を含めた包括的な入院医療の提供が必要な点がポイントとなります。

続いて、②の救急搬送体制の整備ですが、救急車の維持、適切な利用、役割分担に基づく円滑な受け入れ、受け入れ直後の上り・下り搬送、急性期経過後の転院搬送に関するル

ール作りが重要とされております。また、消防機関等と連携しながら、日常的な救急搬送の運用や実施基準へ反映することを検討することとされております。

続いて、③の救急搬送における連携ですが、高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能を担う医療機関との連携の在り方を具体化していくことが求められております。なお、ガイドラインでは、急性期拠点機能は緊急度、重症度の高い患者の受け入れを、高齢者救急・地域急性期機能は高齢者救急を中心とした役割分担の考え方が示されております。また、役割分担にあたっては、救急搬送の受け入れ件数や全身麻酔手術件数等の実績を比較検討や業績分析を踏まえ検討していくこととされております。

最後に、④の救急搬送受け入れ後の連携、在宅医療、介護との連携となりますが、受け入れ直後の下り搬送、上り搬送や、急性期経過後の在宅医療、介護施設との連携体制の構築が重要とされております。また、高齢者施設の入所者の状態悪化時に円滑な入院につなげるよう、平時からの情報共有や搬送ルールの整備等により、連携を進めることも重要とされております。

ページをお送りいただきまして、スライド 30 ページからは、高齢者救急に係る都内の状況となります。初めに、都内の救急搬送人員の推移ですが、左のグラフのとおり、コロナ禍で一時減少した後再び増加し、令和 7 年度は過去最多となっております。また、右の表では重症度の割合を示しておりますが、軽症者の割合が総数では 52.8%となっており、半数以上を占めております。

ページをお送りいただきまして、スライド 31 ページは、年代別搬送人員の推移です。まず、左のグラフでは、赤色の折れ線グラフのとおり、令和 4 年度以降 75 歳以上の搬送人員数が大きく増加しております。また、右側の棒グラフでは、年代別の搬送人員の割合を示しておりますが、濃い青色の 50、65 歳以上の占める割合が半数以上となっております。

ページをお送りいただきまして、スライド 32 ページは、65 歳以上の高齢者救急の搬送者の推計結果となります。前回の策定部会でも示したとおり、高齢者救急搬送件数は 2050 年まで増加する見込みとなっております。

ページをお送りいただきまして、スライド 33 ページは、消防救急車の転院搬送の状況となります。傾向としまして、右側の円グラフのとおり、黄色の非緊急、グレーの低緊急を合わせると、約 4 割を示しております。

ページをお送りいただきまして、スライド 34 ページからは、救急医療の東京ルールに関する状況となります。都では、図のとおり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東京ルールを運用しております。

ページをお送りいただきまして、35 ページは、東京ルール事案の年代別の発生件数となります。左側の棒グラフと右側の円グラフからも分かるとおり、75 歳以上の割合が高く、全体の約半数を占めております。

ページをお送りいただきまして、スライド 36 ページは、東京ルール事案の科目、キーワード別の件数となります。傾向としまして、右側のグラフのとおり、高齢者層では青色の整形外科、オレンジ色の脳神経外科、グレーの要介護者等に関する件数が多く見られます。

ページをお送りいただきまして、スライド 37 ページからは、高次救急に関する状況となります。初めに、左の円グラフでは、年代別の二次救急の搬送件数を示しており、オレンジ色、グレー、黄色を含めた 65 歳以上の割合が半数以上を占めております。

また、右側のグラフですが、青色の棒グラフは、左側の円グラフに示した年代別の総件数、オレンジ色の棒グラフは、そのうちの介助が必要な件数、折れ線グラフは、青とオレンジの棒グラフから算出される介助が必要な割合となります。なお、棒グラフで色が薄く表示されている箇所がございますが、こちらは搬送者のうち三次救急も有する医療機関における二次救急の搬送数、搬送者数となっております。傾向としましては、折れ線グラフのとおり年齢が上がるほど日常的な介助が必要な方の割合が高くなり、85 歳以上では 59.4%となっております。

ページをお送りいただきまして、スライド 38 ページは、年齢区分別の救急搬送件数となります。こちらのグラフの見方ですが、左側のグラフが救急搬送の多い病院から、左から右並びが年齢区分別の搬送件数となっており、青色は 75 歳未満、赤色は 75 歳以上、緑色は赤色と重ねて表示されておりますが、75 歳以上の内数として 85 歳以上の半数件数となっております。なお、上側が総数、下側が介助の必要ありとされた方のみの件数となります。

この左側のそれぞれのグラフの内訳を 100%に引き伸ばし、割合として示したものが右側のグラフとなります。こちらの右側のグラフでは、右に進むほど搬送件数が少ない医療機関の実績となりますが、赤色や緑色で占める割合が多くなっております。このことから、搬送件数が少ない医療機関ほど 75 歳、あるいは 85 歳以上の割合や要介助者の割合が高くなる傾向が見受けられます。

ページをお送りいただきまして、スライド 39 ページは、受け入れ困難患者の発生頻度及び受け入れ困難理由となります。都内病院で約 6 割で、月 1 回か 2 回以上受け入れ困難の事案が発生しており、特に急性期病院で頻度が高くなっております。受け入れ困難の理由としましては、精神疾患により意思疎通が困難、家族からの支援が得られない、経済的理由など、社会的背景を抱えるケースが多く挙げられております。

ページをお送りいただき、スライド 40 ページは、ここまでご説明いたしました都の状況を踏まえた救急医療体制のイメージとなります。高齢者救急については、策定部会と並行して都が設置している救急医療対策協議会並びに小委員会において具体的な検討を行っており、協議会小委員会で示された体制イメージとなります。

