

令和4年度第2回
東京都保健医療計画推進協議会
会議録

令和4年10月27日
東京都福祉保健局

(午後 4時00分 開会)

○奈倉課長 定刻となりましたので、ただいまから令和4年度第2回東京都保健医療計画推進協議会を開催いたします。本日は、委員の皆様方には、お忙しい中、御出席くださいます。誠にありがとうございます。

議事に入りますまでの間、私、医療政策部計画推進担当課長の奈倉が進行役を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

本会議は、新型コロナ感染拡大防止のため、WEB会議形式となっております。通常の会議とは異なる運営となりますので、事前に送付しておりますWEB会議参加に当たっての注意点を御一読いただき、御参加いただきますようお願いいたします。

続いて、本日の配付資料でございますが、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、御準備をお願いいたします。

なお、本日の会議についてでございますが、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、会議録及び会議に係る資料について、原則として公開となります。ただし、委員の方々の発議により出席委員の過半数で議決した場合には、会議及び会議録について非公開とすることができます。本日につきましては、公開としたいと考えますが、よろしいでしょうか。

ありがとうございます。本日につきましては、既にWEBから傍聴を許可しておりますので、併せて御了承願います。

続いて、お配りしております資料1「東京都保健医療計画推進協議会委員名簿」を御覧ください。

本協議会は今回より新たな任期となります。新たに就任された委員の方々について、名簿の順に御紹介させていただきます。

医療関係団体から、高野委員に御就任いただいております。

保健医療を受ける立場の者から、公募委員として、川島委員、中村委員、吉岡委員に御就任いただいております。また、プレス関係として庄子委員に御就任いただいております。

続いて、本日の委員の出席状況について御報告させていただきます。

本日は、遠藤委員、伏見委員、渡邊委員、長谷部委員、福内委員から御欠席の連絡を頂戴しております。

また、吉井委員からは、遅れて御参加という御連絡を頂戴しております。

また、高品委員の代理として、東京都歯科医師会副会長、勝俣様にご出席いただいておりますので、併せて御報告いたします。

以上で、委員の方々のご紹介を終わらせていただきます。

なお、こちら東京都の事務局側でございますが、医療政策部のほか、関係部局の職員も出席させていただいております。

それでは、開会に当たり、福祉保健局医療政策部長の遠松より、一言、ご挨拶を申し

上げます。

○遠松部長 東京都福祉保健局医療政策部長の遠松でございます。

座って御挨拶させていただきます。

委員の皆様におかれましては、日頃から都の保健医療行政に多大な御協力をいただきまして厚く御礼申し上げます。また、本日は御多忙の中御出席を賜り、重ねて御礼申し上げます。

本日は、東京都保健医療政策の進捗状況の報告をさせていただきます。

計画に基づきまして、5疾病5事業・在宅医療を初め、様々な医療体制の取組を進めているところでございます。委員の皆様からは、各々の御経験や視点から、忌憚なく御意見をいただければと思っております。

また、次期、第8次東京都保健医療計画の策定に向けては、今年6月に改定部会を設置したところでございますが、委員の改選に伴いまして、改めて改定部会を設置させていただきたく、本日の議事としております。併せて、計画の策定に関する今後の予定についても説明をさせていただき予定でございます。

委員の皆様におかれましては、引き続き、お力添えを賜りますようお願いいたしまして挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

○奈倉課長 ありがとうございます。

次に、本日の会議から新たな任期となつてございますので、まず、座長の選任をいたしたく存じます。

資料2「東京都保健医療計画推進協議会設置要綱」第5の2にございますとおり、座長は互選にて設置することとなっておりますが、いかが取り計らいましょうか。

○猪口委員 東京都医師会の猪口です。聞こえますか。

○奈倉課長 はい。お願いいたします。

○猪口委員 はい。今、東京都庁のモニタリング会議から移動中ですいません。

私は、橋本委員を推薦いたします。保健医療政策等の造詣が深く、これまでも座長を行っていただきましたので、今回も橋本委員にお願いしたいと思っております。

○奈倉課長 ただいま猪口委員より、座長には橋本委員をという御提案がございましたが、委員の皆様方、いかがでしょうか。

ありがとうございます。

早速で申し訳ございませんが、橋本委員に座長に御就任いただきまして、一言、御挨拶をいただければと存じます。

○橋本委員 橋本でございます。私は、都庁のほうに来てお話をしております。

今期も座長に御推薦いただきました。代わったほうがいいのかないという感じもしないではないんですが、ただ、今、こういう状況ですので、あまり代わるよりは、後ろにつないでいくような役割を果たしたいと思っております。WEBでやる会議ですけれども、皆さん、そこそこ慣れてきたんだろうというふうに思います。ぜひ、活発な御意見をいただ

