

令和 7 年度第 1 回
東京都地域医療構想調整部会
会 議 録

令和 7 年 1 0 月 8 日
東京都保健医療局

(午後 6時00分 開会)

○本間計画推進担当課長 定刻となりましたので、ただいまから、令和7年度第1回東京都地域医療構想調整部会を開会いたします。

皆様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当たっての注意点というものを一読いただきまして、ご参加くださいますようお願いいたします。

皆様、音声聞こえていますでしょうか。大丈夫でしょうか。ありがとうございます。

続きまして、本日の配布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。

続きまして、委員の皆様の参加状況についてご報告いたします。本日は、熊田委員、宮崎委員、山口委員、内藤委員、迫村委員が現在のところはお欠席のご連絡をいただいております。また、宮川委員の代理としまして、公益社団法人東京都薬剤師会副会長の根本様にご出席をいただいております。

本会議には、委員のほかに東京都地域医療構想アドバイザーであります東京科学大学の後藤先生と岡田先生、そして一橋大学の陳先生にご参加いただいておりますので、お知らせいたします。

最後、本日の会議でございますが、親会であります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、委員の皆様の発議によって、出席委員の過半数で議決した場合は、会議または会議録などを非公開とすることができます。

お諮りいたしますが、本日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」の声あり)

○本間計画推進担当課長 異議ないということですので、それでは以降の進行を猪口部長をお願いいたします。

○猪口部長 どうも、こんばんは猪口です。

東京都医師会から東京都病院協会にかけて、ずっと長く、皆さん委員の方にはお付き合いいただいております。

それでは、お手元の会議次第に従いまして進めてまいりたいと思います。

最初の議事は、(1) 令和7年度第1回地域医療構想調整会議開催概要についてです。

では、1回目の地域医療構想調整会議の実施内容と議論の内容について、事務局からの報告を受けたいと思います。よろしくお願ひします。

○井床保健医療計画担当課長代理 それでは資料に基づきまして説明をさせていただきます

す。

資料3をご覧ください。画面でも共有いたします。

こちらに、今年度第1回調整会議の開催概要をまとめております。左側に各圏域の開催日、区西部の7月3日から島しょの8月27日まで、また、右側に会議で取り扱った報告事項と議事を記載しております。

報告事項については3点で、地域医療に関する調査について、こちらを中心といたしまして、事前の配信動画におきまして、非稼働病床の取扱い、外来医療計画に関連する手続の提出状況についてもご報告をさせていただきました。

議事については4点ございまして、2の地域医療支援病院の承認申請については、該当の圏域でございます区西部でのみ取扱い、資料4のとおりですね。

4はこちらですね。こちらのとおり、区西部の調整会議において、ご異議なく了承をされております。

また資料3に戻りますが、議事の一つ目、2025年に向けた対応方針についての協議、3の現行の地域医療構想の振り返り、4の2040年に向けた課題と取組の方向性に係る意見交換は、全圏域共通でご議論をいただきました。

調整会議の開催概要は以上となります。

続きまして、資料5をお開きください。

こちら資料5に基づきまして、調整会議の議事の概要及び意見まとめについてご報告をさせていただきます。先ほどご説明した議事のうち2025年に向けた対応方針については、こちらは国の通知に基づきまして、各医療機関から2025年における役割や機能ごとの病床数などを対応方針として調整会議にご提出をいただき、それぞれの圏域において確認し、合意を図るというものでございます。

今回は、前回の調整会議以降に新たに対応方針の提出があったものや、これまでご提出いただいた対応方針の内容を変更したものについて、これまでの調整会議での協議と同様に、改めて圏域における対応方針としてご確認をいただき、全ての圏域で合意をいただいております。

続いて、今回の調整会議における意見交換でございますが、来年度の新たな地域医療構想策定を見据えた内容としております。こちらの概要のところがございますとおり、現行の構想策定当初の地域における意見と構想策定後の都の取組を振り返った上で、国の新たな地域医療構想の概要や直近の東京都の調整会議における意見から抽出される都の課題例を踏まえまして、2040年に向けて、それぞれの圏域として重点的に協議すべき課題と取組の方向性について各圏域で意見交換をいただきました。意見交換に際して、都から提示した資料は参考資料の5及び参考資料の6でございますので、こちらは適宜ご参照いただければと思います。

こちら、緑色のところの下に主な意見を分類分けしてまとめております。

救急の受入れに関しまして、今後、認知症を抱えた75歳以上の高齢者が増えていく

ので、その人たちを引き受けることでインセンティブがつくと連携が進む、また、高齢者救急と一括りにできず、介護や認知症、症状ごとに多様性がある、土日の救急は高齢者に偏っている等、また続いて、急性期治療後の転退院に関しまして、入院患者のほとんどが認知症で、独居、ネグレクト、虐待等、治療以外で対応に苦慮しており、行政のサポートがあるとよい、患者や家族は一つの病院で完結することを望んでいるが、それが難しいことの患者への周知に努めてほしいなど、続いて、病病連携に関しまして、各々病院の機能が明確でなく、民間同士だと役割分担の話ができないのが現状だが、早くから話し合いを始めたい。今後救急は、高齢者救急か、通常の救急かを分けて考え、地域で自院の病院機能を共有することが重要など、続いて、医療・介護連携を含む病診連携に関して、地域でかかりつけ医を持ち、その方を通して急性期に転送したり、そこに戻す形にした方がよい。自院の病院機能だと、このような患者を受入可かといった情報を近隣の介護施設と共有するシステムが欲しい。続いて、医療・介護人材に関して、人材紹介料の圧迫が大きい、公的機関が看護師を人材派遣するようなシステムがあると助かる。高齢者入院時の負担が大きく、看護師や看護助手を雇う金銭的な負担をお願いしたい。また最後に、ACPに関して、まだまだ進んでおらず、救急で受け入れたときにどこまで治療するのか分からない。患者家族への教育が進んでおらず、家族への教育システムを考えてほしいなどの意見がございました。

参考資料の2といたしまして、ただいまご説明した意見交換の圏域別の主な意見をまとめておりますので、こちらも後ほどご参照いただければと思います。

調整会議の意見交換等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す。

続いて、この調整会議の座長として会議に参加された藤田委員、田村委員、田村委員はまだ戻られてないんじゃないかな。先ほどの事務局からの報告に加えて、実際に会を取りまとめた感想やご意見をいただけますでしょうか。