搬送の流れですが、患者が救急搬送された際、後ろのスライドにもございますが、高齢者救急の対象患者か否かを判断し、該当となった場合、高齢者救急に応じた基準・ルール

に基づき重症度やかかりつけ医の意見、ACPなどの情報を踏まえ、医療機関が役割分担により救急搬送の受け入れを行うイメージとなります。

ページをお送りいただきまして、スライド 41 ページでは、ここまでの要点を整理した内容となります。後ほどご参照ください。

ページをお送りいただきまして、スライド 42 ページは、先年度調整会議、調整部会において医療機関機能においてご議論いただいた際の主なご意見となります。高齢者救急に関するご意見としましては、救急搬送時についてはACPの普及や救急隊が分かりやすい仕組み作りが必要とのご意見、搬送における役割分担については、救急患者が三次救急に集中しないよう、都独自の急性期拠点の整理や高齢者救急を担う医療機関がファーストタッチを担うような仕組みづくり、また、急性期後の転退院については見取りを含め転院調整の在り方を整理すべきなどのご意見がございました。

ページをお送りいただきまして、スライド 43 ページは、都の特性を踏まえた医療機関機能のイメージとなります。こちらのイメージでは、下にありますとおり、都の特性を踏まえた医療機関機能に基づく役割分担と連携の方向性の案をお示ししております。イメージの見方ですが、左上の枠にございます脳卒中や心疾患等に対応した都の救急医療体制をベースとして生かしつつ、中央にあります医療と介護の複合ニーズを有した高齢者に対し、真ん中の矢印のとおり高齢者救急、地域急性期機能の医療機関を中心として受け入れを促進する体制を組み込む必要があると考えております。

なお、対象者となる高齢者像については、次のスライドの論点としても取り上げておりますが、一定年齢以上であり、かつ医療と介護の複合ニーズを有する高齢者であることとして考えております。また、都全体でACPの普及や推進、かかりつけ医機能との連携を確保しつつ地域の医療資源の状況等踏まえ、真ん中の太字で示されたB1とB2の矢印のとおり、急性期拠点と高齢者救急、地域急性期機能との間で上り・下り搬送を柔軟に実施できる体制を整備していくことが必要であると考えております。

ページをお送りいただきまして、スライド 44 ページでは、本日ご議論いただきたい論点となります。ここでは一つ前のスライドでお示しました東京の特性を踏まえた医療機関機能に基づく役割分担と連携の方向性案についてご意見等いただきたいと考えております。

検討のポイントの1つ目としましては、高齢者救急の対象者像をどう考えるかです。これまでご説明したとおり、75歳、85歳以上といった一定年齢を超える救急需要や、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者の増加が見込まれる中、救急隊が患者像に応じて適切な医療機関へ搬送される仕組み作りが必要となります。そうした観点から、対象患者像について年齢や要介護状態についてどのように考えればよいか、案1、2や、その他の視点も含めご意見等いただきたいと考えております。

検討のポイントの2つ目は、それぞれの医療機関機能が担う役割、考え方についてです。急性期拠点機能につきましては、拠点となる医療機関像や拠点の数、配置についてどう考

えるか、高齢者救急、地域急性期機能については、脳卒中や心疾患など、都の救急搬送体制もある中で、患者像に応じて搬送体制をどう構築していくか、在宅医療等連携機能については、今後増加する在宅医療に対して診療所のみならず自ら在宅医療を提供する病院の確保が必要であるかどうか、専門等機能については、特定診療科に特化した医療機関についても地域の中で役割分担の一部を担うことが必要か、医育及び広域機能については、大学病院本院に求める役割は何かなどが主な検討のポイントとなります。

これらの観点を踏まえ、ご意見等いただきたいと思います。

○猪口部会長　ご説明どうもありがとうございます。

高齢者救急というものを考えて、高齢者救急のイメージを作るだけではなくて、急性期拠点だとか、それから高齢者救急を受ける機能の病院というものを考えていかなくちやいけないんで、なかなか判断が難しく、皆さんの意見が意外とばらつくところだろうとは思います。

ただ、ガイドラインを読んでいても、それから検討会を聞いていても、医療として地域の人たちが生きる・死ぬというようなところで、まずは急性期拠点機能のサステナビリティというか、急性期拠点機能はしっかり守られていくんだということが地域医療構想の中にはあるわけです。20 万人以下の地方都市においては急性期拠点機能を維持していくことが難しいから、20 万人以上の人口のところで急性期拠点機能を1つ作りましょうという提言になっている。これは、急性期拠点機能をずっと続けていかないと、その地域は医療が守れませんよねという話ですね。

東京の場合には、急性期拠点機能にあたる病院はたくさんあると思います。けれど、それが今のように乱立して、これ以上ずっと続けていられるかという点とまた違うわけで、その振り分けをあえて高齢者救急で考えていくっていうのが厚労省なりに検討会で一つのキーワードとしております。要するに、高齢者救急が急性期拠点に行くことによって負荷になっているんだという発想が根底にはあるんだろうと思います。

そんなことを踏まえながら、ぜひご意見がございましたらお話をしていただきたい。まず高齢者救急の対象患者像のところからお話いただければありがたいかなと思います。石川委員どうぞ。

○石川委員　ありがとうございます。議論に入る前に、一つだけ、皆さまと共通にしておいたほうがいいかなと思われることなんです、21 枚目のスライドに戻っていただいてもよろしいでしょうか。

これから、あと医療機関機能についての検討をされる場合に、ちょうどこの21 枚目のスライドで高齢者救急・地域急性期機能の4 番の枠の一番下のところに、急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能についての役割分担の明確化のため、いずれか一方の機能のみの報告とするというふうに書かれています、これに関してちょっと誤解を招くといけないので、一つご指摘をさせていただきたいと思います。

