

令和7年度第2回
東京都地域医療構想調整部会
会議録

令和8年3月26日
東京都保健医療局

(午後 5時00分 開会)

○本間課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから、令和7年度第2回東京都地域医療構想調整部会を開催いたします。

委員の皆様には、大変年度末のお忙しい中、ご出席をいただきまして御礼申し上げます。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の本間が進行を務めさせていただきます。

この会議はウェブ会議形式で行います。事前にお送りしておりますウェブ会議参加に当たっての注意点をご確認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。

次に、本日の配付資料につきましては、事前にメールでお送りさせていただいております。各自ご準備のほう、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、ご報告いたします。

本日は、事前に宮崎委員、酒井委員、進藤委員よりご欠席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の岡田先生と後藤先生、一橋大学の高久先生と陳先生にもご参加いただいております。なお、東京科学大学の後藤先生は、遅れての参加となります。

最後に、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、委員の発議により、出席委員の過半数で議決したときには、会議または会議録を非公開とすることができます。

お諮りいたしますけれども、本日につきましては、原則どおり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)

○本間課長 ご異議なしということで、ありがとうございます。

それでは、以降の進行を猪口部会長にお願いいたします。

○猪口部会長 皆さん、こんにちは。もう夕方で、相当疲れていらっしゃると思いますけれども、第2回の地域医療構想調整部会をこれから始めます。

もう年度末に来ておりますから、このメンバーの調整部会はこれが今年度、取りあえず最終となります。思う存分、皆さん、発言、言い残しのないように、よろしく願いいたします。

それでは、次第に従いまして進めてまいります。

最初の議事は、令和7年度第2回地域医療構想調整会議の開催結果です。事務局からお願いいたします。

○事務局 それでは、資料を共有してご説明させていただきます。

資料3-1を共有いたします。

こちらに、今年度第2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、北多摩西部の1月22日から島嶼の3月6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4点ございます。

1の在宅療養ワーキンググループの開催については後ほどご説明をいたしますが、各圏域の議論のまとめと、当該構想区域で挙がっていた意見をご報告いたしました。

2番の外来医療計画に関連する手続の提出状況については、資料3-2でまとめてございます。

こちら、外来医療計画に基づきまして、診療所の新規開設の際、地域医療への協力意向を確認する手続と、共同利用が可能な医療機器について設置・更新がある場合にご報告いただく手続がございます。それぞれ前回の調整会議以降に、新たにご提出をいただいた医療機関からの報告を調整会議でご確認いただきました。

①といたしまして、提出のあった全74医療機関から、地域医療への理解・協力について合意が得られたとともに、②といたしまして、5医療機関から、医療機器の共同利用計画が提出されたことについて、ご確認をいただいております。

また資料3-1に戻りますが、3番の地域医療に関する調査（中間報告）については、都内の病院を対象に実施をいたしました調査から、病院の経営状況に係る内容を先行して、昨年11月に中間報告として公表したことに関するご報告、また、4番の新たな地域医療構想、こちらについては、昨年7月から行われていた国の検討会の検討状況についてご報告をしております、この検討会の取りまとめが先週末に公表されておりますので、後ほど本調整部会の報告事項としてご説明をさせていただきます。

議事については5点ございます。

3番の地域医療支援病院の承認申請についてと、4番の病床機能再編支援事業、こちらについては該当の圏域のみで取り扱います、1番の紹介受診重点医療機関と、2番の2025年に向けた対応方針についての協議、また5番の新たな地域医療構想における医療機関機能についての意見交換については、全圏域共通でご議論をいただいたところでございます。

議事の詳細については、この後、順にご説明をさせていただきます。

調整会議の開催概要については以上となります。

○白井課長 続きまして、調整会議で協議いたしました地域医療支援病院の承認申請について、私、医療安全課長の白井からご報告させていただきます。

資料3-3をご覧ください。

地域医療支援病院の承認に当たりましては、医療法に基づき、あらかじめ東京都医療審議会の意見を聴くこととされておりますが、その前に、医療法施行規則等に基づき、当該病院が所在する二次医療圏の地域医療構想調整会議において協議することとされております。

今般、区西部の杏林大学医学部附属杉並病院、区西北部の医療法人社団明芳会板橋中

央総合病院、北多摩南部の地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立小児総合医療センターの3病院より申請があり、それぞれ圏域の調整会議において協議いただきました。

協議の状況でございますが、申請のあった3病院全てについて、各圏域の調整会議において了承されました。

説明は以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

今、資料3-3、事務局から説明がありましたように、地域医療支援病院の承認申請の内容については、当該圏域の調整会議で協議を行っておりますけれども、それをまとめておりますこの調整部会のほうでは、この地域医療支援病院の承認申請に関して、何かご意見ございますでしょうか。

基準がそろっているんですからね。これ、それだけ地元がノーと言っていないなら、これを進めないと、いろんなものが、我々病院というのは、こういう基準を満たしながら前に進んでいきますので、これが否定されるとなかなか大変になっちゃう。

特にないですか、意見は。

(「なし」の声あり)

○猪口部会長 では、意見がないということで進めさせていただきます。

では、続きまして、病床機能再編支援事業について、事務局より説明をお願いします。

○道傳課長 それでは、病床機能再編支援事業について、資料3-4に基づいてご説明をさせていただきます。

本事業ですが、病院または有床診療所が、地域の関係者間の合意の上で、地域医療構想に即した病床機能再編を実施する場合に、減少する病床数に応じた給付金を支給するものとなっております。

医療機関から申請がありましたら、当該圏域の調整会議の議論の内容及び東京都医療審議会等の意見を踏まえた上で、給付金の支給決定をいたします。

本事業は、三つの事業で構成されております。

一つ目が、単独支援給付金支給事業ということで、医療機関が単独で、現在稼働している病床を10%以上削減した場合に、病床稼働率に応じて給付金を支給いたします。

二つ目が、統合支援給付金支給事業でございます。医療機関が統合し、現在稼働している病床を10%以上削減した際に、給付金を支給いたします。1床当たりの単価については、単独支援給付金支給事業と同様となっております。

次いで、三つ目が、債務整理支援給付金支給事業となっております。病院を統合した際に、廃止となる病院の債務を返済するために、承継病院が金融機関から新たに受けた融資の利子に対して支給をいたします。

それでは、資料の3-5をご覧ください。

今年度は、区西部保健医療圏の河北総合病院から申請がございました。本施設は杉並区に所在する病院で、事業種別は統合支援給付金支給事業となっております。旧河北総

合病院と河北総合病院分院を統合しまして、病床を計407床から計353床に、54床削減する計画となっております。

こちらにつきましては、2月5日の区西部の地域医療構想調整会議でご審議をいただきまして、特段ご意見なく、了承をいただいております。

ご説明は以上です。よろしくお願いたします。

○猪口部会長 ありがとうございます。

一応念のためとして、これは今厚労省が進めている1ベッド当たり410万円の病床数適正化支援事業、これとは違って、以前からずっと行っているものということですのでよろしいですね。

○道傳課長 おっしゃるとおりです。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

この今年度病床機能再編支援事業の申請の受付を行い、医療機関からの申請の内容について、当該圏域では調整会議の中で意見聴取を行っております。このことについて、先ほどと同様に、この調整部会として何か意見がございますでしょうか。

(「なし」の声あり)

○猪口部会長 ないということで進めてよろしいですか。では、ありがとうございます。

続きまして、その他調整会議での意見交換会等の内容について、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、資料3-6で諸説明をさせていただきます。

資料共有いたします。

こちら、まず、1点目の紹介受診重点医療機関についてですが、こちらは令和7年度の外来機能報告に基づきまして、令和8年度に紹介受診重点医療機関と位置づける医療機関について協議をいたしました。

こちらに示しております都の協議方針と協議方針に基づいた8年度に紹介受診重点医療機関とする医療機関について、全圏域で協議が調っております。協議が調いました全部で101の医療機関については、こちらの資料の5ページ以降に記載をしております。

次に、2番の2025年に向けた対応方針についてですが、こちら資料3も併せてご覧いただければと思います。

本件は、国の通知に基づきまして、各医療機関から将来の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。

医療法施行規則の一部を改正する省令がこちら施行されまして、新たな地域医療構想を策定するまでの間、現行の地域医療構想の取組について、2026年度も継続することとされたことから、将来の役割や機能については、2026年7月1日予定の内容にて各医療機関から伺っているところでございます。

今年度第2回目の調整会議では、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、全ての圏域にて合意をいただいているところでございます。

次のページに行きまして、3点目ですが、こちら、東京の特性を踏まえた医療機関機能についてということで、各圏域で、こちらの概要にお示ししている観点から、意見交換を行っていただいております。

こちら、都から提示をした論点に沿って、以下に主な意見をまとめております。

幾つかご紹介をさせていただきますと、一つ目、特に強化すべき医療機関機能など、考慮すべき都や各区域特有の実情に関連しまして、大学病院等は三次救急に特化すべきであり、そのために、機能分担の情報共有・経営面の配慮・患者・家族への理解が必要、療養型が不足、昼夜で対応可能な医療内容が異なる場合もあるため、地域ごとの疾患別夜間対応の整理なども必要などの意見がございました。