まず藤田委員からお願いできますか。よろしくお願いします。

○藤田委員 区中央部の藤田です。よろしくお願いします。

医療連携の強化に関しては共通認識となっています。ただ、連携を一層強化するためには、それぞれの医療機関の特徴について、さらなる相互理解が必要という認識もあります。超高齢者、特に認知症患者さんの救急受入れに関しては、インセンティブがつくと連携が進むという意見がありました。何となくポジティブな印象ですが、それはそういった患者さんの医療の部分に関しては診療報酬があっても、介護や転退院の手間と費用が含まれていないため、病院経営を圧迫しているということが背景にあると思われます。

超高齢者、特に認知症患者さんの場合、単身世帯や老老介護、あるいは認知介護のため、一つの医療機関で治療して終わりではなく、次の医療機関や介護施設、在宅医療なら在宅医療で、多職種が関わっていくことになります。そこで、患者さんや家族が本当

に望んでいることは何となくではなく、明確な言葉にしてくれれば方針を立てやすいのでACPの普及が望まれています。

人手不足も深刻で、人件費が医療機関経営を圧迫しています。地域医療構想は限られた医療資源を時代の変化に合わせて適正に再配置することが当初の目的だったと思いますが、経営の深刻化により、2040年に本当に必要な医療機関が確保されるのか、重大な懸念があるという意見もありました。

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。

田村先生戻られたけど、先生が仕切った会議の感想なり、まとめたものをお話しいただきたいと思います。大丈夫ですか、間に合いますか。田村先生。

○田村委員 聞こえてますか、田村ですけど。

○猪口部会長 聞こえてます。

○田村委員 遅れてすみません。ちょっとがんの末期の患者さんの処置をしていたものからです。

南多摩、私のところの地域医療構想会議ですけれども、実は病院の経営が非常に皆さん、厳しいということが非常に色濃く出た会議でして、その中でちょっと特徴的なのが、今まで救急で高度医療をやっていた方が、だんだん安定期に入ってきて、いわゆる下りですね。下りの転院がうまくいかないと、それで、目詰まりが起こるのをどうしたらいいかということがずっと話題であったわけですが、最近は、そういったことがあまり聞かなくなりまして、というのは、急性期病院も病床稼働率がすごく下がっているようにして、あまり、何とかして退院してもらおうというような圧力があまりかかっていないというようなことがあったようです。それで、実際に地域の病院の使命として、やはり診るべき患者をしっかりと受け入れて診るという使命感を持って頑張っているところが多いわけですが、先ほどもお話があったように、非常に病院も人手不足でして、認知症を持ってる高齢者とか、そういう方が入ってくると、そういう方で病院が埋まってしまふと病院の経営が本当にパンクしてしまうと、そういう非常に強いジレンマに苦しめると、そういった意見も散見されました。ただ長期的に言えば、高齢者救急とか、たくさんの方々の疾患を持った方々の診療を地域でどうやって診ていくかということについて、やはり課題が山積だという、そんな意見が多く見られました。

以上です。

○猪口部会長 どうも、ありがとうございました。急がせてしまいまして、すみませんでした。

内容的に、藤田先生、それから田村先生おっしゃっている、都の方がまとめてくれたこの項目の中になんか入っている印象を持ちます。病院の経営のことは、あまり書かれていないのですけれども、非常によくまとまった資料が資料5なのかなと思います。

続けまして、各圏域の地域医療構想調整会議に参加された地域医療構想アドバイザー

からの報告もお願いしたいと思います。

地域医療構想アドバイザーである東京科学大学及び一橋大学から発表いただきます。

まず、東京科学大学の後藤先生からお願いしたいと思います。大丈夫ですか。

後藤先生よろしくお願いします。

○後藤委員 お願いします。

今、画面上、スライド見えておりますでしょうか。

「２０４０年に向けて、各圏域で重点的に協議すべき課題と取組の方向性」ということで議論なされたことに関して、本日、各圏域のまとめを資料に載せておりますが、それに加えて、意見交換で浮き彫りになった共通の重点課題と、その課題に対する各圏域での取組や提案事項と今後の着目点、特にこの２、３に重点を置いて説明させていただければと思います。

まず、この共通で各圏域で見られた重点課題に関して、五つありまして、一つ目に、「高齢患者における入院受入れと退院調整の課題」があります。認知症や複合疾患を抱える高齢者の救急搬送が増加しており、急性期病院の負担が拡大している。また、高齢者といっても一様ではなく、背景や併存疾患、治療意向などは多様である。入院受入れ時にはＡＣＰの未普及や情報不足のままに搬送されるということが課題となっており、かかりつけ医機能の強化に加え、救急時に専門的医療が必要か、あるいはプライマリーケアで包括的な対応すべきかといったような見極めが求められます。退院調整の段階では、独居や経済的困窮といった社会的要因により退院先の確保は困難となっており、結果的に急性期病床の滞留を招いているという声が多くありました。

二つ目の、「二次医療圏に限定されない柔軟な協議の場の必要性」に関してですが、患者の流れが二次医療圏を越えているといった現状から、二次医療圏の枠組みが議論内容にそぐわないのではないかという指摘が複数の圏域で見られました。高度急性期医療や小児、周産期、がん、精神科医療など特定の機能では、より広域的な連携が必要である一方で、かかりつけ医療や在宅介護に関しては、市町村単位での密な連携が適していると思われます。これらの課題に応じて柔軟な協議の場を設けることが求められています。

三つ目の「情報連携におけるＤＸと顔の見える関係の両立」に関してですが、医療機関同士や医療と介護の連携強化は全圏域に共通する課題であり、その手段として、医療ＤＸへの期待が高い状況です。しかし、システムだけでは解決できないような個別の状況の伝達や信頼関係の維持には、従来からの顔の見えるような信頼関係の構築も依然として重要であるという声がありました。

そして四つ目の「病院経営の構造的な危機」に関しては、物価や人件費の高騰、さらに入院基本料をはじめとする診療報酬の長期据置きにより、多くの病院が経営難に直面しております。これは２０４０年を見据えた体制の構築以前に、医療機関の存続そのものに関わる喫緊の課題です。また、「深刻な人材不足と偏在」に関しても多数の意見が

