

〔令和元年度 第1回〕

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

〔区南部〕

令和元年7月4日 開催

# 【令和元年度第1回東京都地域医療構想調整会議】

## 『会議録』

### 〔区南部〕

令和元年7月4日 開催

## 1. 開 会

○千葉課長：ただいまより区南部における東京都地域医療構想調整会議を開催させていただきます。本日はお忙しい中、また、大変お暑い中、ご出席をいただきまして、まことにありがとうございます。

議事に入りますまでの間、私、東京都福祉保健局医療政策部計画推進担当課長の千葉が進行を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いたします。

まず、本日の配布資料でございますが、A4縦型の「グループワーク名簿」ということで、A班とB班が表側、C班は裏面に記載しております。そして、A4横型の「東京都地域医療構想調整会議区南部」という名簿です。

次からが本体の資料となりまして、「東京都地域医療構想調整会議区南部会議次第」でございます。

資料につきましても、次第の一番下に四角で囲っておりますとおり、資料1から資料5まで、参考資料が1から6までとなっております。

また、その下に、「地域医療構想調整会議ご意見」と書いた1枚の紙がございます。これは、会議終了後、追加でご意見等がある場合は、ご記入いただいて、東京都医師会までご提出いただくためのものがございます。

また、各テーブルには、地域医療構想の閲覧用の冊子を1冊ずつ置かせていただいております。

不足や落丁等がございましたら、お気づきのたびごとに事務局までお申し出をお願いいたします。

後ほど、質疑や意見交換のお時間がございますが、ご発言の際には、各テーブルのマイクをご使用になり、まずご所属とお名前からお願いできればと思います。

また、本日は、傍聴席にも、構想区域内外の関係者の方々にもご参加いただいております。座長がご発言の機会を設けた場合には、挙手の上、事務局からマイクをお受け取りになり、ご所属とお名前をお聞かせいただいたあと、ご発言をお願いいたします。

それでは、まず東京都医師会及び東京都より開会のご挨拶を申し上げます。  
東京都医師会から、猪口副会長、よろしくをお願いいたします。

○猪口副会長：皆さま、こんばんは。東京都医師会の猪口です。

東京都医師会は、6月16日に代議員会が行われまして、役員選挙がありました。“尾崎キャビネット”といいますか、尾崎会長を初めとするほとんど同じメンバーでまたやることになりました

私も、担当として、この地域医療構想に携わらせていただきまして、地域医療担当の土谷理事と佐々木理事と一緒にやっていますので、よろしくをお願いいたします。

さて、この地域医療構想調整会議というのは、厚労省のワーキンググループの会議においても、かなり大きな力を持つようになってきております。

この地域医療構想では、2025年を目指して考えたときに、全国で約20万床の病床が必要でなくなっていくという、そういう患者さんが減っていくという状況の中で、地方では、公立病院の統廃合をしっかりと決めていく場になっています。

東京では、2040年ぐらいまでは減らないということになっておりますので、今は統廃合ということが前面に出てきて話をするということは、ほとんどのところではないと思っております。

ただ、前年度の最後に病床の配分ということがなされて、病床がフィックスされるということがありました。その中で、その地域に本当に必要な病床かどうかについて話し合われました。

病床配分の計画というものが、都のほうから発表されて、それを個々に判断したということです。

それに対して、一つ大きな事象があったのは、南多摩において、東京以外の民間の医療法人から療養病床をたくさん増やしたいという申し出がございました。八王子医師会と南多摩の医療機関が、療養病床は病床機能報告からいつでも足りているとなっているし、この地域は過剰なので、もう必要ないということで、かなり議論になりました。

そこで、臨時の調整会議というものを開催して、その医療法人側から、計画を半分にして、今後の計画に関しては、地元の医師会としっかり話をして進めていくということになりました。

これは、この調整会議がある意味、こういう形で機能したというわけです。

今後も、こういう病床配分ということが行われますので、この調整会議においては、どの機能の病床が足りなくて、どの機能が足りているかということをし、しっかり話し合っておかないと、今後の病床配分のときに、不必要というか、経営上で競合するようなどころが増えてしまうということが起こり得ます。

ですので、今年度の調整会議は、そういう意味において、非常に重要な会議になっておりますので、しっかりした議論をお願いしたいと思っています。

きょうの資料の中には、以前から各医療機関に配られております、定量的な基準についてのものがありますが、東京都において、どの地域でも回復期が足りないということで、回復期と急性期の間の定量的な基準というものを重視しております。

それはなぜかというと、本来、回復期機能があるにもかかわらず、「ない」という議論になってしまって、そこに多くの回復期が進出してきたり、皆さんの中で回復期ばかりつくってしまったということになると、回復期の共倒れになってしまう可能性があるからです。

ですから、東京において一番大事なのは、その回復期と急性期の間を見誤ってしまうと、特に回復期の多くは民間の中小病院が担っておりますので、回復期が多くなると、共倒れになってしまうかもしれません。

そのため、この地域においては、何が必要で何が足りないかという議論を、今後深めていただければと思います。

きょうは、そういう意味での第1回目ということになりますので、東京都からいろいろ資料が提供されていますが、ぜひしっかり議論していただいて、確かな成果を挙げていただければと思いますので、よろしく願いいたします。

○千葉課長：猪口先生、ありがとうございました。

次に、東京都よりご挨拶申し上げます。

○櫻井部長：東京都福祉保健局の医療政策担当部長の櫻井でございます。

先生方には、大変お忙しい中、この調整会議にご出席いただきまして、まことにありがとうございます。また、日ごろより、東京都の福祉保健医療行政に多大なるご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本日の調整会議につきましては、猪口先生からも今お話がございましたとおり、後ほどのグループワークで、「地域に必要な病床機能について」ということでご議論をいただきたいと思っております。

この区南部地域の実情を一番ご存じの先生方に、患者さんの病状、そして、病状の変化に合った医療機能が、どこが足りていて、どこが不足しているのか等々、日ごろから感じていらっしゃることを踏まえて、活発なご議論をいただければと思っております。

そして、ここでいただきましたご意見につきましては、きちんと持ち帰らせていただいて、今後の施策の検討に活かしていきたいと思っておりますので、本日はどうぞよろしくお願い申し上げます。