次のページに移りますが、医療機関機能ごとの受入患者像（基礎疾患・介護度・ACPなど）、こちらに関連した意見といたしまして、高齢者救急は軽症例も多く、一般救急病院がファーストタッチを担って、必要時のみ上り搬送する仕組みが重要。

誤嚥性肺炎や尿路感染症など、地域で対応可能な例は救急隊任せにせず、搬送ルールを事前に定め、在宅復帰や施設入所まで見据えて地ケア病棟等へつなぐ運用が重要といった意見がございました。

また、続いて、4ページ目に移りますけれども、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、こちらに関連した意見といたしまして、超高齢者の三次救急搬送増でICUが逼迫しているため、高度急性期が不要な症例は早期に下り搬送するなど役割分担を進める必要、重症でも侵襲的治療を望まない高齢者を、みとりを含め受け継げる転院先が不足しており、バトンタッチの在り方を整理すべき。

また、救急隊による搬送時の振り分けにはACPが不可欠であり、脳卒中のような救急隊が分かりやすい仕組みづくりが必要などの意見がございました。

また、資料3-8といたしまして、こちら、ただいまご説明を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、こちらも併せてご覧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 ありがとうございます。

調整会議の座長として会議に参加された藤田委員、それから田村委員から、先ほどの事務局の報告に加えて、実際に会を取りまとめた感想やご意見等をいただけますでしょうか。

まず、藤田委員からお願いいたします。

○藤田委員 区中央部を担当しております藤田です。よろしく申し上げます。

高齢者救急などの医療連携に関しては、オンラインの年2回の会合で全てを決めるのはなかなか難しいので、分科会や協議の場を別に設けているという圏域もありました。

また、都から提示されたスキームについては、医療機関経営が逼迫し、医療人材の確保に苦慮している現状から、どのような財政支援が得られるのか、あるいは診療報酬がどのように設定されるのか、医療機関の関心がありました。

トリアージに関しましては、トリアージ、また、安定した患者さんについての転院についてのルールづくりと運営に関して懸念を抱いている医療機関が多いです。その一つの対策として、ACPの一層の推進が鍵になるのではないかと考えているという意見が数多く寄せられました。

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。

では、田村委員、お願いいたします。

○田村委員 南多摩座長をしております田村です。

ここの議論で、まず東京都がたたき台を出してくれました。高次救急、高次機能の病院はそれにふさわしい患者を診るべきで、高齢者救急はそこに集まると困ると、難しいということなのですが、高度医療をやる機関病院のほうから、実際に来てしまった患者さんをトリアージのように振り分けるといのは実際難しくて。

これがうまく機能するか大変心配であるということと、それから、実際、現状では、病床稼働率が南多摩の場合、どの病院も非常に下がりぎみで、各病院は経営をかけて、患者さんの受入れというのは非常に積極的にしていますので、現状ではそういう上り・下りの搬送をしながら役割を果たしていくという環境は、ちょっと今はあまり整備されていないというような話がありました。

それから、もう一つは、この調整会議の想定した議題からちょっと外れるかもしれませんがけれども、在宅をやっている先生から、最近金銭的な問題で、お金がないから診療を受けられないということで、医療者が診療の継続をしようとしても、それができないという非常に深刻な問題があるということ、そういう指摘がありました。

これは私自身も在宅をやっているものですから、その実感を共有するんですけども、そういう大きな問題があるなということも多く参加者から共感を得たという部分があります。

それと、南多摩の場合は、南多摩5市、非常にちょっと一つではなくて、いろいろ分かれていますので、それを一体として運用するためには、それぞれの市、5市ありますけれども、そういった連携の推進を行政も入って進めないと、なかなか医療圏としての機能が議論できないというような、そんな指摘もありました。

以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

お二人に続けて、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の報告を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をお願いします。

まずは、東京科学大学の後藤先生、よろしく申し上げます。

○後藤委員 お願いします。ただいま共有されていますでしょうか。

○猪口部会長 はい、共有されています。よろしく申し上げます。

○後藤委員 東京科学大学の後藤です。

今回の調整会議の総括につきまして、本日は大きく二つの構成でお話しさせていただければと思います。

まず、各圏域で実施された意見交換会において挙げられた論点を六つの観点から整理いたします。

続いて、新たな地域医療に向けた医療機関機能の最適化の方向性に関連して参考となるデータとして、後期高齢者の三次医療機関入院状況に関する分析結果を報告させていただきます。

各圏域の意見交換会における論点に関して、一つ目は、入院ルートの整理とトリアージ体制についてです。

主な課題として3点挙げられました。

1点目は、救急トリアージの困難性です。二次・三次トリアージの段階や担い手が必ずしも明確ではなく、特に専門診療科の境界領域や中等症患者への対応において判断が難しいというケースがあるという指摘がありました。

また、高齢患者の場合、年齢のみではなく、生活機能や社会的背景も踏まえた判断が必要であるという点が挙げられております。

第2に、患者意向と医療資源の乖離です。高度医療機関の役割と複数疾患の一括管理や利便性を求める患者・家族の要望との間にミスマッチが生じているという点です。

第3に、ACPの実装の不足です。本人や家族の納得感を重視した意思決定支援のプロセスが十分に整備されていないという課題が指摘されました。

対応策としては、入院ルートの整備と限られた病床資源を地域で共有するための議論を並行して進めること、また、消防、医師会、医療機関、行政などの関係者が連携し、搬送ルールやトリアージガイドの整備を検討することが提案されておりました。

また、市民の受療行動の特性を踏まえた啓発や、かかりつけ機能の強化も重要とされております。

2点目は、急性期拠点機能の役割整理と後方連携についてです。

課題としては、まず高度急性期機能の意義と経営のジレンマが挙げられました。三次機能への特化を目指す一方で、稼働率の維持や地域の事情により、一次・二次救急を受け入れざるを得ない現状が指摘されています。

また、早期の後方転院を進める上では、診療報酬上のインセンティブの不足や時間外の受入体制、家族・患者心理抵抗感などが課題として挙げられました。

対応策としては、救急受入の評価について、件数だけではなく、トリアージの適切さや後方連携の質も含めた多角的な指標を検討すること、また、三次医療機関でトリアー

ジを行った後、数日以内に後方転院できるような仕組みを地域全体で構築することが提案されておりました。

3点目は、高齢者救急・地域急性期機能の受入体制です。

課題として、受入判断が医師個人や診療科ごとの判断に依存しているという傾向があり、組織としての受入ルールが十分に整備されていない点が挙げられました。

また、夜間や休日のマンパワー不足や検査体制の制約など、リソース面での課題も共有されております。

さらに、専門に特化した病院や小規模病院では、他疾患併存の高齢者に対する総合的な管理が難しいという制限もあります。

対応策として、各病院の対応可能な疾患や処置内容を共有し、受入能力を可視化すること、また、総合診療機能を強化すること、さらに、急変時には急性期拠点機能へ逆紹介できるバックアップ体制を整備することなどが提案されております。

4点目は、回復期及び慢性期機能に関してです。

回復期リハビリ病棟では、施設基準の影響により、リハビリが必要な患者を全て受け入れることが難しいという構造的な制約があると指摘されておりました。

また、回復期入院中の病状悪化時に、急性期病院へ戻るというルールが明確でないため、転院調整が難航するケースも見受けられます。

さらに、医療療養病床や介護施設の待機期間の長期化により、急性期や回復期からの転出が滞るといった問題も指摘されておりました。

対応策として、急変時に急性期病院が優先受入するような双方向連携のルールの整備や、医療依存度の高い患者に対応できる慢性期機能の確保、介護医療院や老健を含めた地域の受皿整備が提案されております。

5点目は、在宅管理と地域包括ケアです。

複数医療機関の受入れや入退院に伴い、主治医機能が曖昧になること、また、独居や認知症などの社会的課題を抱える患者が増加しており、入退院の調整が難しいケースが増えていることが課題として挙げられました。

さらに、医療と介護の情報共有の不足や、医療圏と市町村という行政単位の違いによる連携の難しさも指摘されております。

対応策としては、かかりつけ機能の強化とACPの推進、入院早期からケアマネジャーや地域包括支援センターとの情報共有、そして医療と介護の情報を横断的に共有できる基盤整備などが提案されております。

最後に、連携体制とデータ基盤に関してです。

病院間の協議体や連絡窓口が複数存在していることで、実効的な連携方針の決定が難しいという点が課題として挙げられておりました。

また、地域全体の病床稼働状況や患者流入出などの実態について、包括的・俯瞰的にデータ把握できるような状況が十分に整っていないという問題もあります。

対応策として、二次医療圏や自治体単位での実務者ワーキンググループの設置や、各病院の受入状況を共有するプラットフォームの整備、そしてデータに基づく広域連携の検討が重要と考えられます。

これらの議論を踏まえ、新たな地域医療構想に向けた医療機関機能の最適化においては、特に次の二つの方向性が重要ではないかと考えます。

第1に、急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能の役割分担を明確化することです。年齢や要介護度、疾患特性、手術や処置の有無などを踏まえた客観的な指標の整理に向け、継続的な協議を進める必要があると考えます。