ありました。医師・看護師のみならず、病院や施設で介護を担うような看護補助者や介護職員の不足が特に起こっているというような危機的な状況であります。給与面での施設間競争や人材流出も深刻であり、外国人人材の活用やDX推進など、新たな人材確保策が求められています。

これらの課題に対する、各圏域での取り組んでいらっしゃることや提案されていることということに関してですけれども、一つ目の高齢者救急に関しての問題は、ACPの推進を、日頃、かかりつけ医や他職種が本人家族と連携して行い、緊急時に備えた情報を準備していくことが推奨される。病院の役割分担の明確化ということで、各病院の強みや専門性というものを再確認して地域全体で役割分担というものを整理する。特に高齢者救急となりますと、従来のこの緊急性の重症度に応じた初期救急や二次救急、三次救急といったところに加えて、この図の横軸になりますけれども、介護と認知機能、併存症などの軸が加わってくることによって、その右側のこの認知症や複合疾患に強いというような包括的対応というのが難しくなっているのかと思いますので、そのようなところの可視化が必要なのかというふうにも思っております。

また、二次医療圏に限定されない柔軟な協議というものも多く提案をされておりましたし、情報連携に関しては、地域連携ツールの選定や活用の推進、合同の研修会などが行われているところも見受けられました。

今後の着眼点としましては、現場経験と客観的データに基づいて、地域の実情を継続的に把握し、各圏域で合意形成し、実装可能な取組から段階的に進めていく姿勢が求められるかと思います。

以上になります。

○猪口部会長 どうも、ありがとうございました。

非常に示唆に富んでいるお話をいただきました。どうもありがとうございます。

では、続きまして、一橋大学の高久先生がご欠席ですので、事務局から代理で発表をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○井床保健医療計画担当課長代理 それでは、資料の6-2を画面共有させていただきます。

先生からいただいたコメントを代読させていただきます。

本日は、所用で都合がつかず、書面でのコメントとなります点をおわび申し上げます。

まず、地域医療構想の振り返りについてでございますが、あまり顕著な成果がなかったのではないかという意見もある一方で、調整会議を通じて丁寧に意見集約を行った結果として、マインドセットとしては随分変わったのではないかという指摘もございました。私も全く同意見で、例えば2040年にかけて増える高齢者救急に対応する必要があるといった課題については、行政を含めて、課題感が既に共有できておりますし、課題を抽出する段階は終わったのではないかと思います。今後は医療提供体制が応えなくてはならないニーズが、例えば高齢者救急なのであれば、応需や件数などの成果指標を

検討しまして、ニーズにどの程度応えているかどうか客観的に把握できるような方法を考える必要があると思います。

スライド２枚目については、第１回の調整会議で、高齢者救急に関して出た意見をピックアップしたものでございます。国の調査では、救急受入れが多いほど赤字になるといった傾向が観察されているところです。都内でも病床が埋まって患者をたくさん取っていても赤字という声も聞かれているところですので、今後行う地域医療に関する調査において、重点的に状況を把握すべきところでしょう。なお、病床が空いていないと救急応需できないことを踏まえると、救急を重点的に受け入れる病院においては在院日数のごく短くとも、よって、病床利用率がある程度低くとも収益が確保されるように、報酬が設計されている必要があります。こうした報酬設計について、都が単独でできることは多くないのかもしれませんが、例えば、入院基本料の加算については、急性期拠点機能を新たな地域医療構想で標榜する病院の場合は、完全に包括してしまったほうがいいと思います。

スライド３枚目、会議形式についてでございます。調整会議では、東京都における二次医療圏の設定が実態と合わないという意見が度々上がっております。この点について、二次医療圏は１９８５年の医療計画の開始とともに設定された地域区分で、厚労省も新たな地域医療構想は、医療計画の上位概念だと明言しているわけですから、必要に応じて調整会議の在り方も柔軟であってよいはずです。例えば、急性期拠点機能の病院のみが参加する広域会議なども有益かもしれません。急性期拠点機能の病院が、下り搬送で連携している病院を全てリストアップして、もう少し連携が期待できそうな病院がどこにあるのか可視化したらよいと思います。一方、介護と包括期の病院の連携を深めるためには、二次医療圏よりも小規模な地域単位になると思います。いずれにしても、新たな地域医療構想においては、調整会議自体の効率性を高めていくことが必要ですので、その点について様々なアイデアが出されるとよいと考えます。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

今、事務局の報告、それから、藤田先生、田村先生、それから後藤先生、それから高久先生のご意見ですね。全部出てきましたので、参加されている構成員、委員の先生方から、ご意見など承りたいと思います。

どうぞご発言のある先生は挙手をしていただいてご発言をいただきたいと思います。よろしくお願いします。どうぞ。

特にないのかな。

じゃあ、ちょっと時間稼ぎで僕が一言言いますけれども、高久先生のご意見は、結構、次の地域医療構想、今度始まる地域医療構想の２０４０年に向けた構想の先取りしてる部分は結構多いなと思うんですよ。地域急性期拠点の話だとか、高齢者救急というキーワードなんですけれども、それで言うと、急性期拠点と、それから高齢者救急の医療

機能を持った病院とのすみ分けみたいなのが、多分東京都では大事になってくるのかなと思っているのですが、高齢者救急という議題が高久先生のほうでは項目として入っているのですけれども、この高齢者救急の定義づけって、何か先生方で思いがあるかなと思ってちょっと一言聞いてみようかなと思ったのですけれども、いらっしゃいませんか。何か言える方、僕としてはちょっと参考意見にしたいなと思っているのですが。

前、高久先生だったかな、D P Cで。

土谷先生、副会長、どうぞ。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。

高齢者救急、今回の調整会議でも、多くの圏域で高齢者救急がテーマになっていました。まず、それがあります。その高齢者救急の高齢者と言ったとき、まさか65歳以上ということはないと思います。やっぱり皆さん言ってるように、介護の手間がかかっているというところが問題なので、高齢者の中でも特に75でもないし、85歳以上、年齢で区切るのは適当じゃないと言われれば、要介護状態の方が救急車で搬送になる、あるいは搬送、けがとか病気をした結果、要介護状態になる可能性が高い。そういった人たちがここで言う高齢者救急だと私は思います。つまり、その要介護状態ということですね。要介護高齢者の高齢者救急というのが問題になっているのかなと思います。