あくまでも、これは医療機関が機能を選ぶ場合には、急性期拠点か高齢者救急・地域急

性期機能のいずれかを選ぶということなのであって、決して急性期の拠点が高齢者救急を行わないという意味ではございません。実行上、東京都においては、今回これからご議論いただくような高齢者の救急の患者さんに関しましては、できる限り急性期の大規模な拠点ではなくて、より地域に密着した病院に搬送していただくということを議論されるというふうに想定しておりますけれども、あくまでも急性期拠点が全く高齢者救急を扱わないというわけではないということを、まずお知りおきいただきたいのが1点目でございます。

また、これは現段階でお話をするかどうか先ほどまでずっと悩んでいたんですが、急性期拠点の機能というのは、一つ前のスライドですが、急性期の拠点が救急医療の提供や手術等の医療資源を多く要する医療について幅広く総合的に提供することが求められるというふうに書かれておりまして、これはおおよそなんですけれども、今回診療報酬改定において新たに設定されました急性期病院の一般入院基本料というのがありますが、そのうちのAがこの急性期拠点到合致するものと思ってください。三次救急ないしは総合周産期を持っていた上で、24時間の検査等の対応体制を持っているというのが1番です。

逆に言いますと、そうした24時間の対応体制ないしは三次救急等を持たない場合には、急性期拠点ではなくて、次ページ4番にあります高齢者救急・地域急性期、どちらかという高齢者救急よりも地域急性期の機能というような位置付けで整理していただくことが妥当というふうに考えられます。

なので、まず1つ目、これから議論いただく上では、いわゆる医師数が100人を超えるような病院が、実際にはわが国は500施設ぐらいありまして、それが大体急性期としての機能。一方で、医師数が大体50人から100人ぐらいのところに関しては、100人以上の施設ほどには専門性を幅広く対応することはできないし、三次医療ないしは24時間の、もしかしたら診療放射線技師や臨床検査技師等の救急体制も取れないかもしれないけれども、ある程度、地域の一般的な急性期や救急を扱うことができるということで、まずこの4番のグループがあるというふうに考えていただくのが妥当かなと思われま

す。それを考えていく中で、圧倒的に多い高齢者の救急に関しましては、恐らく、誤嚥性肺炎や、それから心不全、それから尿路感染症などにおきまして、在宅等でもしもそうした症状が出てきた場合には、必ずしも高齢者救急ではなくて在宅医療等連携機能でも見られるというぐらいのイメージで、恐らくこれから先議論していただけるとよいのではないかなというふうに考えております。

現場の先生方からの意見もあるとは思いますが、現状での地域医療構想のガイドライン及び今後の診療報酬の提供の具現からいきますと、今のような切り分けだということで、ちょっとお考えいただけるといいかなと思います。以上です。

ちなみに、急性期病院一般入院基本料のAに関しましては、もう既に7月の時点までで施設基準をご報告いただいている病院が70あるというふうに聞いておりますが、実際に東京都内では急性期の機能、基幹病院の機能を担う病院が大体救急車の搬送数からいうと

75 病院ぐらいあります。また、いわゆる急性期病院が一般入院基本料の B にあたるような病院が約 90 で、その上で、そうした基準には合致しませんが、さまざまな医療を提供していただいている施設が、病院数としては 400 程度あるというのが実態だということもちょっと申し添えておきたいというふうに思います。

私からは以上です。

- 猪口部会長 どうもありがとうございます。ちょっと先の議論かもしれないんだけど、多分ガイドラインを読んでいると自分たちの病院はどこに位置付けるのかなってというのは、大体石川先生のおっしゃったことをイメージしながら自分たちの病院を位置付けている方が多いんじゃないかなと想像はしています。

高齢者救急とはどんなものかということを議論した上で、何しろ 28 年までに何とかみんな収まらなくちゃいけないですから、今はすごく大事な情報だと思います。自分たちがどの辺の医療機能になるのかっていうことを踏まえながらご発言いただいても結構かなと思います。

それから、高齢者救急の中には、急性期拠点に行くべき高齢者救急もあるという話で言うと、必要病床数の必要機能を考えていくうちで 75 歳以上においては半分を急性期に考え、半분을包括期に入れて計算するみたいな記述もありますよね。ですから、75 歳以上が全て高齢者救急で全部扱うっていう発想ではないことはガイドラインでも相当出ているところだろうと思います。

ちょっと前置きが長くなったかもしれませんが、土谷委員どうぞ。

- 土谷委員 土谷です。今、私たちは地域医療構想から高齢者救急というものを見ているところですけども、大事な視点があると思います。それは何かっていうと、地域包括ケアシステムから見る視点だと思っております。高齢者救急は、いうなれば国が大きく進めている 2 つの方針である地域医療構想というのと地域包括ケアシステムというものの接合点になる話だと思っていますので、非常に重要な話だと思います。

その場合、高齢者救急を誰が担うのか。高齢者救急の定義はちょっと後にしますが、でも、誰が担うのかでいうと、やっぱり地域包括ケアシステムと密接に連携している医療機関が担うべきだと思います。先ほど石川委員から三次も高度急性期拠点、高齢者救急も扱うことはできるというお話がありましたけど、できるということであって、やっぱりメインは地域包括ケアシステムと密接につながっている地域の医療機関が担うべきなんだろうなと思います。

国のガイドラインは連携・再編・集約化というのをうたっていますけれども、人口減少が著しいところでは集約化していかないといけない。それがメインに強く打ち出されていることだと思うんですけども、東京の場合は、いずれ集約化は必要なかもしれませんが、それよりも連携・再編・集約化といった時の連携、機能分化と連携のほうを強く進めていくべきだなと思います。