第2に、円滑な後方連携に向けた運用フローの検討です。急性期拠点病院へ搬送された場合に、トリアージの結果、後方連携先での管理が可能であると判断された症例については、数日以内に転院できるような地域一体型の仕組みを検討することが重要と考えます。

これらの整理を踏まえて、実態把握の事例として、こちらに居住圏ごとに後期高齢者の三次医療機関入院率について分析しましたので、結果を報告します。

画像上のデータは少し細かいので、お手元の資料でご確認いただければと思いますが、こちらは、2022年6月から2024年5月までの2年間のKDBデータのDPC入院レセプトを用いて分析を行っております。

患者の居住圏域別に、後期高齢者の入院の上位三疾患である肺炎、心不全、骨折の疾患を対象として、85歳以上かそれ未満か、要介護度3から5か否かというような患者背景と、肺炎であれば人工呼吸器管理、心不全や骨折であれば手術の有無というところで処置の項目を設けて、三次医療機関への入院率を評価いたしました。

背景色のうち、オレンジの箇所に関しては、項目ごとに三次医療機関への入院率が高い上位6圏域を示しており、特に上位3圏域に関しては、濃いオレンジで示しております。

背景がピンクの項目に関しては、三次医療機関における処置、人工呼吸器あるいは手術の実施率が、三次医療機関以外と比べて10%以上高い圏域を示しております。

一方、ブルーの背景箇所に関しては、三次医療機関での処置の実施率が、三次医療機関以外と同等以下であるような圏域を示しております。

疾患別の観点から申しますと、肺炎・誤嚥性肺炎に関しては、全体的に侵襲的な治療を控えるといった傾向が強く、三次医療機関であっても、区東北部を除いて、人工呼吸器の使用率は10%未満と低い水準でありました。

このことから、三次医療機関は高度な集中治療のみならず、重篤な合併症管理や地域における入院需要の受皿としての機能も一定程度担っているという可能性が示唆されます。

次に心不全に関してですが、年齢や要介護度が上昇しても、手術の実施率の著明な低下というものは見られませんでした。特に三次医療機関で手術実施率は高い傾向が見ら

れており、心不全の増悪に対する専門的治療のニーズというものは、患者背景にかかわらず高いことが示唆されます。

また、骨折に関しましては、全体として手術の実施率が高いものの、要介護度が高い層において、三次医療機関の手術実施率が、三次医療機関以外に比べて低くなるというような圏域が散見されました。

これは、三次医療機関が、重篤な合併症を抱えた症例や厳密な周術期管理を要するような高リスクの症例を受け入れるために、相対的に手術率が低くなっているという可能性が考えられます。

患者背景に関して申しますと、肺炎や心不全では、85歳以上や要介護度3から5の区分で、三次医療機関入院率というものは低下するような傾向が見られました。

特に要介護3から5の層では、入院率が最も低くなるといった圏域が多く、要介護度が三次医療機関入院の判断に影響する指標の一つではないかと考えます。今後は、年齢と要介護度を組み合わせたような評価も必要かと考えております。

地域の特性としては、区中央部や北多摩南部など、圏域内に三次医療機関が複数存在する圏域では、その三次医療機関入院率が高いといった傾向が見られました。

一方、西多摩や島嶼などの医療資源が限定される地域では、特定の三次医療機関に集約される搬送ルートが形成されているため、三次医療機関への入院率が比較的高い水準であるといったことが考えられます。

今後は、重症疾患の重症度や多疾患併存の影響、入院経路の精緻化を進めていって、データの精度向上を図っていきたいと考えております。また、本日ご提示した内容以外にも、何かトリアージの可視化につながるデータ項目についてご意見がありましたら、いただけますと幸いです。

ご清聴ありがとうございました。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。

各圏域のところの調整会議を聞いていて、話をまとめていくのは難しいんですけども、先生、本当にまとめていただきまして、どうもありがとうございます。最後の表もいろいろ示唆に富むもので、本当に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からお願いしたいと思います。よろしく願いします。

○高久委員 よろしく願いします。そちらで共有していただいていたのでしょうか。何かたまに遠くなってしまって、あれなんですけど。

○事務局 大丈夫です。

○高久委員 おめくりください。

後藤先生のほうからかなり包括的におまとめいただいたので、私からは1点だけなんですけれども。

東京のモデルということで、高齢者救急はいろんな病院でファーストタッチはできる

ので、取りあえず受けて、それで必要があれば転院搬送するということが東京のモデルとしていいんじゃないかということが少し話し合われているんですけども、これ、地域医療構想全体でも、高齢者救急はいろんな病院で対応できるよねというのが、厚労省の中でも前提としてあるということだと思います。

さはさりなんとて、高齢者救急は、医学的にはもちろんいろんな病院で対処できるのでしょうけれども、人材がいないとやっぱりどうにもうまくいかないとか、そういうこともやっぱり制約としてあるのかなと思っております。

なので、都庁のほうから救急の応需のデータを病院ごとにいただいておりますので、それと人材の関係なんかについて、どういう関係が今見られるのかということのを少し報告するという事です。

おめくりください。

幾つかの圏域では、議論にもなっておりましたけれども、東京の特性を踏まえた医療機関機能についてというところでも、赤字で囲ったところですが、医療・介護の人材不足の傾向は今後も顕著であるとか不足が懸念されるというのは、少し強調されているところなんだと。

いろんな仕組みを考える際にも、そういうことがいわゆる制約条件に今後なっていくようなことは十分に考えられるのかなというふうに考えております。

おめくりください。

人口10万人当たり就業の看護師数なんかは、2010年と2020年でこんなふうにプロットしておりますけれども、それほど多いものではないと。

おめくりください。

若い人口が多いので、人口で割ると少し割り過ぎなんじゃないかということがございますので、65歳以上人口で割ってみますと、大体東京は全ての都道府県の中で中位ぐらいに今あるんだと。

ただ、75歳以上人口は、ほかの都道府県は減りますけれども、東京はまだまだ増えていくことですので、相対的に不足感が緩和されるということはちょっと考えにくいような状況なんじゃないかということです。

おめくりください。

ですので、高齢者救急もこれから増えますので、どうやったら応需できるのか……

○猪口部会長 高久先生、固まりました。

○高久委員 大丈夫でしょうか。すみません。ちょっとこちらの電波の都合だと思いますけれども。

○猪口部会長 このページから聞こえなくなりました。

どうぞ、続けてお願いします。

○高久委員 応需率40%ぐらいの病院が、分布を見ると多いのかなということです。

おめくりください。

単純に相関を見ますと、病床当たりの看護師数と救急の年間の受入件数であったり、それから応需率、右側の図ですけれども、これはかなり、特に応需率についてはきれいな正の相関がありますので、病床当たりに看護師が採用できているところほど、より応需できると。

応需率、差も10%からそれ以上ぐらいありますので、少し無視できない差だというふうに考えられます。

おめくりください。

医師数なんかについても見ております。

おめくりください。

いろんな要因の中で、どんな要因が統計的に有意に効いているのかということで、いろんなDPC病院であるとか、三次救急かどうか、それから地域医療支援病院であるかどうかなんていう変数も加えておりますけれども、統計的に頑健に有意になるのが、やはり看護師の数なんかは、信頼区間がゼロをまたいでプラスですので、これはかなり応需率ないし搬送の決定要因になっている可能性があるということです。

おめくりください。

人材がやっぱり不足していると、なかなか医学的には応需できることではあっても、実際には受けられなかったりすることもございますので、そうすると、いかに看護師が東京都内でうまく採用できるであるとか、人材の紹介の会社の話もちよっと出ておりましたけれども、そういう話であるとか、それから、二次救とそうじゃないところの線引きみたいなのところも、少しやっているような市もあります。

例えば仙台市だと、救急の受入病院と後方の病院というのをもう少し明確にルール化して分けた方がいいんじゃないか。そうすると、救急の受入れの病院のほうに人材をより集めたりもしやすくなりますので。

そうすると、都全体の人材の不足感も緩和されて、高齢者救急、まさにファーストタッチがよりうまくできるようになるんじゃないかとか、そういう考え方もないわけではないので、少し考え方の整理を今後すると、なおよいんじゃないかなということでございます。

私からは以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

ただいま説明のあった調整会議での意見交換の内容について、これからちょっと意見交換、ご意見があればお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

土谷先生かな、手が挙がっているのは。東京都医師会の土谷先生、お願いします。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。

今回、議論のテーマの中心は、高齢者救急、高次機能病院との役割分担ということでした。

全体的に通して聞いてみると、役割分担が進むような議論が進んだかと言われると、

あまり進まなかったかなと思います。つまり、議論は深まらなかった印象があります。

それぞれの座長の先生、アドバイザーの先生からのご意見ありましたが、例えば三次救の病院が三次救に注力できるかという、病院の経営等を考えるとなかなか難しいところもあるかもしれませんし、あるいは救急車の台数がほぼ病院の評価の指標になりつつありますので。

今までもなっていたかもしれませんが、もっと強く病院評価の指標になり得るので、そういった点で、なかなか高度救急センターがそれを中心にやっていくというのは、病院経営の観点からもなかなか難しいところがあるのかなと思います。