○猪口部会長 分かりました。

分かりやすいというか、線引きはしやすいですね、それはね。

越永先生、どうぞ。

○越永委員 よろしいでしょうか。

○猪口部会長 はい、どうぞ。

○越永委員 高齢者救急と救急とを分けるということというのは、基本的には高齢者の場合というのは、もうもともとたくさんの病気をお持ちになっていて、その病気自体が悪化したりとかして、ほとんど大きな病院だったりとか、例えば、大学病院だったりとか、特定機能病院とかに行かなくてもいいレベルで、病状が悪くなるような患者さんというのを、自宅の近くで何とか最後まで看取れるような状態というのを作るということなんだろうと思うんですね。

それで、だけど、実際には病気のない人が新しい病気になって救急車で運ばれていくことも実際あるんだろうと思うのですけれども、それが本当の救急であって、高齢者救急というのは、もともとの持病であったりとか、もともと、もう本当にご高齢で、もう老衰になってしまうようなぐらいの年齢の方というのが具合が悪くなったときに、では誰が見るのかということをやっぱ議論しないといけないんだろうと思うのですね。そうすると、実際にはその病院の機能だったり、すみ分けというのをちゃんとしないと、やっぱりうまくいかないんじゃないかなと僕は思います。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

今、土谷先生も越永先生も、土谷先生は要介護状態、越永先生は繰り返している状態

というような形で、線引きが比較的分かりやすいお話をしていただいたと思います。

横田先生手が挙がってます。

横田先生、どうぞ。

○横田委員 猪口先生、どうもありがとうございます。

今、土谷先生と越永先生がおっしゃったことは私も大賛成です。個人的なことで恐縮なのですけれども、実は今年の3月でしたか。私の99歳の父親が、腹部大動脈瘤の破裂で、私の前職の救命センターに搬送され、元気になって退院することができました。土谷先生、越永先生が言ったように、高齢者救急という一括りにするのではないことが必要と思っています。病院前救護の中で、どのように救急隊の皆さんが判断できるかが、難しいとは思いますが、受け手側も含めそのような議論は必要と思っています。

○猪口部会長 どうも、ありがとうございます。

救急隊が判断できるというのは、また一つの大事なところかなと思って聞きました。

続いて、進藤先生、どうぞ。

○進藤委員 ありがとうございます。

西多摩地域は高齢者が二、三十%を超えている地域ですので、そこで救急搬送されている方々というのが、やっぱり一次救急の方がどうやら多いらしく、急性期の先生方に聞くと、来た方たちはほとんどが帰るということが増えていると、入院するような重症な方ではない、つまり、介護ニーズに伴って救急車を呼んでしまっている方たちがどうやら増えているというふうに見ています。施設からの救急車要請というのが、以前は多かったんですが、どうも、見てると、在宅、本当の在宅からの救急のほうが多いように思います。ですから、高齢者救急というのは、どうも介護ニーズじゃないかなというふうに地域では見ております。

以上です。

○猪口部会長 進藤先生、ちょっと質問していいですか。

介護ニーズで一次救急相当の患者さんが来るということは、動けないから、自力移動ができないから、在宅とおっしゃったから、そういう感じの方が、総務省の判断で言うと、軽症・中等症・重症という言い方をするけれども、軽症だけれども動けないから救急車で運ばれているというのが高齢者救急の特徴の一つであると、そんな感じですか。

○進藤委員 そのように思います。

もう少し言うと、多分介護が破綻したんじゃないかなというふうに考えております。家において、老老介護だったり、認認介護だったりしていて、もうどうにもならないといったときに頼るところがなくて、救急車を呼んでるのではないかというふうに見えますね。

○猪口部会長 受け入れてもらいたいというような希望ですね。

どうも、ありがとうございます。

新田先生、お久しぶりです、どうぞ、お願いします。

○新田委員 お久しぶりです、ありがとうございます。

それぞれの皆様の意見に納得なのですが、この前、ある東京都の循環器の相談事業ですか、そこで榊原病院の院長の発言がちょっと気になりまして、一つは榊原に運ばれる慢性心不全の50%、施設からだという話が一つですね。そうすると、榊原に行くと慢性心不全はすぐ治るんですが、全部要介護重度、3以上であって、病院には介護能力がないので、戻るところがないと治療ということにも困ってしまうと、これはある意味で言い得ていて、全国の病院の入院病床のトップが誤嚥性肺炎ですよ。2番目に心不全が入って、それで3番目に骨折が入るという感じで、そうすると、誤嚥性肺炎等を繰り返す人たちをどのように診ていくかというのは、これは病院だけではなくて、地域の在宅の役割って非常に大きくて、何かあったらすぐ病院に運ぶということをいかに防ぐかということも一緒に考えていただいてやっていかないと、病院はやっぱパンクするだろうし、病院に行ったらまた肺炎かという話になるし、心不全かでは、病院のモチベーションもやっていけないということになるというふうに思ってます。

だから、それぞれ課題があって、先ほど、絵柄を出していただいた中に、一次救急、二次救急、三次救急の右側に、要介護認知症と、あれとてもすばらしい絵柄だなと思って見ていたのですが、そこのマルチモビディティの何を優先するかを、きちっとACPも含めてやっていかないと、これは解決する話ではないのかなというふうに思っています。

以上でございます。

○猪口部会長 ありがとうございます。

高齢者救急の先行き、今度の地域医療構想では、急性期拠点と高齢者救急が分かれています、高齢者救急は高齢者救急に行くというような話になったときに、高齢者救急を受けている病院のモチベーションの問題だとか、在り方だとかという、そういうようなお話をいただいたのかなと思っています。確かに高齢者救急は急性期拠点に行かないで、こちらでいいんだよと言われて、全部来たら、それはそれで大変な話ですから、その先のことを考えないということですよ。どうもありがとうございます。

では、石川ベンジャミン先生、どうぞ。

○石川委員 ありがとうございます。

先生方のご議論を聞きながら、多分、今の新たな地域医療構想に関しては、本日の参考資料の03の9の資料において、6ページ目で、六つの柱が立っているのをちょっと意識していただく必要があるかなと思っています。