きたいというふうに思います。

以上です。

○奈倉課長 ありがとうございます。

それでは、ここからの進行については、橋本座長にお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

○橋本座長 はい。それでは、会議次第に従いまして、進行をいたします。

まず、副座長の指名です。

資料2にございます設置要綱ですよね。設置要綱によりますと、副座長は座長が指名することになっております。副座長には、引き続き、伏見委員にお願いしたいというふうに思います。委員の皆様、いかがでしょうか。よろしゅうございますか。

はい。ありがとうございます。

先ほど報告がありましたように、伏見副座長は、本日、御欠席です。御挨拶いただきたいところですが、ちょっと次回以降にしたいというふうに思います。

後ほど、事務局から御連絡を伏見委員にお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

それでは、議事を進行させていただきます。

本日の議事は、東京都保健医療計画、30年3月の改定の進捗状況について御報告いただくこと。それから、先ほど部長からお話がありましたように、今回、委員が改選されましたので、その委員改選に伴う改定部会の設置という、そういう手順を踏まなきゃいけないということです。この2点です。

まず、進捗状況ですが、5疾病5事業及び在宅療養の取組を中心に、事務局から説明をしていただきます。

その前に、説明の様式について、説明を事務局からお願いしたいというふうに思います。

○奈倉課長 それでは、資料の3-1を御覧ください。

個別の疾病事業に係る進捗状況評価の御説明に先立ちまして、現行の第7次保健医療計画から採用しております進捗管理の方法について御説明申し上げます。

都の医療保健計画では、計画全体を所管する本協議会と各疾病事業ごとの協議会が情報共有、連携を図りながら計画を推進する体制を取っております。

計画で設定した評価指標の進捗確認につきましても、本協議会に先立ち、資料3-2に記載してございます各疾病事業ごとの協議会において、評価、検討を行い、各協議会における検討結果を本協議会において確認するという方式を取っております。

本日は、各協議会で検討された評価について、資料3-1のほうに記載してございます。そして、委員の皆様方からは、こちらについて御意見をいただくこととなります。

各疾病事業ごとの協議会での進捗状況評価の詳細につきましては、5疾病5事業、在宅療養、その他、リハビリテーション医療等については資料3-3、資料3-3に記載

以外の事業につきましては資料3-4に記載してございますので、適宜、御参照いただければと思います。

なお、この後の各所管からの説明でございますが、資料3-3、資料3-4を総括いたしました資料3-1、資料3-2により行います。

では、資料3-1を御覧いただければと思います。

こちらの資料は、左側から、各疾病事業ごとにおける評価指標の名前、それから、計画策定時及び計画期間、4年目でございます令和3年度の実績、評価指標ごとの目標達成状況と5疾病5事業・在宅については右端に総合評価の欄を設けてございまして、各指標の達成状況を踏まえた総合評価をお示ししてございます。

なお、一部の評価指標の実績につきましては、調査の実施が毎年度ではない、成果の結果公表の時期と進捗状況評価のタイミングにずれがある等の事情によりまして、令和3年度前で把握可能な直近の数字についてお示ししているものもございます。

達成状況の評価は、原則としてA、B、C、D、4段階の評価で行ってございます。

各評価の標語につきましては、Aは「全体的に達成できている」、Bは「おおむね達成できている」、Cは「やや達成が遅れている」、Dは「達成が遅れている」でございます。

なお、実績が把握できない、その他、原則に沿った評価をし難い事情がある場合につきましては、評価を「その他」といたしまして、記載上は「-」として記載しております。

総合評価は個別の指標の4段階評価を点数化いたしまして算出した平均値を目安にいたしまして、そこに加えて、目標体達成に向けた取組内容を総合的に勘案して評価を行っています。

計画期間の4年目の5疾病5事業及び在宅における総合評価は、資料3-1に記載のとおり、救急医療を除き、AまたはBとなっております。

救急医療につきましては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大という評価指標の設定時に想定し得ない要因で直接的な影響を受けておりまして、評価の前提となる状況が評価設定時と大きく異なっておりますことから、「-」その他としております。

各協議会の開催状況等については、3-2を御覧いただければと思います。

説明は、以上でございます。

○橋本座長 はい。説明はお分かりになりましたか。大丈夫ですか。

一つ一つ見ながら、また、説明が必要であれば、していただければというふうに思います。

いずれにしても、今、説明があったように、各指標の実績とか、達成状況とか、総合評価については、本協議会の前までに、それぞれの事業ごとの協議会というのが3-2にございますけれども、そこに諮っていただいて内容は確認されているという、それが大事なかなというふうに思います。