○千葉課長：なお、本日の会議でございますが、会議録及び会議に係る資料につきましては、全て公開となっておりますので、ご了承をよろしくお願いいたします。

では、以降の進行を座長にお願いしたいと思っております。鈴木先生、よろしく願いいたします。

## 2. 報 告

### (1) 基準病床及び病床配分の見直しについて

### (2) 定量的な基準について

### (3) その他

○鈴木座長：大森医師会の鈴木です。よろしくお願いいたします。

それでは、早速議事に入りたいと思います。まずは、東京都より報告事項を3点まとめて説明を受けたいと思います。よろしくお願いいたします。

○加藤（事務局）：それでは、報告事項の1番、基準病床及び病床配分の見直しについてご説明いたします。資料1をご覧ください。

こちらは、今年度、東京都で進めてまいります基準病床数と病床配分方法の見直しについてお示しするものでございます。

その目的ですが、2点ございまして、資料の上段をご覧ください。まず1点目は、東京都の人口は毎年増加しており、またその中でも高齢者人口も増え続けております。それらの医療需要の増加を勘案しまして、医療提供体制の整備のため、基準病床数の見直しが必要と考えております。

2点目として、昨年度までの地域医療構想調整会議や各区市町村などからのご意見、ご要望を踏まえまして、都の実情に合った病床配分方法の検討が必要と考えております。

このことから、今年度、都では、次の3点の取り組みに着手してまいります。

まず1点目が基準病床数の見直しでございます。こちらは直近の人口をもとに今年度末までに検討を進めてまいります。

2点目が病床配分方法の見直しでございます。こちらも今年度末までに各地域の今年度2回目の地域医療構想調整会議でご意見をいただくほか、区市町村からもご意見を伺いながら、新たな方法の検討を進めてまいります。

基準病床数、病床配分方法のいずれも、資料下段のスケジュールに記載のとおり、今年度末に開催を予定している東京都医療審議会での議論を経て、最終的に決定してまいりたいと考えております。

3点目が病床配分時期でございます。新たな基準病床数や病床配分方法は、来年度、令和2年度当初に説明会を開催し、周知をさせていただき、およそ半年程度で病床配分の申請を受け付けていきたいと考えております。

その後、地域の医師会の方々や区市町村、各地域の調整会議で十分に協議を行えるよう、1年から1年半ほどの時期を設けまして、翌年の令和3年度中に病床配分を行ってまいります。

この間、十分な意見聴取を行えるよう、また公平性を担保できるよう、令和元年度と令和2年度の2年間は病床配分を見送らせていただきます。

次に報告事項の2、定量的な基準についてご説明をいたします。

まず資料2-1をご覧ください。各医療機関さまで年1回、病床機能報告にて病棟ごとに病床機能のご報告をいただいておりますが、各医療機関で病床機能の選択、区分をいただく際の定量的な基準を策定したというものでございます。

資料の説明の前に、記載はございませんが、2点申し上げます。

1点目は、この定量的な基準は、各地域で病床機能の分化と連携の議論を深めるため、そのきっかけとなるよう、地域の病床機能の現状を共有するため策定を行ったものでございます。

2点目。したがいまして、これを用いて各病院個別の病床機能を評価し、機能の転換を行うよう、東京都から指示、命令、勧告等をするためのものではございません。

今申し上げたこの2点をぜひ十分ご理解いただいた上で、本日の会議で意見交換を進めていただければと思っております。

それでは、資料の説明に移ります。まず、策定の経緯でございます。

昨年8月に厚生労働省から通知がありまして、各都道府県が地域の実情に応じた定量的な基準を策定することとされました。

これは、病床機能報告の際に実際に回復期機能の医療を提供している病棟であっても、急性期機能として報告されていることが多いのではないかと、急性期の病床が実際よりも多く報告されているのではないかとということが、全国的に指摘されておりまして、厚労省が、都道府県ごとにこれらの基準を策定するように通知したということでございます。

この通知を受け、東京都では、学識経験者や病床機能ごとの医療機関代表などで構成する地域医療構想推進ワーキンググループを設置いたしまして、基準の検討を進めてまいりました。

基準の検討を行う際、3点のポイントを念頭に進めてまいりました。1点目が、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能別の病床機能の中から、全ての機能の分類ではなく、高度急性期と急性期の群と回復期と慢性期の群、これらの真ん中を分ける基準とすること。

2点目が、各医療機関さまがご報告いただく病床機能報告の回答項目であること。3点目が、将来的に病床機能報告の回答時に各医療機関さまが活用しやすいよう、できるだけ単純であること。

これらの3点がポイントでございます。

検討の結果、資料真ん中のグレーの網かけ部分に記載がございますが、全身麻酔または化学療法を1年間に1床当たり1回以上、または1日以上実施しているか否かを基準といたしました。

ただし、策定と合わせて同時に留意点もお示ししております。資料下段に記載のとおり、ICUやCCU等のユニット系の病棟とか、周産期医療を提供する病棟については、本基準による区分が難しいこと、また本基準はあくまで提供する医療の一部に焦点を絞って設定した一つの基準となりますので、本基準ではかれないものについては、別途検討していくものとしております。

資料2-1の2枚目は、具体的な計算方法をお示したものでございます。都内の各病院さまには、平成29年度の病床機能報告のデータに本基準を適用した結果を、既にお知らせしております。

続いて、資料2-2をご覧ください。こちらは東京都全体と2次医療圏ごとの病床機能報告の結果に本基準を当てはめて、4機能別にパーセンテージで集計結果をまとめたものでございます。

それぞれ5本のグラフが記載されておまして、上から順に平成29年度の病床機能報告の結果、2段目が平成30年度の病床機能報告の結果、こちらは現時点では速報値でございます。

真ん中が平成29年度の病床機能報告の結果に定量的な基準を適用したものの、下から2段目が平成30年度の病床機能報告の速報値にこの基準を適用し

たもの、一番下が地域医療構想における2025年の病床の必要量の割合をお示ししたものとなります。

それぞれのグラフで一番左が高度急性期、左から2つ目が急性期、右から2つ目が回復期、一番右が慢性期をお示ししております。

東京都全体のグラフをご覧くださいますと、平成29年度、30年度とも定量的な基準の適用によって、高度急性期と急性期の群の割合が減少し、回復期群の割合が増加しております。区南部圏域においても、同様の動きを示しております。

ただ、圏域別で見ていった場合、区中央部とか区西部といった、大学病院本院や高度で大規模な病院が集中する地域においては、余り大きな動きは出ておりません。

これまでご説明申し上げたこの定量的な基準に関連する参考資料として、1番から5番まで、後ろのほうに添付しております、この場で細かくは触れませんが、簡単に資料の紹介のみをさせていただきます。