必要があれば私のほうから共有しても大丈夫ですか。

○井床保健医療計画担当課長代理 お願いします。

○石川委員 今これで共有されておりますでしょうか。

今、先生方からご議論いただきましたのは、恐らく、高齢者救急という疾患、ないしは疾患対象とする患者層がどうなるのかということだと思います。

改めて、もう一つちょっとここで区別をしておくといいのは、新たな地域医療構想では医療機関の機能としてどんなものをしていくのかという観点がございます、その中では、これまでご利用いただいた高齢者救急の受け皿という形で、まず、基本的には、これ、元気な方が高齢者救急で救急状態に陥った上で、それを地域の復帰を目指す機能というのが強く言われております。どちらかというと、新たに次の地域医療構想の中で回復期が包括期というふうに名前が変わってくるわけなのですが、それも意識したような急性期の対応をしていくということになります。

一方で、今まで出てきた中でも、在宅医療を提供して地域の生活を支える機能というのがあるんですが、これに関しては、例えば慢性の心不全の患者さんに関して、どのような形でサポートしていくのか、一時的な入院の機能等も含めて提供していくという機能があって、あと、この二つは、基本的には高齢者向けなんですけど、3番目の医療機能というのは、これは救急医療等の急性期の医療を広く提供するというふうに書かれていて、高齢者に頻発する疾患だけではなく、全世代型で様々な専門診療に対応するという部分が、恐らく、三つ目のところでは柱になってくると思います。逆に言うと、一番左側の高齢者救急というのは、どちらかというと高齢者に頻発するような疾患に関して、しっかりとボリュームを持って対応していただくというような部分で切り分けがされるというふうに考えています。さらには、右下のほうには、より大きな観点で診療を担う機能というのがありますので、いわゆる特定機能病院であるとか、ナショナルセンター、あるいは一部の県立、一部の都立の病院のようなところというのは、二次医療圏に拘泥することなく、高度な専門医療機器を持って提供する機能というのがありますので、もし、この四つの、上の三つとプラス一つのところの切り分けの相対的な部分において、多分、医療機関の機能であるとか、役割というのが議論されることになるだろうというふうに想定されます。

ちょっと長くなってしまって申し訳ないんですが、DPCなんかで言いますと、恐らく、この高齢者救急の受け皿となる部分というのは、それこそ、誤嚥性肺炎、それからあと、尿路感染症であるとか、そういったものも含めて、健康な方が多分そういう施設にいられたとしても、その状態になって、やっぱり入院を少なくとも数日から2週間程度、必ず見なければいけない。ただ、それが終わったら帰れるような疾患というのは、恐らく、ここが非常に大きくなっていくだろうと思います。一方で、在宅医療の部分に関して、この真ん中は、これがちょっとなかなか難しいわけなんですけれども、ここはどちらかというと、入院の機能というよりは、病院から在宅に対してアプローチをしていく、それこそ、東京都のような大都市部ではあまり目立たないかもしれないんですが、地方都市等でも診療所がなくなっていくようなところに関しては、病院が肩代わりをするということも含めて、ここの中に入ってくるということになるでしょう。一方で、この上の段にあります救急医療等に関しては、それこそ急性心筋梗塞であるとか、狭心症であるとか、そうした専門の状況を含めた上で、可能であれば二次医療圏の中で救急

で受入れをして、救命率を上げるようなことが必要な専門疾患領域ということになるでしょうし、下側に関しては、待機型のがんとか、そういったものも含めて、広域でも対応できるものというような疾患振り分けが今後少しずつ表明されてくるだろうというふうに思っております。まだデータがないので、かつこれから先、新たな地域医療構想の策定のガイドラインのほうも見ていただかなければいけないんですが、こんな状態で扱われていて、恐らく、ちょっと最後の一言なんですけれども、医科歯科の先生方のほうからご提案いただいた、新田先生からも評価がありました一次、二次、三次救急という、疾患の重症度の部分に対して、やはり、高齢者の追加のニーズがあった場合に、それをどういうふうに施設などで対応するのかということも考えながら、恐らく、この右上の高齢者救急というのは、素養として認知症であるとか、そういうことがあったとしても、もともと認知症があっても、健康でごく普通に身体能力はある方っていらっしゃると思いますので、その方々が入ってきた部分というのは、特にこの中にサポートされるのではないかなというふうに考えております。

私のほうからは以上です。

○猪口部会長　ありがとうございます。

これまでの調整会議の中で、高齢者救急という言葉でくくられたものの中に、今、ベンジャミン先生、石川先生がおっしゃっていただいた、今後のところで言うと、高齢者救急と在宅医療を支えるような病院のものというようなものが混ざって議論されているという気づきがあるというか、そういうご指摘を受けたような気がします。

我々が今後、高齢者救急と言ってるもののどの辺までということの範囲づけをきちんとしていかないと、今後の議論は今後の地域医療構想にとって、非常に難しくなってしまうので、ここら辺をみんなで共有していくことが必要なのかなというのは、言い出しっぺ、今日の議論の言い出しっぺとしては思ったところです。本当に皆さんの議論でいろんな気づきがありましたのでどうもありがとうございました。

この話が長くなっちゃいましたから、そのほかに何かご意見ある先生いらっしゃいますでしょうか。

土谷先生、どうぞ。

○土谷委員　私は13圏域全て出たんですけれども、そこでの話をもう1回しますと、さっきも言いましたけれども、やっぱり、高齢者救急をテーマに据えている圏域が多かったです。そして、あと、やっぱり、人手不足の話と経営難の話はもう持ちきりでした。それから後は、アドバイザーの先生も指摘してましたけれども、二次医療圏の在り方ですね。私も個人的にも、逆にこれが足かせになって生産的な会議になっていないような印象を受けています。テーマによって広くしたり狭くしたりするのが有効かなと思います。今回のシリーズでは、病床の話はあんまりなかったところなんですけれども、二次医療圏の在り方、病床配分についても、やっぱりこれは深く考えないといけないのかなと思います。最後は私の意見です。

以上です。

○猪口部会長 ありがとうございました。

広く、今、話されていた。これ、土谷先生はあれでしょう。トーンとしてはどの医療圏も大体似たような感じで、分けていることの特徴性みたいな、二次医療圏のものすごい特徴が出ているという会議は、どこかありましたか。