ですので、仕組みとしてやっぱりつくっていかないと、そういった役割分担というのは進まないんじゃないかと思いました。

私からは以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

ほかに、山口委員ですね。山口委員、どうぞ。

○山口委員 ありがとうございます。

私、患者の立場で活動していますので、今様々な課題をお聞きしていると、やはり圧倒的に都民側のいろんな課題についての理解が追いついていないんじゃないかなと感じながらお聞きしていました。

特に、上り下りの話がありましたけれども、やはりこれは不満を持ちやすいところですので、どういうときにどういう医療機関が必要で、そういう移動しなければいけないということについての理解を深めていく必要があるのではないかと思います。

特に、かかりつけ医機能について推進していくとか、ACPの推進という話があったんですけども、これ、特に医療機能の分化、そういったことの意味も含めて、東京都は都民の人口が多いですし、該当する高齢者の方も非常に人数が多いので、これをどうやって浸透していくのかということが大きな課題ではないかと思っています。

一つ、かかりつけ医機能の推進なんですけれども、ナビイという、国がやっている、今までは各都道府県で出していた医療情報ネット、これを令和6年から国で統一したんですけれども、そこでかかりつけ医機能の公表が今年から始まると聞いています。

ところが、今日、厚労省の会議、午前中に私が出た会議で、医療法上、年に1回機能報告するというのが義務になっているんですけども、全国平均で72.4%しか報告はできていない（その後修正された数字が出ています）。100%の県もあるんですけども、東京都で見ますと、78.9%なんです。

一番低いところ、沖縄で11.1%という、とんでもなく低いところもあるんですけども、これ、やはりかかりつけ医機能を都民がしっかりと情報を得ていくという意味では、もう少しやっぱり報告率を上げないといけないんじゃないかと思いますので、東京都としては、そういったところが報告できていないのかということを中心にきちんと精査して、推進していただく必要があるのではないかと思います。

それから、もう一つ、ACPなんですけれども、これは2024年度の診療報酬改定の中で、入院の通則の中に、患者の意思決定のプロセスをきちんと指針をつくるというようなことが位置づけられてから、非常に荒っぽいACPをやる病院が増えています。

聞くとところによると、大きな病院ですけれども、がんと診断されたら、一定のアンケートを配布して、それに基づいて全く初対面のナースが患者と話をすることをACPと言っている。

そんなことをやっていると、とてもじゃないですけれども、先ほどからあったACPの患者側の納得感というのが得られないと思いますので、ACPの必要性も含めて、どうやって都民に周知していくのか、ここもきちんと考えていかないといけないところではないかと思いました。

すみません、ちょっと長くなりました。以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。大事なお話。

次は、内藤委員ですね。お願いします。

○内藤委員 ありがとうございます。内藤病院の内藤です。

私も、今、山口委員がおっしゃっていたと同じように、これ、医療の制度というか仕組みをやはり都民の側が、皆さんがある程度しっかり理解していただくということが、まずは一つ必要なことと。

それを理解して利用する、利用といいますか、うまく使うためには、やはり自分たちがどうしたいか。つまり、ACPと言っていいのかもしれないけれども、そのところをしっかりとご自分の中で覚悟というか決めておかなければ、その制度の中でどのようにうまく自分たちが制度を使えるのかというのは、ちょっと難しいんじゃないかなというふうに思います。

一つ、あと、それからACPという言葉がよく出てきますけど、本来ACPというのは、もっとお元気なときから自分はどうしたいかということをみんなで話し合うという、そういう、またそのプロセスが大切ということなのですが。

救急の現場においては、例えばですけれども、高齢者施設に入所しているときに、自分たちはもう積極的な治療は望まないという話になっても、よくあるのは、いざ急に具合が悪くなると、大きな病院に連れて行ってほしいといったような話になってしまっ。

そこら辺のところのところがしっかりとご自分たちの覚悟といいますか、そういったようなものがまず一つできていないという意味では、どこに行っても不満足になってしまうのではないかなという意味では、やっぱり覚悟というのが絶対必要かなというふうには思っています。

そういうことは、例えばうちも地域包括ケア病床をやっておりますけれども、大学病院からこちらのほうに受け入れて、じゃあ自宅に戻りましょう。それとも施設に行きましようかという話になったときに、病状的に全く合わない希望が出てしまって調整ができなかったりとか。

場合によっては、当院地域包括ケアは、大体普通40日、60日が一つの入院の目安なんですけれども、それをはるかに超えてしまうような形であって、なかなか制度の中で皆さんご自分の希望とか、あっちの療養型は気に入らないからこっちをもう一回見てみたいとか。

そういうものの本当に制度というもの自体をしっかりと知っていただく必要性が私としてはあるので、我々ばかりが、医療側が一生懸命対応を考えても非常に難しいのではないのかなと思っております。

長くなりました。以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

ACPの問題だけではなくて、こういういろいろな地域医療構想でやっているようなこの仕組み自体を理解してくれと、してもらい必要があるということですよね。

○内藤委員 そうです。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

では、続いて、横田委員ですかね。よろしくお願いします。

○横田委員 横田です。どうもありがとうございます。

後藤先生に質問したいのですが、一番最後の資料に各医療圏における三次救急の疾患ごとの役割のような表がありました。それぞれ医療圏によって、三次救急の役割というのが大分違うというのがこれでよく分かりました。その理由の一つとして三次救急施設の密度の話がされていましたが、確かにそのようにも思います。

例えて言うと、区中央部は三次救急医療施設がたくさんあります。区東部は1施設しかなかったと思います。しかし、例えば区西部も三次救急医療施設がたくさんあると思うのですが、密度だけではなくて、ほかの要因もあるのかなと、この表を見て思うのですが、その辺は先生のお立場から何か示唆するようなことはありますでしょうか。

○猪口部会長 後藤先生、すみません、よろしくお願いします。

○後藤委員 ありがとうございます。

今おっしゃっていただいたように、密度だけではなくて、そのほかの役割を担う病院がそこにあるかどうかといった、外的な事情とかにもよるかと思います。

三次に寄ってくる患者もいれば、その他の方が適正で受入れがちゃんとできているところもあります。区中央部は、三次は多いが、高齢者を受け入れることに関しては、外に頼っているといったところがマッピング上は見えていたので、区西部とは事情が違うのかなといったところはおっしゃるとおりだと思います。

その何が判断のポイントになるのか、次の深掘りする視点に関しては今検討中で、さらに今のデータは粗いものではあるので、そこに多疾患併存が影響していて、頼らざるを得ないのかなとか、何がそのキーになっているのかというのは精緻化していく必要があるし、二次医療圏別に区切って考える必要もあるのか、といったところは議論しておりますので、またそこに関してご報告できることがあれば提示させていただきたく思っ

ております。

○横田委員 ありがとうございます。大変勉強になりました。

これはD P Cのデータで、施設ごとで、施設の診療科ごとも考慮したデータなのでしょうか。

○後藤委員 いえ、三次医療機関入院というところに関しては、東京都救命救急センターを持っている、28か所の指定病院への全入院を見ております。

○横田委員 病院全体ということですね。

○後藤委員 そうです。なので、救急入院も一般入院もというのが含まれてしまうのは、すごく難点だと思っております。

○横田委員 分かりました。ありがとうございます。

○猪口部会長 会場のほうに新田委員が、今の件について関連で。

では、よろしく申し上げます。

○新田委員 関連の質問でございますが、この高齢者救急の中の三次医療機関の調査の中で、85歳以上と、そして要介護3から5という中で、そこで三次救急入院というこの調査なのですが、実際にこの方たちにとって必要なのは、中小病院の中の役割の急性期対応だというふうに私は思っているんですね。

ここで三次救急の人工呼吸等々の話しは、85歳以上、要介護3から5の急性期対応をどのような医療を行うかであり、その為には課題に対して、都民意識、医療の受療の都民意識の問題ということに対応しない限り難しく、その中で入院ルートの整理とトリアージ体制の構築は、大切な話です。

救急トリアージの困難性、二次・三次のトリアージ、特に担い手とかいう話と、そこで年齢のみにかかわらず、生活機能や社会背景を考慮した判断が必要となります。これは正しい、非常にすてきな言葉だと思うのですが、三次救急等の調査とのギャップがあります。

だから、先ほど土谷先生が言われたこの機能分化に対して、まだまだできてないなという思いがあります。

結果として、そこは患者家族の意向と医療資源の乖離があって、そういうことがこの調査を含めて、恐らく三次救急だけの調査でなくて、ほかの調査があると思いますので、その辺りのところをまたあれば、教えていただければというふうに思っています。

○猪口部会長 ご希望ということで。

この件は、座長の僕が言うのも何なんですけど、多分今の救急体制というのは直近選定で、その現場のところから近いところから救急車は医療機関を選びますので、その中における、先ほどの密度という話がありましたけど、三次救急と二次救急病院のその密度差というのは結構影響していると僕は思っています、これを見て。

例えば、西部のほうの話が先ほど出ましたけど、西部は中野、それから杉並区があって、そちらのほうは三次救急の密度が低いんですよ。だから、西部全体として見れば、

二次救急、三次救急の密度比が一般的なところになってしまうんだけど、区中央部は三次救急の密度比が高いし、それから西多摩だとか、多摩のほうもそういうところがあるのではないかと、僕の見解はそう思いながら見ていました。