まず参考資料1ですが、こちらは5月13日に実施した東京都保健医療計画説明会の中でいただいたご意見をまとめたものでございます。

次に、参考資料2は、定量的な基準を検討する際に、採用されなかった主な項目の例と、その理由とを併せて記載しております。

参考資料の3は、病床機能報告で各病院さまが実際にご報告いただく項目をまとめたものとなります。

参考資料の4は、平成30年度の病床機能報告において、各病院さまの報告では高度急性期または急性期として報告されている中で、定量的な基準を適用した結果、回復期に分類された病棟を、圏域単位、病棟単位でまとめた上で、当該病棟の全身麻酔の手術件数、化学療法の件数、入院基本料などと併せて、お示ししております。

最後に、参考資料の5は、先行して定量的基準を定めていた4府県、奈良県、佐賀県、大阪府、埼玉県の事例を、東京都の平成29年度病床機能報告に当てはめた試算結果でございます。

続いて、報告事項の3点目で、項目としてはその他になりますが、こちらでは参考資料6、病床が全て稼働していない病棟等を有する医療機関における病床の稼働についてです。

昨年度、平成30年度の当初時点で、過去1年間、病棟が全て稼働していない病棟、いわゆる非稼働病棟について、病棟の再開または稼働に向けた具体的な対応方針をお示しいただくか、病床の返還をいただくか、いずれかの対応をお願いし、いずれの対応もなされなかった場合には、この調整会議でご説明をお願いする旨、各病院さまにお示しさせていただいておりました。

こちらについては、おかげさまで、各病院さまのほうで、いずれかの対応をいただいておりますので、調整会議でご説明をいただく病院さまは結果としてございませんでした。

今年度は改めて、年度当初の時点で過去1年の間病棟が稼働していないケース、これに病床単位で20床以上の非稼働病床を有する場合に、昨年度同様の対応をお願いするものでございます。

既にこちらの通知文は都内各病院さま宛に送付させていただいておりますが、この場でもご報告をさせていただきました。

報告事項は以上でございます。

○鈴木座長：ありがとうございました。ただいま東京都から説明がございましたが、ご質問はございますでしょうか。どうぞ。

○亀山（NTT東日本関東病院）：NTT東日本関東病院の亀山でございます。

質問ではなくて、お願いということになります。資料2-2において、病床分類をパーセンテージであらわしていただいておりますが、できれば、病床の実数というか、それも併せて記載していただければと思います。

あとのグループワークでも話が出ると思いますが、区南部においては回復期の病床のパーセンテージが少ないということですが、それが15%あたりというのは、どのぐらいの規模感なのか。それが500なのか、1000なのか、1万ということはないと思うんですが、その辺がわからないものですから、お願いしたいと思った次第です。

私のほうで前もって調べてくるべきだったかもしれませんが、その点、ご配慮いただければありがたいと思いますので、よろしくお願いします。

○鈴木座長：都のほうからコメントをお願いできますか。

○千葉課長：実を申しますと、この病床機能報告の制度的な欠陥もちょっとございまして、この報告が実態を全てあらわしていないところがございます。

例えば、報告をいただく際に、医療機関さんのほうで入力ミスがあった場合には、「エラー」ということで、その病院さんの数が全然この報告に反映されないということもあって、年度によって、地域の病床数の全体が結構変わるわけです。

そのためもあって、敢えて病床数を出していないというのが実態でございますが、議論の際に実数が必要ということをお伺いしましたので、今後は、その辺も含めて考えていきたいと思います。

○鈴木座長：ほかにいかがでしょうか。

先ほどもちょっと出ましたが、パーセンテージというものに余り振り回されないで、例えば、回復期の病床が少ないから、この地域にもっと回復期を増やしましょうということではなくて、どういう医療が必要になってくるのかということだろうと思います。

一昨日、ある先生の講演を聞きましたところ、この大田区、品川区というエリアは、若年者はそんなに減らないという統計の結果が、人口研究所のほうで出ていて、85歳以上の高齢者だけがどんどん増えていって、2倍ぐらいになるということでした。

そのぐらい増えていくので、超高齢者の対策というものをまず考えていくことが、この地域にとって急務の一つになるかなと、個人的には思っています。  
よろしいでしょうか。

### 3. グループワーク

#### 地域で必要な病床機能について

○鈴木座長：それでは、次の議題に進みたいと思います。次第の3つ目、グループワーク、地域で必要な病床機能についてです。

報告事項の(2)でも東京都から説明がございましたが、東京都では外部有識者を交えた検討を行って、病床機能報告の定量的な基準を策定し、先般、その内容を都内の各病院宛に通知したとのことでした。

本日は資料2-2でありました病床機能報告の集計結果と、定量的な基準を用いた地域の病床機能の再分類結果をもとに、今後地域で必要となる病床機能について、グループワーク形式で意見交換を行って、共通認識を深めたいと考えております。

それでは、グループワークに入る前に、その進め方について、東京都から説明を受けたいと思います。

○加藤（事務局）：こちらについては資料3、4、5でご説明いたします。

まず、資料の3をご覧ください。今回のグループワークの目的ですが、2点ございまして、1点目が、地域の病床機能別の医療資源の状況について意見交換を行い、共通認識を深めることとでございます。

2点目が、意見交換にあたって定量的な基準適用後の病床機能の再分類結果を活用することとでございます。

意見交換の項目としては、「地域で必要な病床機能について」ということをお示しさせていただいております。

意見交換の具体的な内容として、地域で必要な、または不足する医療機能は何か、回復期かそれ以外の医療機能かというテーマとでございます。

意見交換の手順として、まず、普段感じる地域で必要な、または不足する医療機能は何か、現状の病床機能報告の結果と皆さまの普段からの実感を比較しながら意見交換をしていただきます。

次に、この1つ目の議論をもとに、(2)として、定量的な基準適用後の再分類結果から見た必要な、または不足する医療機能は何かということで、意見交換をいただければと思います。

意見交換の基礎資料としては、報告事項のご説明の際にご覧いただきました資料2-2をご活用いただければと思います。

また、今回策定しました定量的な基準について、繰り返しの項目も多いですが、誤解がないよう、改めて資料の下段で基準についてまとめております。

「都における定量的な基準とは」ということで、都が定量的な基準を策定した主旨としては、地域の病床機能の状況に関係者が共通認識を持ち、自発的な病床の機能分化について議論を深めるためのきっかけとすることでございます。