○土谷委員 いや、どこも金太郎飴ですね。

○猪口部会長 はい、ありがとうございます。

○土谷委員 二次医療圏で分ける意味はどうだろうかというのはありますね。どこも同じ意見だったです。

○猪口部会長 ありがとうございます。

新田先生どうぞ。

○新田委員 今出てない中で、ＡＣＰに関してでございますが、東京都のＡＣＰ検討部会の部会長をさせていただいておったので、それで東京都でも１０万部ぐらい、ＡＣＰの冊子を都民向けに刷ったり、あるいは、専門職研修を３年続けて、今、やっている中で、なかなか広がりを見せないというのは一体何なんだろうかということを改めて感じるわけですが、その中の検討部会でもＡＣＰという言葉そのものが悪いのかとか、あるいは、医療機関からの押し付けであれば、それは特には、それは納得しないだろうと、ですから、やっぱり今皆さんの意見があったように、やっぱりいざと言うと、なぜ必要なのかということを真剣に考えると、やっぱり、都民サイド、市民サイドというか、どちらでもいいんですが、そこに、きちっと各地域で意見を重ねていく必要があるなと今は思っています。

以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

僕はコロナのときにＡＣＰ結構広がったかなと思ったのですが、先生からするとまだまだだという感じなんですね。

○新田委員 いやいや、地域によって、先生大分違って、まず、猪口先生がいる場所とか、我々のところでは市民向けでも、いろいろやってるので、皆さんそれなりですけど、いざとなると、ＡＣＰ、何、持ってるのというのは、救急の先生方に言われるのが現実だろうなというふうに思っていますが、ということは、まだ元気な人があまりそういうことをしてないという話ですよ。

○猪口部会長 そうですね、元気な人までは行き着いてないかもしれないですね。

はい、ありがとうございます。

ほかに何か。

渡邊先生、どうぞ。

○渡邊委員 ありがとうございます。聞こえますか。

○猪口部会長 聞こえます。

○渡邊委員 今の会議を聞かせていただきまして、区西部でも、会議での話があったのを、ご報告という形で、それで、今あったように、新田先生のACPではないのですが、高齢者救急の中では、介護の問題や、家族がその病院で全てを終わらせていただきたいような形で、退院等についての理解が少ない。ACPだけではなくて、帰すに当たって、そういったものが少ないとかという話、そういうのがあったので、家族に対する高齢者というものの病院の機能をちゃんと知っていただくということは必要なんだろうなというふうに感じていました。

それと、ずっと、これ毎回出ているのですけれども、働き方改革があって、そして、夜間の救急その他等も、かなり病院のほうは大変になっているということで、それをどうしていくのかということが言われているのですけれども、なかなか人材がない、そして高齢者救急がはやって、どんどん増えていくと、やはり、MSWや看護師その他等の職種、高齢者救急が増えるので、各病棟に社会福祉士を配置したりとかして対応してるとかという病院がありました。そういった病院が、この人材不足で、さらに人材を増やして、それでなおかつ、病院が赤字だという話になって、土谷先生が言ったように、この話になって、いろいろと、何て言うんですか、将来を見据えるのもいいのですけれども、今の病院自身の経営とか、保険、仕組みをもう少し真剣に考えてもらわないと、病院が人員を必要とするけれども、人員をするだけのお金も何もないというのが皆さんのご意見で、やはり、今の病院経営自体が、非常に難しい状況、人員に対しても難しい状況になっているので、そういったことも含めて、人員の配置とか、それとか、保険とか、それとか介護に回すための施策とか、そういうものはほかの形で手当てしていただかないと病院は多分やっていけないし、地域医療も、それで、じゃあ、在宅に全部帰せばいいのかというと、そうも、認知症のひどい人ってほとんど在宅で暮らすのも非常に難しい状況でもあるので、在宅で医療することは簡単ですけど、介護ということを考えると、非常に、なかなか具体的な案が抜けていないというふうに思っていますので、今まで先ほど言ったように同じことをずっと同じ会議を、ちょっとここ数年間やっているような気がして、もう少し具体的な対策、その他等が欲しいというのがご意見でした。

以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

病院で最期まで見ろという、そういうところの啓蒙的な話というのは、確かにそのとおりだし、人が足りない、経営難というところを、我々病院の経営者の代弁をたくさんしていただきまして、どうもありがとうございます。確かに、ベンチマークで、医療連携室を作るとか、どうのこうのとかなうけど、その人はどうするのだとか、金銭はどうするのだという話は、ハードルばかり、どんどんどんどん上げてくれるけれども、その裏づけはないよというのは確かにありますよね。どうもありがとうございます。

石川先生、どうぞ。

○石川委員 人員の話が出ましたので、ちょっと、少し背景について皆さんにご覧いただ

きたいことがございます。今共有させていただいておりますけれども、東京都につきましては、いわゆる生産年齢人口、右緑色の部分に関しては、多くの圏域に関して2040年ないしは2050年程度まで横ばいだという状態になっております。ですので、恐らく現状ではあまり人が本当に減っているということというよりは、様々な職種の中で、医療に来てもらえるかどうかという競争と、それからあと、人件費の部分の問題が結構大きいのですが、少しご注意いただきたいのが、今後、南多摩と、それからあと、北多摩ですね、この二つの部分に関しましては、2030年以降、他の地域よりも早く団塊のジュニアの高齢化が起こりまして、結構65歳以上になっていく方が増えてこられます。なので、現状で2025年、あと数年程度は、もしかすると、全体としての50代60代の方ないしは40代から65歳の中高年齢層の労働力に関しては、他の地域はあまり気にならないかもしれないのですが、南多摩と北多摩はちょっとその他の地域よりも早めに、例えば、看護助手をしていただくであるとか、あるいは事務系のものであるとか、そういったものも含めて、中高年齢層の女性のところ、65歳で定年を切ると、非常に、他に先行して人手が不足してくるということがあるだろうというふうに思います。この点は、ちょっとこれから四、五年の中で注意を、この二つの圏域に関してはしていただけるといいかなというふうに考えております。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。こんな貴重な資料、先生、早くみんなに回してください。

みんなが共有できていればいいのになと思いました。

どうもありがとうございます。

人手は全体的に不足しない、減らないんだという話が今出て、だけど他業種に取られてしまうでしょうみたいな話が出て、あとは、医療の中でも、やっぱり人手が必要にどんどんなってるのですよね。これもまた大きな問題だと思います。