そうすると、44 ページの話になりますけど、私は高齢者救急はやっぱり、説明の中に

もありましたように、社会的課題を多く抱えている人も多いというなかで、私は広く取るのがいいのかなとは考えています。年齢で区切ることはできないとはよく言われますけれども、広く 75 歳以上、「または、要介護状態にある」と、広く取るのがよろしいのではないかなと思います。

私からは以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。では、次に山口委員お願いします。

○山口委員 ありがとうございます。山口です。高齢者救急については、体制の整備はもちろん大事なんですけれども、適正な医療機関に高齢者が運ばれるということを考えると、やはり都民へのさまざまなことの周知を一緒に考えていかないといけないのではないかと私は思っています。

特に、昨年度 ACP のことが大事だと出てきたんですけど、ACP の結果、その人がどんな意思表示をしているかということが、救急隊が到着した時に把握できなければ全くそれは使えないわけですので、救急搬送に向けての準備をどうしないといけないのかということも、きちんと都民が理解しないと成り立たないことではないかと思っています。

特に、29 ページに適正な利用、それから、下り搬送という言葉もあるんですけど、例えばなぜ救急で運ばれた病院で即日転院するのかということについても不満を持ちやすいところですので、そういったことの必要性をきちんと理解してもらわないと、そこでトラブルになるとまた時間がかかることもあると思います。

今、マイナンバーカードを救急隊に提示すると患者の情報把握につながるということで、それがどこに搬送するかということにも大きく影響すると思いますので、ぜひ、特に独り世帯の高齢者も増えていますし、老老夫婦ということもあって、マイナンバーカードをすぐ出せるような状況にしておかないといけないということ自体あまり発想にないと思うんです。

ですので、救急搬送に備えてどういったことを準備しておいて、例えば提示することによってどういうことができるようになるのかということ、高齢者の方に分かりやすく、あるいは子供さんの世代などに知らせていくということが必要ではないかと思っていますので、併せて対策を取っていくのが、地域医療構想ももちろんですけども、これだけ高齢者が増えてきている中では、私は急務ではないかなと考えております。

それから、高齢者について、75 歳、85 歳という提案が出ていますけれど、私の印象では、75 歳を超えると非常に個人差が大きくなってくると感じます。75 歳でもすごくしっかりして元気な方もいらっしゃるんですけども、急激にそこで衰えてくる方もいらっしゃるんで、いろいろとケアの必要な人を全部拾い上げることでいうと、75 歳以上なのかなと思いました。以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。ACP の話だとか、上り搬送、下り搬送、それからマイナンバーカードの話だとかありましたけれども、救急隊の搬送に関しては、いろいろ話が医療計画に密接に関わってくる話ですが、これからは地域医療構想が上位概

念ということで、高齢者救急をどうするかということをこの策定部会で決めて、その上で地域医療計画に落としていき、救急の計画にも落としていくということで、今ここで決めたことを元にしながら、山口委員が言ったことを具体的に全部進めていくという話になっていくだろうと思います。上位概念であるということを踏まえた上で皆さんご発言いただきたいなと思います。

では、新田委員よろしくお願いします。

○新田委員 新田でございます。よろしくお願いいたします。

先ほど石川先生が言われた、いわゆる在宅の誤嚥性肺炎、心不全患者について、在宅を通常の在宅と施設在宅と分けて考えるべきかなと一つ思います。なぜかという、介護付き施設における施設は、夜間帯に看護師さんがほとんど対応はしないと。そうすると、何か起こった場合にすぐ救急車を呼ぶということが実際行われています。そこはどのようにして救急を防ぐかという課題が一つあって、簡単にいうと、かかりつけ医の判断によって救急車を呼ぶようになるということが重要です。

在宅もそうです。先ほどの誤嚥性肺炎、心不全等に対して、救急車を呼ぶというのはほとんど僕は考えられないんですが、いわば30ページの搬送の救急を呼ぶ軽症になるのか中等になるのか重症になるのかという話ですが、例えば在宅における心不全患者が突然起こすわけじゃなくて、あらかじめ終末期を迎える心不全だとすると、それはACP等によって最後見取りというケースがあるだろうというふうに思うわけでございます。

ここでいう高齢者救急というのは一般高齢者、75歳以上でいろいろ差があるわけですが、75歳以上、85歳以上の一般高齢者で元気な人がいます。突然な変化によって重度になった場合は、どこに運ぶかという急性期拠点機能病院です、逆に言うと。それは、高齢者救急、地域急性期機能にいったん運ばれて上り搬送されても結構です。それは治療対象になり、そのように分けていく必要があるだろうと思います。

したがって、高齢者救急の対象者像が案1、案2ありますが、これ、案1、案2で、「または」、「かつ」によって全然違ってきます。例えば、一定年齢、75歳以上かつ要介護、この人たちは、私はかかりつけ医判断、在宅の担当判断を含めて、一つクッションになるだろうと思います。案1の「一定年齢以上、または」になると、一般高齢者ですから、これはいきなりの高齢者救急の対象にも、急性期拠点病院の対象になる人も出てくる。したがって、この案1、案2は2つ、「または」ではなく、どちらを選択する話ではないだろうなと思って、この絵柄を見ていました。

以上でございます。

○猪口部会長 新田先生どうもありがとうございました。内藤委員どうぞ。

○内藤委員 ありがとうございます。内藤です。今回の場合は、高齢者救急という考え方が中心になっていくということになりますと、大きな全体像もですけれども、先ほど土谷委員がお話しされていたような、地域包括ケアシステムの中でどう構築していくかということ逆を積み上げていって考えるということはずごく重要な発想だと思いますし、そ