したがって、各医療機関、病棟の個別の医療機能を決めつけるものでもございませんし、各医療機関の診療報酬の選択に影響を与えるものでもございません。また、今後必要に応じてさらなる検討を行うものですので、絶対的なものでもございません。

これらにつきましては、改めてご理解、ご認識のほどお願い申し上げます。続いて、グループワークの進め方について、資料4をご覧ください。

班の設定は、皆様のお手元にお示しさせていただいておりますが、病院代表の皆さまについては、病床機能別・医療機能別の割り振りとなるよう設定しております。

流れとしては、1つ目に、進行役、書記、発表役の決定になります。初めに、恐れ入りますが、名簿の右側の番号で1番の方が仮進行役となっただきまして、お1人ずつ自己紹介の上、進行役、書記役、発表役の決定をお願いいたします。それ以降の進行は進行役の方をお願いできればと思います。

2つ目が、40分のグループワークとなります。先ほど資料3で申し上げた具体的内容について、各項目について時間を区切るなどしながら、お一人お一人にご意見を求めていただければと思います。

書記役の方は、意見交換、発表に向けて、グループワークで話し合っご意見を、傍聴席の皆さまとも共有できるように、ホワイトボードをそれぞれ用意しておりますので、そこにまとめていただくようお願いいたします。

40分という時間はあくまで目安となります。際限なくということではございませんが、ご議論が尽きない場合は一定の延長も可能です。

最後に、発表、意見交換ということで、各班から発表いただいたあとに、全体で意見交換を行うという流れで進めていきたいと考えております。

資料5は、グループワーク用のメモ書きとなっております。意見交換の際にご活用いただければと思います。

説明は以上でございます。

○鈴木座長：ありがとうございました。

次に、東京都医師会のほうからも追加のご説明がありますので、よろしくお願いたします。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

定量的な基準について、もう一度お話をさせていただきたいと思います。

先ほどから猪口副会長も東京都からもいろいろご説明をさせていただいていますが、あくまでも目安として考えていただければと思っています。

この定量的な基準が出てきたのは、病床機能報告においては、病床といいながら病棟単位での報告になっているためだといえます。そして、回復期が少ないという報告になって、急性期が多くなっている傾向が見られるということは、皆さんもそのとおりだと感じておられると思います。

その点については、厚労省も認識していて、都道府県に投げて、それぞれの都道府県においてやり方を決めてくださいということになったのが、去年の8月の通知だったわけです。

具体的な内容は、都道府県によって異なるわけですが、その中で強調されていたのは、定量的な基準をどのようにするかということ以上に、議論を活発化してほしいということでした。

私は、ほかの調整会議にも出席させていただいていますが、この地域はほかと比べて、活発に個別的に話し合いがなされているという印象があります。

そこで、敢えてお願いしたいことがございます。

それは、各地域での議論の中では、高度急性期、急性期のグループでは、回復期、慢性期が足りないという議論が多く、一方、回復期、慢性期のグループにおいては、そのあとの在宅とか療養が足りないというお話が多いです。

これは、同じ地域にあるにもかかわらず、そういった異なる答えが多く出てきているということになります。

ですので、この区南部の先生方におかれては、どうしてそういうことが起こるのか、自分たちもそうなのかといったような、一步進んだ議論をしていただけないかと思っています。

資料2-2では、平成30年度の病床機能報告では、回復期は12.4%ですが、基準適用後とか2025年の必要量で見ると、25%とか30%を超えて必要だということになっています。

それにもかかわらず、この調整会議の前半での議論では、回復期が割と足りないという形になってはいますが、回復期を主にやっている病院の先生からは、「実は、空いているんです」という傾向が多いですので、そのあたりの議論を深めていただけるとありがたいと思います、

なお、診療報酬とは関係ない話であると割り切っていただきたいと思います。どうしても自分の立ち位置から逃れられなくて、広い範囲で見られないという傾向が強いですが、診療報酬とか自分の立ち位置から離れて、地域全体としての病床が足りないのか、足りているのかという議論をしていただければありがたいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

○鈴木座長：ありがとうございました。

先ほどの東京都からの説明などに関連して、何かご質問、ご意見はございますか。どうぞ。

○熊谷（蒲田医師会）：蒲田医師会の熊谷です。

先ほどから、「回復期」という言葉の使い方として、いわゆる病床機能報告のときの「回復期」で報告されているのは、回復期リハビリテーション病院と地域包括ケア病棟だと思っております。

それが、実際の基準適用後の場合には、急性期その他で、DPCなどで、医療投入度が少なかったり、長期間にわたって入院しているような場合で、機能的には回復期とみなされたときには、そこは回復期とカウントされてくるわけです。

ですから、実態では回復期機能を果たしているけれども、看板としては急性期をやっているという、ミスジャッジについて、本来、急性期の病院が回復期をやっているという自覚があるのかないのかという問題もあると思っています。

その辺で、どういう議論をするのかということ、最初に決めるというか、そこをはっきりさせてもらわないと、あくまでも急性期は急性期で、今の実情がいいんだという結論では、話が合わないのではないかと考えています。

○土谷理事：そうですね。特に、回復期の定義については、どこでもよく議論になるところです。

そして、ポストアキュートとかサブアキュートということについては、「アキュート」と付いていますが、この議論の中では回復期ということになります。

例えば、誤嚥性肺炎は急性期なのかというと、多くの人は急性期と答えられると思いますが、回復期としてみなされています。それは、診療報酬のことは関係ないといいましたが、DPCの点数はそんなに高くないので、その点数で切られてしまうと、回復期に相当するということになります。そのあたりが、私たちもそうですし、先生方も判断に迷うところだと思います。

ですので、こういう誤嚥性肺炎は回復期としてみなすようなやり方で考えていくと、回復期を担っておられるところが結構多いということになると思います。ただ、回復期というのは、回復期リハビリテーション病院と地域包括ケア病棟だけなのかというと、実は違うということになります。

そうすると、もっと回復期があるのじゃないかという議論になってくると思いますが、そのあたりのことは、外から見ている私たちはわかりません。現場で仕事をしておられる皆さんしかわからないわけですから、そのあたりの議論をいろいろしていただき、実態についてお聞きしたいと思っていますので、よろしくお願いたします。