だから、区中央部は多過ぎて、そして西多摩だとかは医療機関全体が少ないので、力の強い青梅、青梅市民のほうに集まっているんだらうと。そんな感覚で見えていたもので、一参考意見として聞いていただければと思います。すみません。

では、その次は、田村委員でいいですか。田村委員、どうぞよろしくお願いします。

○田村委員 この件を聞いていて、やっぱり私たち医療機関側の見解でずっと議論してまして、山口委員から、患者さんの視点からちょっとついていけないところもあるというふうなご意見があったと思うんですけども、実際にこういう人たちの意向というのは、どこの病院に入院してもらうのがいいかとかいうことにとっても大きな影響を持っています。

今の実際に高齢者救急でどこの病院に行くのが適正かという議論なんですけれども、患者さんが直接救急車を呼んでこの病院に行きたいとか、そういう場合以外に、実際に在宅で関わっている患者さんが、具合悪くなってどこに入院するかというときには、訪問看護師とかケアマネジャーとか、そういう人たちが、どこが適正と考えるかというのは非常に大きな影響があると思います。

私の経験でも、実際に高齢の方でちょっと具合が悪くなって、地域の包括ケア病棟をやっているような病院がどこか空いてないかなと思って一生懸命に病院探しをしているのですが、ケアマネが、いや、多摩総だったらすぐに受けてもらえるから、ぜひそこに当たりたいとか、多摩総はご存じのとおり、地域の高度医療をやる機関病院ですけれども、そういう人たちが、今ここで議論しているようなことについて、全く意識を共有していない。

ですから、ここで結論を出して、それを下に下ろしていくという発想では、実際になかなかうまくいかなくとも思いますし、そういう人たちがどう考えて動いているのかということをごどこかで吸い上げながら議論をしていかないと、調整会議の議論というのは、なかなか上滑りのまま推移してしまうような危惧をちょっと感じました。

感想です。以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

これもちょっと口挟んであれなのですが、実は多分患者さんがここに行ってくれ以外のところを選ぶのは、実際は救急隊です。救急隊が搬送先を選定して、その選定基準は、MCがいろいろ決めているものに従いながら決めているんですね。

だから、今度の新たな地域医療構想は、役割分担で高齢者救急とかこういう話が出てきているのは、きちんと地域のMCと共有しましょうという話になっています。MCが判断をして、どこに連れていくかということ、ACPがあるなしだとか何だとかは、それでも今先生がおっしゃったように、多摩総が簡単だから受けてくれるからという、そ

うという判断を救急隊がするようじゃいけないんです。

今後、地域医療構想で考えていることをMCと共有しながら進めていきたいと思いますというのが、今考えられていることです。だから、もちろんそこに患者の皆さんとか市民の皆さんが入るのも当然の話です。そういう方向性で進んでおりますので、一応紹介しておきます。ありがとうございます。

ほか、いかがでしょう。ちょっと進行遅れているかな。

一応ここまで、これまでの会議の議論については終了させていただいて、次に、令和7年度在宅療養ワーキンググループの開催結果です。

それでは、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 ありがとうございます。

それでは、資料の4-1をご覧ください。

こちらに、今年度の地域医療構想調整会議、在宅療養ワーキンググループの開催概要をまとめております。

左側に記載のとおり、昨年10月以降、全圏域におきまして実施したところでございます。

今年度の意見交換の内容は右側に記載のとおりで、議題として、これまでの振り返りと、2040年に向けた取組の方向性を議題とし、これまでの取組を振り返って評価できる点、改善すべき点はどのような事項か、これまでの取組と評価を踏まえ、今後どのような取組を具体的に進めるべきか、取組を協議する場や参加する職種はどのようにするのがふさわしいかの2点につきまして、事前にアンケート調査を行い、区市町村ごとに議論いただいた上で、ワーキンググループの場で意見交換をしていただいております。

続いて、資料の4-2をご覧ください。

こちらは、各圏域の意見交換で挙げた主な意見をまとめております。なお、各圏域で挙げた意見の詳細については、次の資料の4-3のほうで一覧にしてまとめておりますので、後ほどご確認いただければと思います。

まず、テーマの一つ目、これまでの取組の評価できる点、改善すべき点につきましては、在宅で療養する患者像が多様化・複雑化している中で、多職種連携がより一層重要であること。

ICTを活用した情報共有が進んでいるが、地域や職種間等の利用格差があり、取組をさらに促進する必要があるということ。

また、医療介護連携の取組が進められているが、その有効性の評価が難しいといったご意見がございました。

テーマの二つ目、これまでの取組と評価を踏まえ、今後どのような取組を具体的に進めるべきかにつきましては、顔の見える関係はあるものの、そこで出た意見を施策に反映していけるとよいといったこと。

また、統計や調査の分析を進め、地域の特性を踏まえて、在宅医療の現状と将来の課

題について議論することが重要。

「在宅療養において積極的役割を担う医療機関」を活用した新たな取組ができるとよい。多職種と連携した口腔ケアの取組を進めたいといったご意見がございました。

このほかにも、医師と薬剤師の連携であったり、ACPの推進などについての意見も複数の圏域でいただいているところでございます。

簡単ですが、説明は以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

続いて、在宅療養ワーキンググループの座長として会議に参加された迫村委員から、先ほどの事務局の報告に加えて、実際の会を取りまとめた感想、ご意見をお願いしたいと思います。

迫村委員、よろしく申し上げます。

○迫村委員 ありがとうございます。

私、区西部の座長をやりました。今お話に出た新宿、中野、杉並というのが、区西部の医療圏になります。

今、事務局のほうからお話がありましたけど、平成30年から在宅医療介護連携推進事業が進められていて、その間またコロナがあったりして、コロナ前とコロナ後ごとにいろいろ各地区で取り組んできて、これまでの取組を振り返って評価できる点ということと、今後取り組むべき点ということで話し合いました。

何かの結論を出すような会議ではないので、各区のほうの先生方、あるいは多職種のほうから、行政から、様々な意見、多岐な意見が出て、まとめるというのはなかなか難しいところもあるんですけども。

やっぱり在宅療養に関しては、区民に対するそういう理解ということについては、この事業を通じて結構深まってきているんじゃないかというのが割と共通の認識でした。区民向けの在宅療養のガイドブックであったりとか、ホームページに案内があったりとか、これは各区で行政のほうで取り組んで、既に利用されております。

一方で、私自身の感覚で、先ほど山口委員のお話ですけど、やっぱり完全に浸透していると言われると、やっぱりまだ、そこまで在宅介護保険の使い方も分からないというような方もいらっしゃるの、そここのところについては、やはりしっかりと底上げしていく必要があるのかなというふうに思います。

また、多職種連携もかなりできてきていることは事実だということはありますけれども、例えば介護事業所、職種間によって、やっぱりかなり温度差があったり、あるいは地域的なこともあるかもしれませんが、訪問看護ステーションが結構すぐなくなってしまって、また、ケアマネさんも変わってしまったというような、非常に流動性が結構あるというようなことがあって。

なかなかそういう在宅医療とか、あるいは介護の継続性がちょっとなかなか難しいなという部分もあります。

今、訪問看護ステーションは、新宿区で言えばどんどん増えているんですけど、逆にケアマネさんがどんどん減っていたりして、非常にその辺のリソースの問題みたいなことも指摘されていました。

また、ICT連携は、これはもう必須というようなことで、今度の診療報酬でもかなり評価されるようになってきましたけれども、新宿と杉並ではバイタルリンクという、あるいはメディカルケアステーションなどを使って連携しています。中野区は独自のシステムを構築してつくっているというようなことはありました。

ICT連携で指摘されているのは、やはり前から言われていますけど、非常に大きな病院が多い地域なんですけれども、やはり大きな病院とはセキュリティーの問題で、なかなか柔軟なICT連携ができない。

あるいは、もう一つハードルが大きいのは行政ですね。行政とはもう非常にICTで連携できないという壁が強くて。中野区は、でも行政と何か連携できるICTをつくっているというところも言われていました。その地域によって差があるなというふうにも思います。

それから、結構独自のあれで、新宿区は外国人が結構増えてきているので、やはり先ほどのACPにしても、ちょっと多言語化をしていかなきゃいけないんじゃないかというふうな指摘があつて。

私自身もそうだなというふうに思いますけれども、訪問診療なんかも、そろそろ外国の方に対して行かなきゃいけないようなケースも徐々に出てくるので、そういうことに対してどうやって取り組んでいくのかということが必要になってくると思います。

あとは、先ほど訪問看護が非常に増えてきているので、新規参入する訪問看護ステーションなんかは、やはり質の担保が大事なんじゃないかというようなことが、訪問看護さんのほうからは指摘がありました。

地域医療構想調整会議ですので、病院と訪問診療、在宅との連携をやっぱり今後いかに深めていくのかというのが非常に重要だということで、区によっては病院の医師が在宅医療に研修に出るとか、在宅に実際病院の先生がアウトリーチするというような、そういう取組をしてきている施設もあるというようなお話が出ました。