どうもありがとうございました。

では、そろそろ、ちょっと時間も過ぎてまいりましたけれども、何かここまでのところで、ぜひ一言しゃべりたいという、ご意見したいという方がいらっしゃったらどうぞ。

いらっしゃらなければ次に行こうかなというふうに思いますけれども、よろしいですか。

(「なし」の声あり)

○猪口部会長 では、次に(2)東京都地域医療構想の実現に向けた設定資料の達成状況の確認についてです。

保健医療計画では、地域医療構想の実現に向けた取組指標を設けています。本調整部会は地域医療構想の実現に向けた進捗確認をする場でもありまして、令和6年3月改定の保健医療計画における取組指標の進捗状況について事務局より説明いただき、意見交換を行いたいと思います。

それでは事務局からの資料の説明をお願いいたします。

○井床保健医療計画担当課長代理 それでは資料7を共有させていただきます。

資料7をお手元にお開きください。

地域医療構想の実現に向けた取組に対して保健医療計画の中では、二つの評価指標を設定しております。当調整部会では、毎年その達成状況を確認していただいております。今回は令和6年3月に改定をしました保健医療計画に関して、令和6年度実績を確認させていただくものでして、保健医療計画の改定後、初めての、今回は確認となります。

こちら一つ目の指標は、病院の退院調整部門の設置数と割合を増やす、上げるという目標について、こちら、策定時と比べまして、令和6年度実績は、割合としましては若干減少しているものの、数の増加が見られることから、こちら、達成状況「B」（概ね達成している）としたいと考えております。

二つ目の指標ですが、病床機能別の病床稼働率を上げるという目標としておりまして、こちら実績としましては、令和6年度病床機能報告に基づく令和5年度1年間分の医療機能別の数値をお示ししております。この達成状況の評価につきましては、新型コロナウイルス感染症流行後、医療機関を取り巻く環境が様々に変化していることから、新たな地域医療構想の策定に合わせまして、その指標の在り方を見直すべきとの昨年度の本調整部会の皆様からのご意見を踏まえまして、「－」（その他）としたいと考えております。

簡単ですが、説明は以上となります。よろしくお願いいたします。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

これについて、ご質問、ご意見ございましたらどうぞ。

説明においては妥当だなとは、この中ではそう判断するしかないかなと思ってるところがあるのですがけれども、これは、例えば、退院調整部門の設置に関して、何かインセンティブがついてるんですか。

ちょっと質問です。事務局に対する質問です。

○本間計画推進担当課長 これに対して回答したことによって何かインセンティブというものは特には。

○猪口部会長 いや、回答ではなくて、退院調整部門を設ける、病院の中に何か設けることによってインセンティブがつくということは特にはないんですか。

誰か、診療報酬詳しい人、いないよな。多分ないですね。例えば、こういうベンチマーク、こういうものを作ったとして、救命救急センターなんかだと、充実段階評価ということで、例えば何々を配置するとか、何々を用意するというと、取りあえず、インセンティブとして、ランクが上がる、ランクが上がるとその補助金が変わるみたいなどところがあるのですがけれども、何か、こういうものを広げようとするのだったら、啓蒙普及だけではなくて、そういうものをやるといいことあるよということ、多分こういう指標に対して成果がぐっと上がるような気がするのですがけれども、そういうことは特にやっていないのですね。

○本間計画推進担当課長 部門を設置しただけではなくて、ご案内のとおり、退院調整を行った場合のその実績に応じたその診療報酬上の加算が。

○猪口部会長 診療報酬上の加算があるのね。

○本間計画推進担当課長 はい。

○猪口部会長 では、それなりのインセンティブがないわけじゃないということですね。はい、分かりました。

これ、ご意見がなければ、このとおりで進めていくということでもいいんでしょうか。

保健医療計画の推進協議会のほうにこれを上げていくという形になりますが、それで皆さんよろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○猪口部会長 では、地域医療構想に関しては何となくBだったという、そういうイメージが上がるということでもいいんでしょうかね。

では、次に参りましょう。

それでは、報告事項ですね。今後の調整会議の進め方について、事務局より報告をお願いいたします。

○井床保健医療計画担当課長代理 それでは、資料8に基づきまして説明させていただきます。

資料8を共有させていただきます。

こちらの資料では、令和8年度、来年度に予定をしております新たな地域医療構想策定までの調整会議の進め方の案について、国の検討会等の動向も追記をしました内容にてご説明をさせていただきます。

上のところ、今後の進め方の1ポツ目、新たな構想に係る国のガイドライン策定、発出が今年度末以降と想定をされますので、それに先駆けて、都としては、これまでの取組の振り返りに基づく意見交換など、新たな構想策定を見据えた意見交換を進めてまいります。また、2ポツ目ですが、今回の調整会議では、都からの資料説明は事前に動画で配信する形と改めておりまして、またこれに限らず、今後とも調整会議の効率的な運営に改めていくとともに、この後、下のスケジュールにて具体的に説明いたしますが、実効性のある内容となるよう意見が施策に反映される仕組みを検討してまいりたいと考えております。

スケジュールをご覧ください。

こちら下段のほうで、国の動向を入れておりますが、ご案内のとおり、地域医療構想及び医療計画等に関する検討会が7月から新たに国のほうで立ち上がっております。会の目的といたしましては、新たな地域医療構想の具体的内容や地域医療構想及び医療計画の推進等について検討することと示されておりまして、親会であるこの検討会のほかに四つのワーキンググループが設置され、適宜議論がなされるとのことでございます。

検討会及びワーキンググループの議論を経て、令和7年度中に一定の取りまとめがな

され、新たな地域医療構想のガイドラインが発出される予定です。また現行の保健医療計画が、令和6年度から令和11年度までの6年間の計画となっておりまして、令和9年度からの現行計画の後期に向けた新たな医療計画指針も示される予定となっております。

これらの国の動きを踏まえまして、上段のほうの都の動き、こちらと赤い点線枠部分をご覧くださいければと思います。

まず、本調整部会、こちらについては、保健医療計画推進協議会の下に設置をされておりますが、来年度の新たな構想策定に際しましては、この調整部会を策定部会に改組するとともに、医療計画の中間見直し検討部会を別途設置いたしまして、それぞれ議論をしたいと考えております。それぞれの部会の構成員については、今後検討してお声がけさせていただく予定でございますが、こちらの構想の策定部会については、来年度10回程度実施することを予定しております。