○鈴木座長：ありがとうございました。

例えば、高齢者が急性期病棟に入院して、いつまでも出ていかないで、2週間過ぎても出ていかないし、「リハもやってほしい」と家族に言われて、リハをやって、行き先を見つけなければいけないので、しばらく待っていて、ということで、治療もしていないのに延々とそこにいるという場合がありますが、これが高度急性期や急性期の医療なのかということですね。

それでは、これから、各グループにおいて意見交換を始めていただきたいと思います。

傍聴席にいらっしゃる医療機関の方で、グループワークへの参加を希望される方がおられましたら、お席を用意しますが、どなたかいらっしゃいますでしょうか。

よろしいでしょうか。それでは、活発なご議論をよろしくお願いいたします。

### [グループワーク]

○鈴木座長：まだまだ議論が尽きないとは思いますが、各グループからの発表を聞いていきたいと思っています。

最初に、A班からお願いします。

○臼井（池上総合病院）：池上総合病院の臼井です。

先ほどもお話がありましたように、大田区の人口は、85歳以上の高齢者が増えていくということですが、幸いにも若年層が減らないということで、生産人口がある程度確保できるということで、超高齢者の救急をどうしていくかということが大変問題になるということで、議論を進めました。

高度急性期の患者さんの9割が、実は、自宅に退院しているということでした。これは、予想以上の割合ですが、恐らく、回復期の機能も高度急性期が担っているのではないかとということが予測されております。要するに、リハビリもしているのではないかとということです。

ただ、在院日数の縛りが今後強くなってくると、それを短縮するため、ワンクッション置く必要がありますから、回復期の病院に転院していただく必要が多くなってくのではないかということで、回復期の病棟が必要になってくるという予想ができます。

私が勤務している池上総合病院も、昨年の7月に、急性期の病棟を地域包括ケア病棟として、救急で受けた院内の転棟もありますが、大学病院等の外の病院からの患者さんを受けまして、ベッドの稼働率が上がりましたので、そういう需要があったのだと思います。

ただ、高度急性期の病院からほかの回復期の病院に移るときに、患者さんにとっては、病院が変わるということ自体の問題や、転院したときに患者さんの負担が増える問題とか、いろいろと問題が出てきております。

ですので、国のほうとしても、患者さんにとっての転院のメリットというものも、何らかの形で出していただけると、もう少しスムーズに行くと思います。もちろん、国民の理解も必要だけれども、というお話が出ました。

それから、療養のベッドに関しては、今後、在宅医療を充実させていくということで、ある程度受け入れができるのではないかということですが、そのためには、在宅医療の充実をしなければいけないという話も出ました。

あと、85歳以上の高齢者の方々にとって、本当の救急医療が必要かどうかという話も出ましたが、ご高齢の方でも、高度急性期医療を受けて、元気になる方もいらっしゃいますし、ご高齢でも救急病院での治療を希望される方もいらっしゃるもので、その辺は年齢で完全に分けることができないので、国民的な議論も必要かもしれませんが、年齢だけで分けるのは難しいというのが、今の考え方になるのではないかということでした。

○鈴木座長：ありがとうございました。

次に、B班からお願いします。

○瓜生田（東京品川病院）：東京品川病院の瓜生田です。

先ほどの病床機能報告のところにありますように、回復期が足りるとか足りないという議論で終始しました。その一番の根本は、回復期というものの定義

が極めてあいまいであって、厳密に決められていないということが、こういう統計にも出てきたり、議論が迷走する原因であろうということが、まず問題点として出ました。

ただ、そうはいつでも、回復期というのは、回復期リハと地域包括ケア、プラスアルファということですが、その中でも、また難しい要因があって、回復期リハとか地域包括ケアとかいうものにも、いろいろ問題があるということなのです。

一つは、このニーズにおいて、季節的な変動がかなりあるということで、回復期機能に求めるものが、例えば、寒い時期には非常に多く、反対に5月から7月のあたりはニーズが比較的少ないということがあるので、いつの時期で見るかによって、量的な変動がかなりあるということも、議論が迷走する原因の一つであろうということです。

もう一つは、この問題が捉えにくいのは、急性期という病棟の中で、回復期に本来行くべき人を診ているという部分が結構あるので、実態がさらに把握しにくくなっているということです。

さらに、医療区分の1、2、3というのがありますが、今の医療制度の中で、医療区分1という患者さんの行き場がないということも、こういった議論を複雑にしている原因の一つではないかということです。

○鈴木座長：ありがとうございました。

それでは、C班からお願いします。

○小山（東京蒲田病院）：東京蒲田病院の小山です。

まず、「普段感じる地域に必要な医療機能は何か」ということについて、各論から行きます。

先ほど、熊谷先生からもお話がありましたが、急性期の医療が終わったあと、後方がないので、そこでダブついてしまって、回復期の機能をしているということが多いことから、急性期とっていても回復期を診ているとなると、見方を変えないといけないという議論になりました。

それから、地域包括ケアについてですが、これは、地域包括ケア病棟を持っている病院が2つあって、そこでは、サブアキュートとして患者さんを取っているということでした。

土谷先生からは、「診療報酬のことは余り考えないでほしい」ということでしたが、そうすると、例えば、肺炎の患者さんとかも入ってくるので、13対1では到底できないという意見が出ました。

また、ポストアキュートとしては、急性期の病院から来るので、それなりのニーズがあって、現状で足りているということではなくて、いろいろな条件が揃えば増やしたほうが良いというご意見でした。

それから、療養については、このグループでは、稼働率が100%の病院から80%台の病院までありましたが、80%の病院があるということは、「足りているのじゃないか」ということに、数だけ見るとそうなるかもしれませんが、そうではないということです。

一つは、区分の問題があって、区分が低い患者さんばかり取ると、経営的に難しくなってしまうので、選ばざるを得ないということになってくるということです。もう一つは、昨今は、急性期の病院から不安定な患者さんも来るようになってきたからということです。これは、急性期の病院のベッドが足りなくなってきたという事情があるのかもしれませんが、そういう不安定な患者さんも来るようになってきたので、全部埋めるわけにはいかなかったということです。

さらに、看取りの患者さんが来るようになったということも、原因の一つであるということです。つまり、看取りの患者さんが入ってくるということで、常に満杯にしておくことができなくなっているということです。