長くなりましたが、以上です。

○猪口部会長 どうもありがとうございました。非常によく分かりました。

この在宅療養ワーキングに関して、ご意見がございましたでしょうか。

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。

迫村先生、どうもありがとうございました。非常にいろんな問題を本当にまとめていただいて、大変分かりやすくありがとうございました。

もちろんここは在宅療養ワーキングということなんですけれども、先ほども地域や職種間にいろいろ格差があるという話がありましたけれども、最近渋谷区においては、ど

うもやっぱり訪問看護ステーションが、人がどんどん変わってしまったりとか、ケアマネジャーが変わってしまったりして、何か全然話の通じないケアマネジャーもすごく増えているということで、うちのMSWも困っていますけれども。

かなり、先ほど言いましたように、高齢化によって複数の疾患や独居老老介護、生活困難と一緒に、やっぱりお一人様とかいうような話になってきますと、我々としては、訪問医療だけではなくて、もう本当に今まで以上に生活の面に踏み込んでいけないのかなという部分がすごく多くありまして。

最近、私もあまり後見人という制度をよく存じてなかったんですけども、最近そういう後見人をつけるつけないで、やっぱり医師のほうから言ってほしいとか、後押ししてほしいというような、そういうような意見もありまして、病院でもそうですけれども、やはり介護とか福祉の方からも、医療者から一言のニーズというのが今すごく増えているなという意味では、さらに仕事が多様化しているなと思って聞いておりました。

ですから、もっとさらに我々はもっと広く在宅を見ていく、多職種連携を広げていく必要があるんじゃないかなと思って感じております。

以上です。ありがとうございました。

○猪口部会長 ありがとうございます。ご意見として聞いておきます。分かりやすかったです。

ほかにいらっしゃいますか。よろしいですかね。

(「なし」の声あり)

○猪口部会長 これ、こういうことを話したということが次につながるということですので、ここで結論がここで出てくるわけじゃないですから。

では、次に進めさせていただきます。

この次は、報告事項でいいんですかね。報告事項の1、新たな地域医療構想について、事務局より報告をお願いいたします。

○事務局 資料5を使って説明をさせていただきます。資料5を共有いたします。

こちら、新たな地域医療構想につきまして、今年の7月から国のほうで検討会を設置して議論が行われておりましたが、先週の3月19日に検討会の取りまとめが公表されておりまして、東京都のほうで、こちら2ページにわたって概要をまとめておりますので、こちらに基づいてご紹介をさせていただきます。

なお、検討会の取りまとめ以上の詳細については、恐らくですが、年度末以降に国が示す予定のガイドラインの中で明らかになっていく見込みでございます。

まず左上、目指す姿でございますが、こちらは昨年度も国のほうで検討会がございましたが、そちらの取りまとめでも示されていたとおりでございます。

右上、地域類型別の課題、こちらについては、東京都の場合ですと、主に一番上の大都市型、こちらが当てはまり、高齢者救急への対応が焦点とされている一方で、相対的には医療資源が多く存在し、担い手の不足は限定的とされているところでございます。

中ほど、主な変更点でございます。

1ポツ目の構想区域については、現在の二次医療圏、こちらを前提として固定することではなく、必要に応じて広域化や県境連携も検討することとされております。

一つ飛ばしまして、3ポツ目の新たな構想が医療計画の上位概念となることは、昨年度の取りまとめでも示されているとおりでございますが、令和12年度からの第9次の医療計画から、この新構想を踏まえた実行計画として策定することとされております。

また、4ポツ目の精神医療については、再来年度の各種報告開始に向けまして、来年度、令和8年度に国のワーキンググループで具体的な検討がなされる予定でございます。左下にございます必要病床数の推計、こちらをご覧ください。

こちらですが、都のほうでこちらも図式化した内容にてご紹介をさせていただきます。

こちら、まず将来の医療需要を推計しまして、四つの医療機能別、高度急性期から慢性期までの四つの医療機能別の病床稼働率で割って、必要病床数を算出する、そういった大枠の計算式は現行の構想と変わりありませんが、ところどころですが、なるべく必要病床数が過剰とならないように算出されるような意図が、新たな構想での必要病床数の算出式としては含まれているところでございます。

まず、上のところ、2040年の医療需要推計とある中の左側ですが、2040年の将来人口に、直近2024年の受療率を掛けております。

その隣、構想の取組による効果等、改革モデルとございますが、こちら、例えば過去からの推移で、入院受療率が低下傾向にあることなどを見込むため、今の構想、現行の構想で見込んだ需要と実際の医療需要の差分、こちらを何らかの形で反映することなどが改革モデルとして示されているところでございます。

また、その隣、右側の隣ですが、病床数適正化分とございます。こちら新構想、新たな構想の取組開始前に、国の補正予算によりまして、病床を返還する医療機関に対する支援事業が実施をされますが、その事業趣旨を踏まえまして、削減が見込まれる病床数分から算出をされます医療需要、こちらを先ほどの2040年の医療需要推計から差し引くような計算となっております。

次に、下段の病床稼働率でございますが、こちら、現行構想、今の構想における稼働率も括弧内に示しておりますが、現在の稼働率、今現在の病床稼働率の中央値を取りまして、さらにプラスで示しておりますけれども、こちら将来の医療DXの取組分、こういった分も上乘せをしまして、おおむね現行の構想よりも高い稼働率、計算上、必要病床数が小さく、過剰でない形で算出されるような数字に設定をされているところでございます。

それらによって、新構想における医療機能別の必要病床数を算出すると、今のところ示されているところでございます。加えて、この推計につきましては、2030年と2036年の医療計画改定のタイミングで見直されることとなっております。

右側に目を移していただきまして、医療機関機能の概要でございますが、こちらの医

療機関機能の報告制度については、今年の10月から始まる予定でございまして、各医療機関が担う機能を明確化して、令和10年度までに地域医療構想調整会議で各病院の役割を調整することとなっております。

左側の地域ごと、構想区域ごとの機能でございますが、こちら急性期拠点につきましては、救急手術を幅広く総合的に提供、また人口20から30万人に一つ、また政策医療、経営や建物の状況も含めて総合的に選定することなどが示されております。

下の高齢者救急・地域急性期、こちらにつきましては、高齢者の救急受入を中心に行い、高齢者と言いましても、年齢など一律的な対応は困難、また入院早期からのリハ実施などの役割が示されているところでございます。

右側の広域的な観点、こちら都道府県単位の機能といたしましては、医育及び広域診療といたしまして、大学病院本院の役割となっております。医師派遣元としての人的協力などが、役割として示されているところでございます。

続いて、2ページ目に行っていただきまして、こちら長期的なスケジュールといたしましては、左側でございます2026から2027の上半期までに、現状の把握、課題設定、こちらの構想区域の見直しなどを行って、その後、右側の2028年度までに、取組の方向性なども含めて新たな構想を策定。当然、この中には必要病床数についても含まれるものとなっております。

そして、一つ飛びますけれども、2035年を目途に一定の成果というものを見込んでいるところでございます。2030と2036年の必要病床数の見直しは、先ほどご説明したとおりでございます。

続いて、主な推進体制や役割でございますけれども、都道府県が構想策定をして推進の主体、また国が進捗や運用のフォローをすること、こちらについては現行の構想と変わりはございませんが、新たに市町村が自治体立病院の設置主体として、ダウンサイズや機能の見直し、これは公立・公的病院やその設置主体にも求められる役割でございますが、また、そのほかにも介護に係る課題を調整会議で共有することなどが求められているところでございます。

また、大学病院本院については、診療のほかに人材育成や派遣の面での役割を求められているところでございます。

最後に、都道府県が検討すべき論点として、四つ挙げてございます。

①については、必要病床数や会議体にも関連をしました構想区域について、2ポツ目でございますけれども、特に患者の受療行動が多様で、区域間の流出入も複雑な都市部におきましては、地域での医療提供体制の協議や必要病床数の運用が可能な単位で区域を設定することが示されております。

また、②の医療機関機能に基づく連携についてですが、(1)の高齢者救急については、先ほど来申し上げているとおり、年齢で一概に定義づけすることができないことから、救急隊と医療機関の情報連携等を踏まえて、高齢者救急について各県で、救急隊に

よる傷病者の搬送ルールを定めた実施基準について位置づける必要があるとされております。先ほども座長のほうからお話があったメディカルコントロール協議会とも関連する話でございます。

また、(2)の急性期拠点につきましては、様々な要素を踏まえて評価すべきこと、また拠点の増え過ぎによる症例分散を抑えて、夜間・時間外の体制維持をできる配置が求められているところでございます。

そのほか、外来在宅や介護との連携、また④の人材確保についても、取りまとめの中で論点が示されているところでございます。

次のページ以降で、国の検討会の取りまとめの全文をつけております。こちらについては、説明は省略させていただきます。

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。

この次のページ以降の本文をよく2枚にまとめたなと思って、これはAIか何か使ったの。

○事務局 一部使いつつですね。

○猪口部会長 そうか。いや、立派なものだなと思って。

今ご説明がありましたこの件につきまして、何か質問、もしくはご意見がございましたらどうぞ。

横田委員、どうぞ。

○横田委員 横田です。ありがとうございます。

今の資料、ありがとうございました。1枚目は、これは国の方針ということで理解はしました。全体的に病床数がコンパクトになるという、これは、理解はできたのですが、2枚目のところの都道府県が検討すべき主な論点というところに関してです。