次に、来年度の調整会議でございますが、開催時期や実施単位等は未定でございますが、例年の年2回の開催前に、臨時の調整会議、こちらを開催いたしまして、国の構想のガイドラインの内容に基づく新構想の概要ですとか、医療需要推計などの情報を早々にお伝えする機会を設けたいと考えております。

最後に、国の検討会の動向や、今回ご報告をいたしました調整会議でのご意見等は、庁内の関係部署とも共有をしております、これを踏まえて、今年度中から、各疾病事業の協議会等で、新たな構想や医療計画中間見直しに向けて必要な検討を開始していただくように、既にお願いをしているところでございます。

本日最初にご紹介したような調整会議における地域の意見が各疾病事業の協議会等にも速やかに共有されることで、地域の意見が少しでも施策に反映される仕掛けにしたいと考えております。来年度は、新たな構想と医療計画の中間見直しが重なり、部会や協議会などにご参画いただく皆様には大変なご負担をおかけすることになりますが、なるべく多くの意見を頂戴して、都民にとってよりよい構想・計画にしていきたいと考えておりますので、何とぞご協力のほどよろしくお願いいたします。

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。

ご質問、ご意見どうぞ。

要するに、今の検討会でガイドラインを作ってるのですがけれども、東京都としては、その動向を踏まえながら、来年度のスタートダッシュをよくしていこうというようなことをおっしゃっていたような気がします。最初に臨時の調整会議を行って皆さんに周知して、その後10回調整部会を行うというのは、もう大変なことなのですが、調整会議自体は、その臨時のものと、あと2回行う程度のもので、策定部会は10回ですから、結構大変だとは思いますが。

いかがですか。何かご質問とかご意見とかございますか。

これもつなぎ的に話をすると、僕はやっぱり検討部会を見てみますと、厚労省は人口の少ない、医療のなくなっていってしまいそうなところを何とか守ろうとするというような傾向が非常にあって、そこに対する書き込みは非常に多いんですね。多いんですが、大都市部分が先ほどの四つの医療機能の中で、どのように絡み合って、どういうふうにすみ分けて、どういうふうにやっていくんだというようなところはあまり考えてない。適宜考えましょうと、それぞれのところで考えましょうになってるのですよ。今のところね。だから非常に東京は、やっぱり我々が主体的に考えて、どういうものを作るんだということをその策定部会でいろいろ検討していく。もちろん調整会議のほうの意見を聞きながら進めていくというのはすごく大事なような印象を持っています。ちょっと、長く話しましたが、何か僕の言ったことも含めながらご意見をいただければと思いますけどどうでしょう。

土谷委員どうぞ。

- 土谷委員 私も同感というのは、どこに同感かという、やっぱり東京の独自性というところですね。ほかの道府県の病院をやっている人とも話しする機会はあるわけですが、やっぱり状況は全然違うんじゃないかなというふうに思います。東京独自で、東京の医療をよくするために大胆に調整会議の在り方というのは考えた方がいいと思います。以上です。

- 猪口部会長 ありがとうございます。

石川先生どうぞ。

- 石川委員 ありがとうございます。

もしかすると、東京に関しては、やはり、先ほど見ていただいた医療機関機能の中でも、高齢者の救急や在宅医療との連携機能というのは、二次医療圏をさらに細かく分けた地域別の議論が必要だということは、もう既に厚労省の中でも入ってきていると思います。ですので、今回検討していただく中で、もしかすると、構想の調整会議自体は、今の構想区域でやっていくと思うのですが、ぜひその中を、例えばの話なのですが、区単位できちんと、区政とも連携したような議論ができるような枠組みを考えていただければ、非常に今後、東京都の計画、構想が充実するのではないかなというふうに思っております。

- 猪口部会長 どうもありがとうございます。

新田先生どうぞ。

- 新田委員 今、ベンジャミン石川先生の言われるとおりで、当局の第8次在宅医療計画は区市町村を単位としているわけですね。だから、先ほど進藤先生でしたか、土谷先生ですね、小さい範囲と広い範囲と応用を利かして考えていくと、これは大変大切で、在宅医療って、地域包括と結び付けられるわけですから、やっぱり小さい区市町村ということになるのですが、そこでの救急となるとどうするのかという、区市町村から離れた高齢者って、やっぱり戻れないんですね、そこへ、地域に、という話も含めて、いかに

救急を考えるかということも、在宅の救急を考えるときに、やっぱり考えていかないといけないかなと思っています。今のお二人の意見に大賛成でございます。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

そうですね、高齢者の場合には区市町村という話はもう行政単位、介護福祉は行政単位で動いてますから、そこを外すわけにはなかなかいかないというのは、もう分かるところです。地域包括ケアは中学校区域とか、いろいろ言っているじゃないですか。あれって全国で言ってる中学校区域だから、東京の広さとそれから、全国の広さは違うんだなど、この前気がついただけけれども、東京の中学校区域は意外と狭いかもしれない、だから、区市町村をかなりきちんと意識したほうがいいですよ。

○新田委員 思います。

○猪口部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがですか。

(「なし」の声あり)

○猪口部会長 なければ、今後の会議の進め方は、今年度は最後の年だからあれで、来年度大変ですが、皆さんよろしく願いしますという感じかな。これでいいですかね。何かほかに事務局としてここを聞きたいとかいろいろ、大丈夫ですか。

では、少々ちょっと予定よりも早い状況ですけれども、ご意見も全部出たということで、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返しします。よろしくお願いします。

○本間計画推進担当課長 本日は活発なご議論いただきましてありがとうございました。

本日の議事録についてですが、委員の皆様事前に確認をいただきまして、修正などが必要な場合にはご連絡いただければと思います。

後日、資料と併せて東京都保健医療局のホームページに掲載をさせていただきます。

次回の地域医療構想調整部会ですが、来年1月以降に開催予定の第2回地域医療構想調整会議の開催の後に予定しております。開催時期が決まりましたら改めてご連絡いたします。

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。お忙しい中ご出席いただきましてありがとうございました。

(午後 7時09分 閉会)