以上のようなことを勘案すると、今の枠組みで足りているとは言えないということでした。

そこで、総論的にまとめますと、全体的なベッドとしては、現状では足りていないとは感じていないけれども、個々を見ると、その割り振りの中では足りていない部分があったり、足りている部分があったりということなので、そういう枠組みについても考えるべきではないかということです。

ですので、結局は、再分類においては、特に急性期の分け方を勘案すると、再分類はある程度フィットしているのではないかと考えられます。

ただ、回復期を増やすのであれば、リハビリもそうですが、特に地域包括ケア病床ということに言及するのであれば、これは、在宅システムをもっとしっかりしないと、結局、回ってこなくなるのではないかとということです。

つまり、再分類がフィットするけれども、それに引き続いていく在宅の先生方との連携なり、システムなりを、しっかり強化する必要があるというふうにまとめました。

○鈴木座長：ありがとうございました。

それぞれの役割ごとに、それぞれ議論ができていたのではないかと感じましたが、療養のベッドが空いているといっても、より重症の患者さんをより多く取って、看取りも多く診ないと、経営的には成立しないという事情も、かなり勘案するべきだろうと思います。

また、一方で、非常に安定した方を診るために、介護医療院であるとか、高齢者施設であるとか、そういったものが本当に足りているのか。地域包括ケアとの議論も、一緒にしていく必要が、当然出てくるだろうと思います。

また、在宅医療とかいったところや、かかりつけ医機能の議論も、一緒にしていく必要が出てくるのかなと、個人的に思いました。

それから、高度急性期については、この地域の二大高度急性期病院の、東邦大学病院とNTT東日本関東病院の先生方のほうから、9割以上の患者さんが自宅に退院しているということでしたが、ほかの地域に比べると、ちょっとおかしいことになっていると思われまます。

先ほども話が出ましたが、患者さんやご家族は、1つの病院の、1つの病棟で、最初から最後まで治療することを希望されることが多く、転院したりすると、逆にお金がかかってしまうということもあるので、この地域医療構想のところと整合性がとれていないのではないかとという意見もありました。

例えば、薬局の「お薬手帳」ですが、最初は、これを使うと、お金がよりかかるシステムだったので、みんな希望しなかったのですが、これを使うとちょっと安くなるということにしたら、急速に普及していったということです。

ですから、そういう地域完結型医療にするための制度設計というものを、もうちょっと細かくしていただければと思います。もちろん、これは、国が考えることかとは思いますが、東京都のほうから国にぜひ上げていただきたいと、個人的には思いました。

それでは、私のほうで勝手に感想を言ってしまいましたが、お互いのグループの意見とか、言い足りなかったこととか、傍聴されている方の中で、「こういう意見がある」というようなことがあれば、ぜひ言っていただければと思いますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○熊谷（蒲田医師会）：蒲田医師会の熊谷です。

B班で議論していましたが、C班のほうも同じような議論をされていて、このB班の続きが向こうに行ったような感じがしました。

こちらでも、急性期の完結をするための受け皿としての回復期の機能が、受けてくれたり受けてくれなかったりということで、うまく流れないということです。

つまり、どんな患者さんが受けられないかという、一つは、季節変動があるということですが、もう一つは、例えば、高齢者で、経鼻栄養チューブであるとか、医療区分の1に該当する、いわゆる療養型の場合の適用にも入らない患者さんたちが、結局、行き場がなくなってしまって、それが、在宅に行くとき、または、介護施設に行くときに、それがネックになって、また受けてくれないというような問題もあるという話です。

介護療養型がかつてあったときには、そこが受け皿だったのですが、これがなくなって、介護医療院がもしある程度あれば、この介護医療院と地域包括ケア病棟をセットで考えると、地域包括ケア病棟から介護医療院に行くというのが、一番スムーズなんです。残念ながら、区南部には1つもないのが現状です。

しかし、将来の希望というか、そういうパターンができたらいいなと思っています。

○鈴木座長：ありがとうございました。

同様の議論で、A班では、在宅の中で、カンタキ（看護小規模多機能型居宅介護施設）がもっとあれば、重症の在宅ももうちょっと診られるのではないかという話がありました。もちろん、大田区ではまだゼロです。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○土谷理事：東京都医師会の土谷です。

活発なご議論をいただき、どうもありがとうございました。やっぱり、区南部は議論が進んでいるなと思って、お話をお聞きしていました。

A班は、高度急性期が回復期も結構担っているということで、B班も、急性期で回復期が結構担っているので、資料2-2のような数字が出ているのではないかというご意見があったと思われました。

C班は、どちらかというところ、回復期は不足しているのではないかということでしたが、そのあたりの違いについて、各班からコメントをいただければありがたいと思います。

C班の小山先生、いかがでしょうか。急性期が回復期を担っているから、バランスがいいのじゃないかということについてですが、

○小山（東京蒲田病院）：東京蒲田病院の小山です。

全体を見ると足りていて、病院を特に増やさないといけないとか、急性期のベッドを増やさないといけないというわけではありませんが、再分類がフィットするかということ、フィットするのではないかということです。

ただ、それを急性期が担っているからいいんじゃないかという議論は、先ほど、9割の患者さんが急性期から自宅に帰られているという話でしたが、それで、地域医療がうまく回っていくかということ、多分、それを続けていくと崩壊すると思います。なぜなら、高度急性期や急性期がそれを診られなくなってしまうからです。

なので、見方を変えて、そういう再分類をされたんだと思いますが、そういう命題を与えられたことに対しては、フィットするのではないかと回答しているだけで、高度急性期や急性期がそういう形でやっていくと、本来のベッドが足りなくなっていくよねという話は出ました。

○鈴木座長：今の議論の中でも出ましたが、例えば、85歳以上の認知症の方で、誤嚥性肺炎で入って、物すごいせん妄を起こされて、夜勤の看護師では対応できなくて、泣くような思いをして一晩過ごしたというようなケースも、現場では結構あると思います。

ただ、誤嚥性肺炎をちゃんと診られるかということ、呼吸困難が強くなると、家族の負担もかなり強くなってくるので、家族としてはこのまま見ていることはできない。しかも、そういう場合、モルヒネを使ったり、鼻マスクを使ってということでケアできる在宅医も、そんなに多くはないと思います。