これは座長の猪口先生が本当に苦労された、パンデミックや大規模災害のときの対応というところを、この4分類、高度急性期、急性期、包括期、慢性期のところに役割分担も含めて東京都のアイデアとして入れても良いのではないのでしょうか。

○猪口部会長 事務局、分かりましたか。キャパシティーとして。能力として。

今の質問、もうちょっと詳しく。

○横田委員 今お答えにならなくてもいいんですが、パンデミックや大規模災害があったときの対応という意味です。

○猪口部会長 先生、質問の意図をもうちょっと詳しく教えていただいてもいいですか。

○横田委員 1枚目は、国の方針ということで、なかなか動かせないところです。

○猪口部会長 聞こえています。2枚目のほうの話ですよ。

○横田委員 はい。2枚目の都道府県が検討すべき主な論点というところです。

○猪口部会長 はい。

○横田委員 2ページ目というんですか。

○猪口部会長 聞こえています。どうぞ、続けてください。

○横田委員 ここに四つありますよね、構想区域だとか、医療機関機能に基づく連携。そのところに、座長の猪口先生が新型コロナウイルス感染拡大のときにもさんざん苦勞されたパンデミックのようなときの対応もここに入れておくと、四つの機能分類のところが柔軟に少し対応できるのではないかと思って、お話をしました。

○猪口部会長 感染症機能ということか。

○本間課長 横田先生、すみません。事務局からです。

一応、まず資料の1枚目もそうなんですけど、2枚目についても、これはあくまでも国の取りまとめの文書の中で言っている、都道府県が検討してほしいということなので、これを踏まえて、都が新たな構想で何を検討するのかというのは、またこれからの課題になりますので、今いただいた意見も含めて、また検討をこちらのほうで進めさせていただければと思っております。

○横田委員 この四つのところは国が言っているところです。実際各論に関しては都道府県で検討してくださいと。そういうことですね。

○猪口部会長 そうなんです。ですから、この2枚目のところの、主な推進体制における推進主体が都道府県となっているところがすごく大きいんですよ。

国がこう言っているからというんじゃなくて、東京都として、主体としていろんなことをつくっていきましようとなっているところが、今回相当大事なところだと私は思っています。ありがとうございます、先生。

じゃあ、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。

これも猪口先生が、会長がいろいろと言ってくださって、私もそこで聞いている話ばかりなんですけれども、例えば今の現在の地域医療構想、もしくは二次医療圏の判断では、まだベッド数が少ないというところもあるということで、実際には本当にこれは少し最近の流れが変わって、ある地区ではやはり病院の増床反対というところもありましたけれども。

これを見ますと、2028年までに構想策定、方向性決定で、2030年に必要病床数の見直しというのがここに30年まであるんですけれども、そうすると、現状、例えばベッドをもう少し増やしたいというような、そういうことがあった場合には、それについてはその都度その都度、二次医療圏で議論していくということであって、全体的に増えるということもあり得るといふふうに考えではいいんでしょうか。

○猪口部会長 事務局、お願いします。

○本間課長 ご質問ありがとうございます。

まず、原則としては今までどおりなんですけど、二次医療圏ごとに基準病床数の範囲内で病床配分するというにはなると思っています。あとは、この新しい構想の中で、必要病床数がどれぐらいの数になるかにもよるんですね。

今の必要病床数というのは、各圏域ごと、かなり基準病床数よりも大きくなっていますので、それが先ほど1枚目で説明させていただいたとおり、そこは国としてはかなり必要病床数を絞り込むようなイメージになっていますので、そこはどれぐらいの数字になるかによって、実際その新たな病床配分がどの程度できるのかどうか、そういったところに影響してくるのかなというふうに考えております。

その辺は、ちょっとまたこれから国からその辺りの必要病床数の推計のデータが出てきますので、そういったものを見ながら我々も検討していきたいなと思っているところなんです。

○内藤委員 ありがとうございます。

結局、ベッドは空いていても人がいないということであったりとか、それから今の現状の二次医療圏の割合では、ベッド数がさらに東京都としては増えてしまうということが、それがもし問題であれば、早め早めの対応も考えていただいたほうがよろしいんじゃないかなと思って発言させてもらいました。ありがとうございます。

○猪口部会長 ありがとうございます。

ほかにご意見はございますか。

石川ベンジャミン先生、お待ちしております。どうぞ。

○石川委員 今、内藤先生のほうからもお話がありましたけれども、今回の地域医療構想、新たなものの中で注意をしていただきたいところは、恐らく、1枚目にもありましたけれども、病床数自体はやはり改めて少しサイズダウンをする形になってくるだろうと思います。

ただ、一方で、患者様とそれからあと高齢者全体のニーズから考えますと、病床ではお世話をするのができないような施設型の、これまでであればケアを行っていたような対象者、特に85歳以上の超高齢の女性で単身の方が体調等を崩された後に、一旦その医療に入ってしまったらば、多分もう自宅には戻れなくなるようなところがあるんですね。

ですので、実際こういった部分の患者さんに関する状況というのをこれからしっかりと考えていく必要があるというふうに思われます。

あくまでも地域医療構想の中で示される必要病床数、あるいは医療機関の機能といったものは、これは高齢者全体、あるいは住民を支えるための枠組みの一つのものでしかないという形にさせていただいた上で、その外側に何をできるのか、これはやっぱり医療ではなくて、都道府県が策定推進主体の大きな部分に設定されているのは、これはやっぱり都道府県、自治体がやらなければいけないんだというメッセージがこれから強くなってくるだろうと思います。

ということで、まずその点をちょっとご理解いただきながら、必要病床数の見直し、あるいは医療機関機能等に取り組んでいただくことが必要です。

また、今2枚目のところで出てきているのですが、ぜひこの中でお考えいただきたい

のは、現行の第8次の医療計画期間は2029年で終わりになります。

2枚目のもしかすると、資料のところ、新たな地域医療構想に関する国の取りまとめの2枚目をちょっと共有していただくと多分分かりやすいと思うのですが、ありがとうございます。

2030年の必要病床数の見直しがグレイアウトしているのであまり目立たないのですが、実は2030年からは、第9次の、次の医療計画期間が始まるという形になります。

ですので、2029年は、その医療計画を検討するための1年間であって、かつその前の2028年度の末までに地域医療構想の策定をしておかないと、これ、第9次の医療計画期間の中できちんとした体制が整えませんよということがあって、構想の策定は締切りが2028年になっているということをまず意識いただけるといいと思います。

これまで、2025年が来てしまったので、できるだけ早く次の新たな医療構想を策定するということがあったわけなのですが、恐らく先ほどお話をしたような、今後、病床だけではないような地域包括ケア等のサポート体制あるいは介護施設ないしは高齢者の居住型の施設数等の問題も含めて、これから議論しなければいけないというふうに思いますので。

その調整もあって、今後地域医療構想の策定のガイドラインのところと、構想の策定までにはまだ少し見え切れない部分があるんだろうと思いますし、議論も進むだろうと思います。

ということで、構想策定まで、2028年までという形で出ておりますので、できればそこまでの間に、構想だけではない、構想をトップに置いたような、前回まさに猪口先生がやっていただいたような東京都のグランドデザイン、医療のグランドデザインがありましたけれども、住み方、それからあと介護も含めたサポートのネットワークのグランドデザインというのを描いていただく期間として、この時間をうまく活用していただく必要があるのではないかなというふうに思っております。

ちょっと大きな話になってしまいましたけれども、これから策定のガイドラインの細かなものがまず出て、必要病床数ないしは4機能区分ごとの病床数との見直しをして、その後、さらに今度は、じゃあ医療機関機能を考えながら、ACPであるとか、それから、あと患者さんの搬送、MCの問題であるとかも含めて、多くのことを決めごとをつくっていかなければいけないという、少し長期的な視野で取り組んでいただければというふうに思っております。

私のほうから以上になります。

○猪口部会長 先生、どうもありがとうございました。事務局、非常に分かりやすかったと思います。

すみません。今途切れていましたけれども、どうもありがとうございました。

では、時間が過ぎてきていますので、次に進めたいと思います。

次に、報告事項の2、来年度の地域医療構想調整会議の進め方について、事務局からお願いいたします。

○事務局 資料6を共有してご説明させていただきます。

こちら、令和8年度の地域医療構想調整会議の進め方でございますが、下段の主な議事予定、こちらをご覧ください。

来年度は、一つ目の新たな地域医療構想に関する議論と、外来医療計画に関する協議が中心となりまして、下の二つについては、例年と同様の議事となっております。

一つ目の新構想に関する議論でございますが、先ほどもご説明したとおり、今年度末以降に国のガイドラインや医療需要推計等のデータが示される予定でございますので、こちらをご紹介するべく、6月頃に臨時の調整会議を予定しております。