こは今の新田委員からの話とも重なっているとは思いますが。

そういう中では、一番考えないといけなと思うのは、高齢者救急といって救急隊がある程度簡単に判断できて搬送できるかどうかというところの考え方作りをするということがすごく重要であり、かつ、それが患者さん、もしくはご家族のニーズとうまくマッチしてくれるかどうか、そこに不都合があって不安だけ残ってしまうようなことがないかどうかということを丁寧に考えていく必要性はあるのではないかと思います。

そういう中では、先ほど新田委員がおっしゃったような、かかりつけ医の普段からの活躍といいますか意思疎通というのがすごく重要になってきて、そこからまた救急にどうやって振り分けていくかということは、かかりつけ医の重要な役割になってくると思っています。

また、その中では、次に上に上がっていくとすれば、在宅医療等連携機能、これが、さまよえる高齢者救急というか、高齢者の方が急に具合が悪くなった時に、遠くの地域と離れた医療機関に救急で運ばれてしまうと、基本的に運ばれた方の地域の社会的資源があまり把握できないので、在宅に返すということに関しても時間もかかってしまうし、うまく返せない場合もあります。そういった意味では、在宅医療等連携機能に高齢者救急というのが重なってくるというのがある意味では非常に大切な部分になってくるのではないかと思います。今お話しした、中間だけれども機能を持った医療機関機能というのがものすごく地域で必要になってくるのではないかなというふうに私は思っております。さらに、もちろん急性期拠点機能を持った病院に運ばれる、もしくは受診すること自体は、選択という中ではあってもいいとは思いますが。

けれども、その時に、普段からかかりつけ医の先生から在宅で見取ろうという話をしていながら、急に具合が悪くなった時にご家族さまが慌てて救急車を呼んで何とかしてくださいという話になって、急性期機能に運ばれてしまうというケースも少なくはないと思いますので、ますますかかりつけ医の対応というのは重要になってきて、そこも含めた地域の体制作りが必要なんではないかと思っています。

以上です。

○猪口部会長 新田先生のお話だとか内藤委員のお話だとか聞くと、43 ページのフローチャートの中にかかりつけ医機能とかが入ってくるという感じもしました。

横田委員どうぞ。

○横田委員 横田でございます。ありがとうございます。このガイドラインを読んでいて、先ほど石川先生から追加のご発言があったんですが、全く私もそのように思いました。例えば40 ページのところですが、急性期拠点機能、それから高齢者救急・地域急性期機能と分かれています。このガイドラインをそのまま読むと、急性期拠点機能を持つ医療機関は、実際は以下の様にはないのですが、実質的に救命救急センターや大学病院が該当すると思いました。

東京都の12の医療圏を見てみると、例えば西多摩であれば人口41万、区西北部だと約

200 万の人口があつて、医療圏だけでも人口で5倍も違う。また、例えば区中央部では大学病院や救命救急センターが集中している、一方そうでないところもあるというところを考えると、このガイドラインをそのまま東京都に当てはめると、医療圏ごとに急性期拠点機能の基準が違ってくる気がします。

それから、昨日東京都救急医療対策協議会がありました、そのメンバーの中でこの部会でも何人かの先生に参加していただいているんですが、先ほど山口委員からご指摘があった都民への周知が非常に重要だという議論がありました。ACPについても、ACPを常に医療機関に伝えられるような取り組みを都民個人が心がけていく必要性です。マイナンバーカードを活用したマイナ救急が実行されていますけれども、マイナンバーカードの中にACPが把握できるようなシステムというのものもあるべきだというふうな議論が昨日ありました。

以上、その2点、特に1点目、東京都の12の医療圏でそれぞれ違った事情があるので、一律東京都として考えていいのかというのが疑問として浮かんできました。以上です。

○猪口部会長 12 医療圏で考えると濃淡がいろいろあるんですけど、そういう部分を含めてどういうふうに再構築していくかというのがこの地域医療構想かなと思いますので、貴重なご意見どうもありがとうございました。

次、越永委員どうぞ。

○越永委員 越永です。対象患者像というところの一定年齢で要介護状態もしくは、「または」、「かつ」という点なんです、現実には要介護状態といっても介護1から介護5まであって、かなりばらつきがあるというのが一つのところですね。

それと、もう一点が、どこに搬送するかというのは、ACPというのは大切であるというのは皆さんおっしゃるし、できる限りみんなに理解してもらわなきゃいけないことなんです、実際にはACPを取る場合は結構手間暇がかかるんです。例えば、主治医が取るのか、それともかかりつけの医者が取るのか、その本人だけと話を決めて決まるわけじゃなくて、家族をひっくるめてみんなで考えなきゃいけないという問題から考えると、今ACPが分かれば救急隊がどこへ連れていけるか分かるという議論になるんだけど、そのACPを誰がどう取りまとめていくのかというところがまず問題なんだと思います。

それで、実際のところは、介護状態にあるというところっていうのが、一つのポイントだと思うので、恐らく介護状態にある状態になったところで、主治医意見書は必ず書くわけですから、かかりつけ医が家族と取りまとめてどこに搬送するのかというのを、そこで意思表示をあらかじめ取っておく必要があると思うんです。

例えば、全然病院にかかっていない人とか、要介護認定していなかったような人たちは落っこちちゃうんだけど、実際には要介護状態になっている人たちがどこに運ばれるのかっていうのは、ある程度搬送先を狭めて、できる限り分かりやすい状態にしておくことが絶対に必要なんじゃないかなと思います。以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。今の意見は、ACPは持っていれば、ACPの結果、何でも治療を全部やってくれっていうACPもあると思うんだけど、将来のことを自分で決めているという話だけど、要介護状態であれば高齢者救急であるということとでいいですね。