ですので、その辺の質的な問題についても、この地域でもまだまだ課題がありますから、地域包括ケアとも含めた議論が必要になってくるのではないかと考えています。

特に、回復期から慢性期にかけての議論の中では、どうしてもそういった施設などの数についても、かなり課題になってくると思っています。

土谷先生、その辺はいかがでしょうか。

○土谷理事：今のお話は、回復期、慢性期から在宅に戻ることにについてのお話でしたが、一方で、高度急性期や急性期が回復期を担っている現状について、A班やB班の意見をお聞きしてみたいと思います。

「回復期も担っていけるから、今のままでいいよ」ということなのでしょうか。それとも、「急性期をもっとやりたいけれども、回復期の患者でベッドが溢れてしまっているので、困っている」という感じなのでしょうか。また、「ベッドが埋まるから、回復期でも抱えていようか」ということなのでしょうか。

そのあたりの表現はニュアンスが難しいかもしれませんが、教えていただければと思います。

○中瀬（大森赤十字病院）：大森赤十字病院の中瀬です。

急性期病院はDPC病院ですから、期間1プラス2のところぐらいまでしか採算が合わないので、3以降になっている方を積極的に入院させようという意思は全くありません。

ですから、回復期のほうが、急性期寄りのところでもっと取ってくださるところが増えてくれば、願ったりかなったりで、どんどん出していきます。

ただ、ここでの議論でやったときは、私どものところは自前で持っていないので、いろいろなところに頼んでいます。冬場のところだけの最近きついという状況になってきていて、それ以外の時期の場合は、割と早めに、かなり取ってくださるようになってきています。

つまり、区南部でも回復期の病床が徐々に増えてきたので、季節変動がはっきりしてきているところじゃないかという感じです。

ただ、その季節変動がなくなってしまった段階で、果たして回復期の病院が成立するかどうかはわかりません。そのあたりの数の微妙な調整というのが、経営的な判断とかいろいろなところに出てくるのではないかと思います。

○小山（東京蒲田病院）：東京蒲田病院の小山です。質問してもいいでしょうか。

季節的な変動というのは、具体的にはどのような変動のことをおっしゃっているのでしょうか。

○中瀬（大森赤十字病院）：それは、例えば、脳梗塞、心筋梗塞、心不全等を含めた、循環器系疾患という、この前の法律で出てきたような、広い意味で、脳卒中を含めたところの循環器系の疾患の救急患者さんの行き場所に問題が出てくるという、そういう数が冬場に急増するところがあるということです。

○小山（東京蒲田病院）：小山です。

私の病院は、地域包括ケア病床を持っていますが、地域包括ケア病床のポストアキュートとサブアキュートで取っている患者さんのほとんどは、夏は熱中症で、冬は誤嚥性肺炎なんです。去年の夏の熱中症の患者さんの数はすごかったです。

ちなみに、常に100%で回っていますが、こちらからすると、季節的な変動というのは、夏の熱中症と冬の誤嚥性肺炎なので、ちょっと乖離しているように感じました。受ける側は、もうそれでいっぱいなんですよね。

○中瀬（大森赤十字病院）：ご指摘ありがとうございました。私どものところのMSWのほうからの悲鳴がどこで上がっているかということでお話しただけで、実際の小山先生のところと違うかもしれません。

○鈴木座長：今のお話に関連して、ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○盛田（東邦大学医療センター大森病院）：東邦大学大森病院の盛田です。

高度急性期から在宅ではなく、自宅への復帰率の話が出ましたが、うちの場合は、今80%強です。

その一つの理由は、さまざまな合併症を持っていて、手術をしてしまった場合、手術創が治ったけれども、合併症の、例えば、耳鼻科の何かが残っているとか、診療科が多岐にわたってケアが必要な方もあります。

しかし、実際には、主病名は治っているということで、そういう患者さんを、どこの病院が、総合力を持って対応できるかということが、よく問題になります。

例えば、キセツ（気管切開）したところがなかなか治らないということであれば、耳鼻科がないと、回復期病院は診てくれないということになって、そうすると、気切の処置だけで残ってしまうというケースがあつたりします。

ですから、これから高齢者が多くなるにつれて、さまざま合併症を持っている人が増加していきますので、その患者さんが1つの病気しか持っていないのであれば、それを手術で治して、一気に点数が上がって、すぐに点数が下がっていくということは、それはそれでいいと思うんです。

しかし、多くの合併症を抱えていて、その患者さんをさまざまな診療科でトータルで診ていかなければいけないという場合には、主病名を治したところで、「はい、それでは、お願いします」ということで受けてくれる病院というのは、残念ながら、少ないのが現状だと思います。

ですから、そういう受け皿ができれば、本当にありがたいと思っています。我々の病院もDPC係数の1プラス2が、67～68%ですから、できれば、

77～78%ぐらいに上げたいと思っていますが、そういうような事情があって、3のほうに行っているという人が、そのぐらいいるという状況です。

○鈴木座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○亀山（NTT東日本関東病院）：NTT関東病院の亀山です。

高度急性期の部分を担っている病院として、少し申し上げます。

大体、消化器疾患とか泌尿器疾患とか眼科の治療などの一般的な疾患の治療というのは、内視鏡手術を初め、低侵襲治療というものがありますので、そういう方の平均在院日数は、当院では10日を切っています。

そういった意味で、当院から直接、9割の方々が自宅に帰るということになるわけですが、それ以外に、例えば、心臓とか脳の疾患とかの場合は、地域の連携パスを使って、リハビリテーション病院というか、そういうところと連携するようにしています。

それは当然で、当院において回復期機能まで持たせるというつもりは全くございませんが、今回の定量的な基準を評価した場合、当院の中においても、例えば、循環器内科の病棟、緩和ケア病棟というのは、回復期相当になるわけです。

特に、循環器内科であれば、CCUからHCUにステップダウンして、そのあと、一般病棟に行くわけです。そうすると、そこに来た場合は、心臓リハビリを初め、そういう部分が評価となって、回復期ということになってしまうわけです。

当院は、ほかの部分は全部、高度急性期と急性期ばかりですが、今度の定量的な基準が、いい悪いは別にしてというか、こうなっているので、反対意見を言っているわけではありません。

ただ、こういうふうな区分けの中においては、そういうふうに、回復期と評価される場合もあるので、一概に高度急性期の病院といっても、機能面から言えば、回復期の部分を一番担っている意味合いがあるということを申し上げたわけです。