それでは、報告をお願いしたいと思います。

まずは、5疾病の取組について、がん医療の取組から順に説明をお願いします。

○田村課長 それでは、まず、がんの取組から説明をいたします。

がん対策につきましては、資料3-2、1ページの一番上にございますとおり、東京都がん対策推進協議会を7月に開催し、御議論をいただきました。

評価指標の達成状況につきましては、おおむね取組が進んでおり、また、評価の平均値はB相当であることから、総合評価はBとするとの御意見をいただき、Bの評価となっております。

続きまして、達成状況がC及びDの指標について、要旨の説明をいたします。

資料3-1の1枚目を御覧ください。

まず、1点目ですが、睡眠時間が十分、あるいはほぼ足りている人の割合、眠れないことが全くない、あるいは、めったにない人の割合がございますが、策定時より減少しており、B評価となっております。

また、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合のうち、女性について増加しており、B評価となっております。

これらの項目につきましては、睡眠については働く世代に焦点を当てて、睡眠に関する正しい情報を提供、また、飲酒に関しても、特に女性の割合を減らすため、正しい知識の普及啓発を行ってきたところでございます。

新型コロナウイルスの感染拡大による運動機会の減少や、ストレス増大などが指標の悪化への影響の一因ではないかと考えられますが、今後もさらなる普及啓発に努めてまいります。

2点目。受動喫煙の機会がございますが、目標値、受動喫煙をなくすは達成していないため、C評価となっております。

しかし、令和3年の数字は、前年に比べまして改善傾向になっております。また、この数字は健康増進法及び東京都受動喫煙防止条例の全面施行の前の数値でございますので、今後さらに改善が図られるものと考えております。今後も引き続き、区市町村等と連携しながら取組を推進してまいります。

3点目でございますが、拠点病院等の整備数になります。

主体となります国及び都拠点病院は維持しておりますが、診療連携協力病院が要件の未充足により指定から外れたため1か所減となり、C評価となっております。なお、令和4年度の初めに都拠点病院を新たに2病院整備いたしました。

がん対策については、以上でございます。

○千葉課長 次に、脳卒中、心疾患につきまして、続けて説明をさせていただきます。

資料3-1の2枚目を御覧ください。

一番上の段に脳卒中、次の段に心疾患が記載してございます。

それぞれ指標は四つずつございまして、策定時に比して実績が延びているため、全て

の項目でA評価ということを見せていただいております、総合評価もAとさせていただきます。

資料3-2を御覧ください。

こちらのがんの次、脳卒中、それから心血管疾患を記載してございます。

脳卒中と心血管疾患につきましては、国の法律に基づきまして、循環器病ということで一つにまとめられております。

脳梗塞、脳卒中ですとか、心筋梗塞や心不全などの心臓病も、全てひっくるめて、全て循環器病ということで位置づけられておりまして、疾病別の協議会といたしましては、記載のとおり、東京都循環器病対策推進協議会で合わせて6月に協議をさせていただいております、A評価は妥当であるというふうなことで御評価をいただいております。

なお、別の委員からの御意見といたしまして、脳卒中のほうでは、脳血管内治療の現状などの実態把握が必要であることですとか、リハビリテーションについての御意見をいただいております。

心血管疾患につきましては、急性期についてデータを集計しているけれども、入退院を繰り返す慢性心不全等々の患者さんへの対応について、データを集計し、検討を行う必要があるなど、御意見をいただいておりますので、現在、これら頂いた御意見につきまして検討を進め、何か事業を進めていきたいと、そういうふうにご考えておるところでございます。

脳卒中及び心疾患につきましては、以上でございます。

○田村課長 続きまして、糖尿病の取組でございます。

資料3-2、上から四つ目に記載がございますが、8月に東京都糖尿病医療連携推進協議会を開催いたしまして、お諮りをしたところでございます。

総合評価については、各指標の達成状況や事業の取組実績などを勘案し、Bとなっております。

資料3-1の2枚目にお戻りいただきまして、評価指標の達成状況でございます。

まず、特定健康診査実施率、特定保健指導実施率が、昨年度と比べ若干下がり、D評価となっております。

この2項目については、昨年度に引き続き、コロナ禍での受診抑制等について今後の課題であると認識しております。

続きまして、新規透析導入率と導入患者数についてでございますが、いずれも昨年度から減少しておりますが、計画策定時と比べて増加していることから、D評価となっております。

新規透析導入率については、協議会において、高齢者と高齢者以外で状況が異なっており、高齢者以外の部分ではよい評価となると思われる。今後に向けては、世代で分けるか、年齢調整をするなど、評価の仕方は工夫が必要であるとの御意見をいただいております。