○越永委員 そうです。その時にどこに運んでいっていいかというのは、あらかじめ主治医が取りまとめておくことが必要なんじゃないかなと思うんです。

○猪口部会長 運用方法の段階になってくるんだよね。それをこの高齢者救急と急性期拠点を分けて運用していくのに、そういうのがあると非常に分かりやすいというお話ですよ、要するに。

○越永委員 そうです。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。次は、進藤委員お願いします。

○進藤委員 ありがとうございます。西多摩で開業しております、大久野病院の進藤です。

30 ページの表ですけれども、救急搬送の軽症者 52%を占めていると、そのうち大半が高齢者なんだろうと思いますが、軽症者の中身が何なのかということをもう少し分かった上で、今後救急車が増えていくという対策の中で、軽症者はもしかすると呼ばないで済む人たちもいるんじゃないかということ考えていました。今後のことを考えないと、いたずらに軽症者だけが増えていくとすれば、地域医療構想そのものも進む道が変わってくるのではないかと思います。

先ほどの新田先生の意見と似たようなところなんですけれども、軽症者について検討しなきゃいけないのではないかなと思いました。以上です。

○猪口部会長 先生、年齢区切れていないけど、75 歳以上の軽症者は高齢者救急であるかどうかという点に関してはどうでしょう。

○進藤委員 軽症で運ばれてきた高齢者の中に何パーセントかでも本来運ばなくてもよかった人がいないんだろうかという、その中身が分かんないなということなんですけど。

○猪口部会長 ありがとうございます。ということは、この高齢者の救急搬送は急性期拠点ではないですね。要するに、運ぶ必要がないかもしれないぐらいの人が混ざっているわけだから、ここは急性期拠点ではないという発想ですね。ありがとうございます。

迫村委員お願いします。

○迫村委員 ありがとうございます。私はかかりつけ医ということで、在宅医療側にいる人間だと思いますので、そちらからの発言ということでよろしくお願いします。

今までいろんな先生方がおっしゃっている、地域包括ケアシステム、これが高齢者救急を考える上で非常に重要だというふうに思います。基本的には、高齢者はマルチモビリティを有し、介護ニーズと医療ニーズの両方を持っています。医療ニーズがちょっと上がった時に救急を要請していくことになっていくんだと思います。

そこで考えなきゃいけないのは、急性期病院は、入院してしまうと介護ニーズには十分応えられないですね。看護師さんが食事の世話をしなければならず、本来の看護業務が

できないという状況が、コロナの時に見られましたけれども。また、一方で入院してしまうと、どうしても高齢者はADLが落ちていってしまいます。入院関連機能障害ということが、2週間ぐらい入院していると必ず発生してきますので、いかに早く帰すかというようなところを考えていく必要があると思います。

その時に、地域包括ケアシステムとして、在宅側で既に医療介護チームが出来上がっている高齢者は入院していただいたら割と早く帰ってきていただき自宅で診るということが出来ます。先ほど新田先生のほうからお話ありましたが、心不全とかちょっとした肺炎は、入院はさせないで在宅で診るということも、医療介護チーム、実は訪問看護さんが主役で頻回に訪問することによってできることは実感しております。

そういうところをうまく組み合わせながら地域の中でやっていく。その上で急性期の病床がどのぐらい要るのかというようなことをまた議論していくということが重要ではないかというふうに思います。以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。40 ページのスライドもそうだし、44 ページのところもそうだけど、44 ページの言い方でいうと、「または要介護状態、またはかかりつけ医の意見」みたいな、そんな感じかな。主治医の意見、かかりつけ医の意見というのが判断材料に相当するということなんだろうなと思いながら聞きました。

西川委員どうぞ。

○西川委員 西川です。ありがとうございます。先ほどの進藤委員のご意見について、現在救急搬送される半分ぐらいが高齢者で、また救急搬送されている患者さんの半分ぐらいは軽症だという、救急車を使う必要があったのかどうかというご意見ありましたけれども、本論からは外れるかもしれないんですが、29 ページにアクセスに関わる問題があるというような文言があります。

今、タクシーを呼ぼうとすると、ほとんどアプリで呼ぶというのが主流になっていまして、以前のように電話でタクシーを手配するというシステムが縮小されていて難しくなっている状態なんです。実際、私も、実は父の通院に付き添う時に、アプリを使わずにタクシーを呼ぶというのが大変だった経験がありまして、高齢者が電話でタクシーを呼ぶということが今難しくなっているのではないかなということがあります。

そうすると、もう救急車を呼ぼうということになってしまうわけで、アクセス問題でいい方法がないかを少し考える必要があるかなと思いました。

もう一つ、ACPのことなんですけれども、ACPの重要性というのは大変分かりますし、私も普段から家族には言っているんですけども、実際独居の高齢者が増えている中で、病院に搬送された時にどうやってそれを確認するかというのが非常に難しく、それがまた現場の医療従事者の方にとっても負担になっているのではないかなというのが大変気になっております。以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。実行段階でこういうことを考えてやっていこうということ、最終的に地域医療構想の最後のほうで、重要な意見として入

ってくるお話だと思います。どうもありがとうございました。

今村委員お願いします。

○今村委員 ありがとうございます。今日の参加者の中で救命センターも持っている、また E R も持っている、一次から三次まで全部見ている病院としてほかにあまりいなかったんで発言をさせていただきたいと思います。