ですので、一般的な治療の流れから言えば、高度急性期、急性期の病院が、患者さんを抱え込んで、回復期の流れを阻害するつもりは一切ございません。

○鈴木座長：ありがとうございました。

きょうの議論というのは、東京都の場合は、人口が今後増えていくので、病床を増やしていかないといけないということですが、そのためには、どういう病床が必要なのかということがメインの議論になると思いますので、それぞれのご意見が現場の中から出てきましたので、非常に参考になると思っています。

ほかにいかがでしょうか。佐々木先生、コメントはございますでしょうか。

○佐々木理事：東京都医師会理事の佐々木です。区中央部の座長もしています。

先ほど、在宅の強化が必要というお話がありましたが、昨日、たまたま、うちの区の病院部会がありました。

そこでは、「在宅を強化するためには、バックアップ体制が必要だ」ということで、「地域の急性期をやっている病院でも、回復期をやっている病院でも、在宅療養支援病院にみんななって、機能強化型を各在宅医と組んでいくようにすればいいね」という話が出ていました。

「そうでないと、ポストアキュート、サブアキュートの連携がなかなかうまくいかなくなって、結局は、在宅が進んでいかないために、退院先がなくなってしまうということが起きるので、そのためには、地域の病院が頑張っていたく必要がある」ということでした。

○鈴木座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。副座長に高野先生、コメントをお願いします。

○高野副座長（東京都病院協会、高野病院）：東京都病院協会から来ておりません、高野病院の高野です。

先ほど、亀山先生がおっしゃっていましたが、高度急性期の病院でありながら、回復期のことを担っているということをおっしゃったと思います。

今回、東京都が「定量的な基準による再分類」というのを発表して、回復期が実は、病床機能報告で上げられたよりも多いということを示されたわけですが、そのことを皆さんに気づいてほしいということがあると思います。

つまり、急性期の病院で、日によっては高度急性期を診ているような先生方が、「実は、うちも回復期をやっているんだ」ということに気づいていただければ、より正確な現状をあらわすことになります。

そして、この区南部の医療機能が偏っているとか、不足しているということは、特にないのではないかと、私自身は感じていますので、回復期に手を挙げて、地方からこの地域に進出してくるような病院は必要ないのではないかと考えております。

○鈴木座長：ありがとうございました。

今のご指摘は非常に重要なところで、確かに、この基準で見ると、この地域は結構バランスがとれているという考え方もできると思います。

ですから、実際に、現場にいても、地域内での完結率も高いというのは、そういうところにも理由があるのかなと思います。

ほかにご質問、ご意見等はございませんか。

お2人の先生から手が上がりましたので、それぞれ、どうぞ。

○高野副座長（東京都病院協会、高野病院）：副座長の高野です。

一つ追加させていただきますと、先ほど、この地域には介護医療院がないというお話がありましたが、この地域というよりも、都内にはまだ4つしかないという状況だそうです。

しかし、東京都病院協会には、「介護医療院を開設したいけれども、許可がなかなか下りない。特に、病院のほうから基金を申請しているところは、その話が進まない」という声が寄せられております。

ですので、東京都としては、介護医療院の開設を希望する法人に対しては、ぜひスムーズな開設を許可していただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

○鈴木座長：ありがとうございました。

○熊谷（蒲田医師会）：蒲田医師会の熊谷です。

この区南部は、自己完結して、機能的には果たしているということを、今確認できましたが、診療報酬上の制度は、必ずしも、それでよしとはされていません。

例えば、高度急性期のNTT東日本病院において、回復期機能をすると、その回復期機能を果たした分は、点数上はマイナスになってしまうと思います。

そういう制度でやってくれるなら、それでいいんですが、やればやるほど、持ち出しになるようなことでは、どちらが悪いのかということになりますよね。

要するに、機能を果たしていることを是とするならば、点数の付け方が悪いし、点数が是とするならば、今やっていることが悪いということになってしまいます。

区南部医療圏は、七十数%の自己完結率ですから、区民の満足度は、東京都の中で一番高いと言われていいますので、ユーザーニーズの患者さん層は、少なくとも区南部で行われている医療については、肯定的だということになります。

そうすると、今言ったような高度急性期や急性期の病院が一時的に、状況においては回復期機能を果たすということについて、何らかの形で制度的に認めるようなことを考えるのも、現実的なのかなと思いました。

○鈴木座長：ありがとうございました。

まさに、現場からのご意見ですね。ただ、東京都のほうではいかんともしがたいことではありますが、しっかりと国のほうに上げていただく必要があるということになるかと思えます。

東京都の場合が、全国から見ると、異例の地域なので、かなり特殊な地域であると言えますので、その辺のところを、国のほうでも勘案していただければと思います。

特に、先ほど出たように、回復期に行くためにはお金が余計かかってしまうというのは、好ましくないことだと思いますので、その辺についてもきめ細かい制度設計をお願いしたいということになるかと思えます。

予定の時間をかなりオーバーしておりますが、そのほかにかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、活発なご議論をいただき、大変ありがとうございました。

なお、この調整会議は情報を共有する場でもありますので、最後に、ぜひ情報提供を行いたいということがありましたら挙手願います。

よろしいでしょうか。

それでは、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局のほうにお返しいたします。ありがとうございました。

## 4. 閉 会

○千葉課長：鈴木先生、ありがとうございました。

最後に事務局より事務連絡を4点申し上げます。

まず1点目、本日も行っていただきましたご議論の内容について、追加でご意見等がございます場合には、「東京都地域医療構想調整会議ご意見」という紙にご記入いただき、本日より2週間以内程度で、東京都医師会までご提出をお願いいただければと思います。よろしく願いいたします。

2点目、先ほども座長からございましたが、今後、各病院がこれまで担ってきた機能を大きく変えることなどを予定される医療機関さんにつきましては、ご希望があれば、事前に座長と調整の上、調整会議で情報提供をいただく時間を設けたいと考えております。ご希望の医療機関におかれましては、東京都医師会または東京都までお申し出をお願いいたします。

3点目、議事録についてでございます。冒頭でもご説明いたしましたとおり、本調整会議は公開となっております。議事録につきましては、後日、東京都福祉保健局のホームページに掲載させていただきますので、よろしく願いいたします。

最後に4点目でございます。本日の資料につきましてはお持ち帰りいただきますが、各テーブルの閲覧用の地域医療構想の冊子は、次回以降も使いますので、そのまま置いておいてください。よろしく願いいたします。

それでは、これもちまして、本日の地域医療構想調整会議を終了させていただきます。長時間にわたり活発なご議論をいただき、どうもありがとうございました。

(了)