実施方法といたしましては、通常の13圏域別ではなくて、複数圏域をまとめて、効率的な形で実施をしたいと考えております。

また、9月頃からの調整会議で、構想の骨子案に対するご意見をいただき、年明け以降の調整会議で構想の素案の確認を、今の段階では予定をしているところでございます。

二つ目の外来医療計画に関しましては、保健医療計画の一部でございます外来医療計画について、来年度末の医療計画の中間見直しに合わせて改定を予定しておりまして、これまでと同様に、調整会議において意見をいただくとともに、本調整部会で具体的な検討を予定しております。

以上、スケジュールについては、現時点での予定ではございますが、説明は以上となります。

○猪口部会長 これはこういう形で進めようという話ですが、質問ございますか。よろしいですかね。

(「なし」の声あり)

○猪口部会長 では、報告事項の3です。令和8年度新規事業等について、事務局から報告をお願いいたします。

○事務局 それでは、資料7を共有してご説明させていただきます。

本調整部会には、医療機関の代表の方々にも多くご参加いただいておりますので、我々医療政策部のほうで来年度予定をしております新規事業等について、簡単にご紹介をさせていただきます。

こちら、次年度、来年度の予算案の発表時に例年公表しております東京都予算案の概要でございますが、そのうち、医療について主要な施策がまとめられております部分を抜粋した資料となっております。

1ページおめくりいただきまして、下段のほうをご覧ください。

地域医療の確保とある枠の一つ目でございますが、地域医療確保に係る緊急・臨時支援事業でございます。

こちらは長引く物価高騰等が病院運営を圧迫している状況を踏まえまして、今年度、

都内民間病院に対する緊急的かつ臨時的な支援として、入院患者数に応じた支援金を交付しておりますが、次期診療報酬改定による効果などを見極める必要がございますことから、入院患者1人1日500円として、来年度も単年度事業として実施をするものがございます。

あわせて、三つ下に、「新」とあります急性期医療臨時支援事業でございます。

こちらですが、物価上昇の影響をより受けやすい急性期医療を提供する民間病院に対して、救急車の受入実績に応じて、入院患者1人1日当たり最大100円を支援する事業を、こちらも単年度事業として実施をいたします。

また、このほか、次ページ以降に掲載しております医療DXの推進や周産期小児医療など、新規や拡充する事業だけではなくて、既存の事業も含めまして、着実に実施をしてまいりますので、皆様方のご協力のほど、何とぞよろしくお願いいたします。

簡単ではございますが、新規事業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。

もうこの緊急・臨時支援事業、ちょっと少なくなったけど、でも本当にありがたい。東京の多くの病院はこれで助かったと思いますので、本当にどうもありがとうございます。

今の事業について、質問等ございますでしょうか。よろしいですかね。

(「なし」の声あり)

○猪口部会長 では、これで一応済んだのかな、報告事項まで。

そうすると、全体を通じて結構ですので、何かご意見ございますでしょうか。

湯澤委員、よろしくお願いします。

○湯澤委員 時間が押しているところ、すみません。

ちょっと一つ前に戻ってしまうんですけども、4-3の資料で、在宅ワーキンググループ意見交換というところで、区西南部のところの意見の一番下で、口腔ケアが全身の健康に影響するとか、あるいは次のページの西多摩のほうで、下から2番目で、多職種と連携して、誤嚥性肺炎のオーラルフレイルの予防等の口腔ケアに取り組んでいただきたいという意見がございます。

地域医療構想に関する国の取りまとめ、資料5、1ページ目なのですが、右の医療機関機能の概要というところで、各病院の役割を調整と書いてありまして、一番下の高齢者救急・地域急性期のところで、これの一番下ですが、入院早期からリハ等（栄養・口腔管理を含む）と書いてありますが。

国がこういうふうには指針を言っているのは分かるのですが、東京都としては、この口腔管理をするのに、病院の中に歯科とか口腔外科が少ないと思うのですが、どのように考えているのかお聞きしたいんですけれども。

○猪口部会長 事務局、どうぞ。

○本間課長 ご指摘いただきまして、ありがとうございます。

この在宅療養ワーキングですとか、こういったところでも様々な意見をいただいていますので、また、国からもこういう方針をいただいていますので、また実態の把握だとかに努めながら、新しい構想の中でこういった取組ができるのか、引き続き検討させていただければと思っています。ご意見ありがとうございます。

○猪口部会長 猪口ですけど、ちょっとだけ話をさせていただくと、これ、4分類出ていますけれども、例えば急性期拠点が急性拠点に求められる全てのことを行えという、急性期拠点の病院が全部できるわけではない。

例えば医師の派遣を行わなくちゃいけないとか、感染症の措置入院を全部受けなくちゃいけないとか、そんなことできない。高齢者救急のほうの病院も、それぞれが全部のことができるわけじゃない。だったら地域でどうしましょうかと考えるのが、地域医療構想の調整会議の仕事だと思います。

今後、歯科医師会、それから薬剤師会、看護協会の皆さんも地域医療構想調整会議に入っていて、こういう足りないところをどのようにやっていくかというところを相談していくという、すごい幅広い、先ほど石川先生がおっしゃったとおり、生活のところまで広げていくような、いろんなアイデアを出して、みんなで共有していくというのが大事になってくると思いますので、よろしくお願いします。

ここはまだ結論が出ていないところだと思いますが、何とかしなくちゃいけない問題だと、多分東京都も思っていると思います。僕が代弁するのはおかしいけど。よろしいですか、先生。

○湯澤委員 ありがとうございます。

○猪口部会長 ほかにご意見ございますでしょうか。

渡邊委員ですね。はい、どうぞ。

○渡邊委員 ありがとうございます。今日は皆さんご苦労さまです。

私も区西部のほうの地域医療会議の座長もやっていたんですけど、先ほどベンジャミン先生がおっしゃった部分なんですけれども、その中で我々の会議の中にも、単身高齢者や老老介護の人たちが増えていて、自宅に帰るのが非常に難しいということが課題になっていました。

その中で、やはり特養や介護医療院などの不足などが、そういったスムーズな退院を拒んでいるのではないかというような意見がありましたけれども、この会議の中に、病床は減らすけれども、そういった介護医療院だとか特養を増やしていくとかという、そういう話題とか、そういうものは盛り込まないで今後もずっと続けていくのかしらということだけちょっと伺いたいんですけども。

○猪口部会長 事務局、お願いします。

○事務局 ご質問ありがとうございます。

具体的にまたこれから方針を検討することになりますけれども、国のほうでもそういう介護との連携、入院した後の速やかな、そういう地域に帰るですとか、施設に帰ると

というのが、今回大きな課題というふうに言われていますので、やはり都としても、何らかその辺りについて、具体的にどこまで盛り込むかはこれからになりますけれども、検討していく必要があるのかというふうに考えています。

○猪口部会長 よろしいですか。

○渡邊委員 ありがとうございます。

その中でもあったのが、高齢者一人暮らしであれば、何かちょっとあれば、必ずしも救急要請という形になってしまうというような形が言われていました。

そういったような状況の人を収容できるような施設のことも踏まえて、病院ではないと思うんですけど、医療とは言えないかもしれないんだけど、この場で検討していかなければいけないんじゃないかなというふうには思いましたので、よろしく願いいたします。

ありがとうございました。

○猪口部会長 ありがとうございます。

石川ベンジャミン先生、お願いします。

○石川委員 すみません、簡単に一言だけ。

今、渡邊先生からご指摘のありました問題なんですけれども、現在、厚生労働省というのは、比較的大規模特定機能病院等の施設に対して、文部科学省との連携は随分と進んできているのですが、今話題になってきましたような自治体としての高齢者福祉に関わるような部分、なかなか総務省との連動のところがまだ進んでない状況だというふうに思います。

ということで、この地域医療構想の調整会議等に関しては、多分その切っ先をご担当いただくことになると思いますが、可能であれば、まず都の中で、今後、今ご指摘のあったような事項に関しまして、政策の中でうまく連動していただくのと同時に、国の中での厚生労働省等、他省庁との調整の部分を見守っていただけるといいのではないかなというふうに思っております。

以上です。

○猪口部会長 ありがとうございます。

ほか、よろしいでしょうか。

(「なし」の声あり)

○猪口部会長 いろんなことがこの地域医療構想だけで、調整会議だけで解決していくという、これは自主的な取組が基本ですので、こういうことで大枠が決まったら、今度は医療計画とかそういうところに反映させていくというのもすごく大事な部分なので、ここだけで全部解決できはしないだろうと。方向性を決めるのにすごく大事なところだろうとは思っています。ありがとうございました。

よろしいですかね。

では、ちょっと私の不手際で時間がかかってしまいましたけれども、一応、一通り予

定されていた議事を行いました。

これで事務局に返したいと思います。皆さん、どうもありがとうございます。

○本間課長 本日は、本当に活発なご議論いただきまして、ありがとうございました。貴重なご意見をいただきましたので、これからの検討に生かしていきたいと思っております。

事務的な連絡になります。

本日の議事録は、委員の皆様には事前に確認いただきまして、修正等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のホームページに掲載させていただきます。ご協力をお願いします。

また、来年度の地域医療構想調整部会につきましては、今ほどもありましたけれども、新たな構想の策定についてご議論いただくことを予定しております。詳しい開催時期などが決まりましたら、改めてご連絡させていただきます。

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、長時間ありがとうございました。

(午後 6時43分 閉会)