先ほど山口先生や迫村先生がおっしゃったところなんです、高齢者救急、定義はいろいろご意見あると思うんですが、そういう中でも当然オーバートリアージみたいな形で、いわゆる急性期拠点病院に救急車が来るっていうことは一定数許容すべき問題だと私たちは思っているんです。そのうえで、先ほどの 44 ページ、43 ページの表で出てきたような形で、いわゆる下り搬送というのを現実今われわれも通常のプラクティスの中でやっているんですが、その時に問題になるのは、山口委員がおっしゃったように、ご家族とかご本人が下り搬送に対してかなり納得いかないような状況が今でも結構生じています。

この絵柄をやっぱり上手に回していくためには、迫村先生、山口先生おっしゃったように、そういう一定数の、まず急性期拠点でどちらかというと地域包括ケアのほうによりフィットする患者さんなんだというお話をした時に「そうですね」という形で患者さんやご家族が納得できるような教育、周知はとても大事なんだなというふうに感じました。以上です。

○猪口部会長 いずれ、43 ページのフローチャート、その前の 40 ページのフローチャートなのかがうまくいくためには、やっぱりかかりつけ医の皆さんの活躍はすごく大事なんだろうなと思います。どうもありがとうございます。

43 ページを見せていただいて、40 ページでもいいんだけど、一番最初に高齢者救急というものを考える時に、年齢をもって一概に高齢者救急とするべきではないというようなところは、山口委員から出ましたけども、要するに 75 歳以上って個別の個人差がものすごく出ている年齢ですよ。その時に重症・重篤で助けなくちゃいけない、とにかく緊急な治療、濃厚な治療をやって助けなくちゃいけないという方と、そうではなくて、かなりフレイルが進んで、同じ重篤かもしれないけれども、一つの過程なんだと思えるような患者さんとふるい分けが必要だと、大まかにはそう考えています。

その中で、東京の場合には、この左上のところに脳卒中と心疾患というふうにありますよね。東京の場合には、いきなり重症となられた方たちをふるい分けて、脳卒中と心疾患に関しては、CCU ネットワークと、それから脳卒中の病院、SAB というところがあって、濃厚治療をやるにはぱっと振り分けられるんです。振り分けられた上で、それに該当していない患者さんたち、だから、あまり重篤ではないという印象の患者さんたち、その患者さんたちをどうするかっていうのが、この高齢者救急と急性期拠点の考え方の大事なところだと思うんです。

ですので、僕の気持ちとしてはレンジが広くていいような、要するに、重症・重篤ですぐ助けなければいけないという人たちがふるい分けられる、75 歳以上ぐらいの方たちは

それを取ると国の資料ではそれほど重症・重篤の患者さんが残らないんです。だから、そういう患者さんたちを中心に考えた場合に、振り分けとしては、高齢者救急は最後のページのところでいうと、「または」でもいいのかなと考えています。先ほど石川先生がお話しになった急性期病院Bとか、そういったような病院に運ぶとするならば、これは「または」でもいいような気がしています。皆さんの意見がもう既に出そろった後で言うからいいのかなと思って話をしました。

東京の場合には、これは日本全国でこういう血管病の話、循環器病の話はどんどん進んでいますので、高齢者救急の中に脳卒中とCCUネットワークの話はあるんだという前提条件を踏まえておかないと、この辺も捉えどころが間違っちゃうのかなと思うんでお話をさせていただきました。

今までずっと議論した中で、まだご発言になっていない先生方もいらっしゃるんじゃないかと思いますが。どうですか。宮崎委員どうぞ。

- 宮崎委員 いろいろずっと議論を聞いていまして、案1にするか2にするかというシンプルなお話しますと、私は案1なのかなということになります。すなわち、要介護状態というのは、十分高齢者救急という範疇（はんちゅう）に入る年齢ではなくて、「または」でいいと思います。年齢を75にするか85にするか、これは本当に難しいところなんですけど、私は85のほうがいいかなと思っています。

理由は、MCレベルで急性期拠点機能にあんまり連れていけないようにという視点で考えました。案1の「85以上、または要介護」ということに、私は思います。以上です。

- 猪口部会長 どうもありがとうございました。

例えば、38ページを見てみると、85歳以上なのか75歳以上なのかというと、自然と85歳以上はもうふり分けられているんだよね、現実的に。受け入れ少ない、機能的に弱いところに85歳以上は集められているということもありますので、今言っているのは、決まっている話よりも、新たなふり分けをきちんとやって、適正な医療提供体制を作りましょうという話だから、85なのか75なのか、これは決められる話ではないんだけど、僕としてはこういうデータを見ると、そういう機能は既に意外と持っているんだろうとは思っております。

渡邊委員どうぞ。

- 渡邊委員 ありがとうございます。この44ページの件に関しては、要介護状態という言葉を使っているんですけども、われわれ内科医が要介護度というと、4と5の人っていうのはほとんど在宅で生活している方で、かかりつけ医がいて、通常、救急搬送される場合はかかりつけ医が必ずその病院を紹介するなり何なり関わっているので、そう考えると、3、4、5になるのか、要介護度というの、そこもある程度明確にしていけないと思います。

そうした場合に、85歳で要介護度3、4、5っていったら、ほぼある程度の塊ができるのかなっていうふうには考えます。その辺りは、「または」という言葉を使わなきゃい

けなくて、75歳っていうのは後期高齢者医療制度があるので、そこから合わせると75歳以上で、「かつ3、4、5」というふうに言ったほうがいいと感じます。これはものの考え方ということであればそういうふうに。

ACPについては、とにかくわれわれ医療者だけではなくて一般の方々に広く浸透していただかないと、いつまでたっても病院の下りの時にはトラブルになるのは仕方ないので、ここは浸透させる必要があります

それと、数年前の高齢者医療と少し事情が変わってきて、入院させるのが非常に難しかった状況から、われわれとしては送る側なんですけど、送る側は今あまり困らなくなったんですけども、受け取る側が本当に困っている感覚があります。要は認知症のひどい人とかを送ってもらったら困るとか、受け取れないような方を送ってもらうのは困るという形で、ニーズが少しずつ変わってきたかなと感じています。

以上です。

- 猪口部会長 先生が一番最後に言った困らなくなったというところが、実は病院の経営状態が困ったところになるんですけど。そういうところがあることを、一応言っておきます。こういう話をすると、また別の話題になっていっちゃうから。ただ、先ほどの今村先生がおっしゃったように、急性期拠点が三次救急をイメージしているようなものであるならば、その事前の高齢者救急としてのふり分けというのは望まれているということは、今村先生のお話からはよく分かりますよね。三次救急側は、そこのところうまくやっておいてくださいという感じは伝わってきている気がしました。

藤田委員お願いします。

- 藤田委員 区中央部の藤田です。かかりつけ医であり、また同時に介護認定審査会にも参加しているんですけども、年齢もさることながら、要介護状態のほうが少しファクターとしては大きいかなというふうに感じています。

というのは、介護認定審査会で出てくる事案というのは、大体入院をきっかけに介護度がより悪化してという方が多く、そういう方が区分変更、区分の見直しをしてほしいということで申請されるんですけども、入院が介護度の悪化にかなり影響しているということで、もともと状態がよくない方がまた入院する場合には、どうしても介護の手間というのがやっぱりかかってくると思うので、急性期よりも地域に密着したほうの医療機関に行かれるほうがよいと思いました。

私からは以上です。

- 猪口部会長 どうもありがとうございます。要介護度が3、4、5という、1、2、3、4、5あるわけだけど、その議論は、なかなか難しくなっちゃうかもしれないけど、要介護度を持っていらっしゃる患者さんは高齢者救急だろうというのは皆さんそこは一致しているところなのかなと思います。渡邊先生のご意見ですと非常に複雑な部分がありますが、全般的には要介護度っていうのは納得感が非常にあるというのは伝わってくると思います。

今日一日で高齢者救急・急性期拠点が決まるわけじゃございませんので、今日の議論を踏まえながら、皆さんの中で意見がいろいろ出てくることだろうと思います。次回は違う内容の予定ですけれども、その次ぐらいに、また高齢者救急や構想区域の話をする予定でいるようですので、その時までまた深く考えていただくということでもいいかなと思います。

全体を通じてでもいいですし、今までの中で質問があるんだみたいな話でも結構です。ご発言、まだしていられっらない方がいたら、ぜひしてください。

中本委員どうぞ。

○中本委員 施設なので、また少し意見が違うかもしれませんが、われわれのところから急性期の医療でお願いするというと、いわゆる転倒や、発熱が一番多いんですけれども、一番困るのはBPSDで、どうしても興奮状態でどこへ行っていいか分からないという方を紹介することになった時に、精神病院もなかなか受けてくれないんですよね。その辺りが、どこへルートを持っていけばいいのかと困ります。

それと、もう一つはACPですけれども、ドクターと患者さま、それから家族の方と安心するのが一番大切だと思います。それがないと、いわゆる要介護状態の方は、何でもかんでも治してもらえる、悪くなったら困るという話なので、例えば抑制のことでもそうですけれども、80歳過ぎると毎回転ぶわけです。転んだ場合に、毎回訴えてくるわけです。そういうところが、家族とお話ができていないとうまくいかないと思います。

それから、老老介護、高齢者の独居というのがものすごく多いので、今在宅に帰そうと思ってもうまくいかない場合がものすごく多いんです。そういう方は皆さん施設のほうへということで送られてくるんですけれども、振り分けるのがまた大変なことで、お金を持っていない方のほうが多いんです。そういう時に、経済的な状態をどうするのかというのも考えていただきたいなと思っています。以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。39 ページ、受け入れ困難理由ですね。これは、一つずつ解決していかなくちゃいけないんだろうと思います。

土谷委員どうぞ。

○土谷委員 一言だけ言いたいです。国の設定ガイドラインがあるんですけれども、皆さん東京は全然状況が違うというのは肌身に感じていると思いますので、あまり国のガイドラインにしばられないで、東京は東京でいい新たな地域医療構想を作ればいいなというのを強調したいと思って発言しました。以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。そうですね。特に、最初の段階でみんなで話した構成区域についても、まず根本的にいろいろ変わってくるような話もありますよね。

大体時間となりましたけれども、最後発言したい委員の方いらっしゃいますか。よろしいですか。指名し切れなかったんですけども、お時間なんで、ここで区切らせていただいてよろしいですか。今後、議論しなくちゃいけないことが毎回多いと思いますので、皆さん今後ぜひ積極的なご発言をよろしくお願いします。

今日のご意見がないようですから、終わらせていただいて、事務局に戻すということにさせていただきます。今日はどうもありがとうございました。事務局お願いします。

○医療政策部計画推進担当課長 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す。事務局より3点、最後事務連絡でございます。

1点目ですが、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ございましたら、事務局より「東京都地域医療構想策定部会ご意見」と書かれた様式を後ほどお送りいたしますので、そちらの様式をお使いいただきご提出いただければと思います。

2点目ですけれども、本日の議事録は委員の皆さまに事前にご確認いただいた上で修正等を反映させた上で後日ホームページに掲載させていただきます。

3点目ですけれども、次回の日程が決まっております。9月4日金曜日の夕方の16時から18時を予定しております。ご都合をご調整のうえ、ご出席いただければと思います。

事務局からは以上でございます。

それでは、本日はこれもちまして閉会とさせていただきます。お忙しい中、長時間ご出席いただきましてありがとうございます。

(午後 8時02分 閉会)