糖尿病については、以上でございます。

○隅田課長代理 続きまして、精神疾患の取組について御説明いたします。

精神疾患につきましては、資料3-2のほうに記載しておりますとおり、11月10日に地方精神保健福祉審議会のほうで協議を行う予定となっております。そのため、本日は事務局案として御提供させていただいております。

評価指標の達成状況につきましては、資料3-1、2枚目の下段を御覧ください。

今回の精神疾患の総合評価はAとしております。

評価指標は二つ記載しております。1点目の取組3-1、入院期間1年以上の長期在院者数につきましては、計画策定時と比較して一定以上の減少になることから、達成状況はAとしております。

なお、資料の表に記載しておりますが、取組3-1の実績値は計画策定時と異なる調査を出典としていることから、参考実績として取り扱い、総合評価の算定には含めておりません。

2点目の取組4-6、災害拠点精神科病院及び災害拠点精神科連携病院の指定につきましては、計画策定時、拠点病院が1か所、連携病院が14か所だったものが、令和3年度末時点で、それぞれ2か所、22か所となっております。

災害拠点精神科病院、連携病院を増やすという目標を達成しておりますことから、評価はAとしております。

精神疾患につきましてはの説明は、以上となります。

○西川課長 続きまして、認知症の取組について御説明いたします。

認知症につきましても、先ほどの精神疾患の取組と同様、11月10日の地方精神保健福祉審議会のほうに報告予定のため、今回は事務局案ということで報告いたします。

資料3-1の一番下段のほうを御覧ください。

認知症につきましては、記載の三つの項目を指標としております。

一つ目は、かかりつけ医認知症研修についてでございます。こちらは、昨年度、コロナ禍ではありましたが、各地域拠点型の認知症疾患医療センターのほうでオンライン化などの取組を行っていただきまして、500名を超える方に受講いただき、結果、令和3年度末時点の修了者6,435人となっております。

二つ目のチームオレンジの整備についてでございます。

チームオレンジとは、認知症の人やその御家族の支援のニーズと認知症サポーターを中心とした支援者をつなぐための仕組み、取組になりますが、こちらも、現在、10区市でチームオレンジが立ち上がっている状況でございます。

最後、三つ目。日本版BPSDケアプログラムの普及でございます。

こちらは妄想や介護拒否といった認知症の周辺症状を緩和することによりましてケアの質を高めていくものになりますが、こちら都と東京都医学総合研究所共同で開発したプログラムになります。

都のほうではこのプログラムを実践する方の育成などを行っておりまして、現在、35の区市町村で実施いただいております。

いずれの項目も目標策定時から順調に増加しておりますので、各項目の評価及び総合評価につきましても、Aとさせていただきます。

説明については、以上でございます。

○橋本座長 はい。ありがとうございました。

では、一旦、ここで区切って、今説明がございました5疾病について、御意見、御質問をお願いしたいと思います。分かりやすく挙手をさせていただくと助かるんですが、いかがでしょうか。

公募委員の方たち、あまり遠慮せずに、何でもいいですから、御意見いただければと思います。いいですか。

では、ちょっと皆さん、ちょっと慣れるまで。

最後の取組の5-1の4番、BPSD、もうちょっと説明をしていただけますか。

○西川課長 分かりました。こちら、いわゆる介護拒否とか、妄想とか、そういった周辺症状というのが、認知症の方にはやはりあります。それを緩和するためのプログラムなんですけれども、まずはそのBPSDを数値で評価しまして、ケアに関わる関係者で共有します。そのことによって、そのBPSDの背景にある原因は何なのかというのを分析、評価して、それで仮説を立てて、実際にケアで試してみる。それをケアの関係者でシステムを使って共有することで、トライアンドエラーしながら、BPSDの緩和をしていくというようなプログラムになっています。

これは、もともとスウェーデンでかなり広く使われているもので、それを東京都医学総合研究所の西田先生が日本のほうに持ち込んで、都と、モデル事業を経て、今、現場で実践しているところです。

○橋本座長 ありがとうございます。

これって、すみません、ちょっと個人的な興味ですが、認知症だけの話なんですか。認知症に特異的なプログラムなんですか。

○西川課長 そもそもBPSD自体が認知症の方の周辺症状ですのでとして出やすいので、必ずしも認知症だけというわけではないと思うんですけれども、認知症の方に、今、積極的にこのプログラムを各事業所でやっていただいています。

○橋本座長 なるほどね。分かりました。

一般病院でも、認知症ではないんだけど、ちょっと紛らわしいんですけど、一時的なせん妄だとか、そういったところで、やっぱりどういうふうに対応していくかというのは、実はとても、それなりに効果があるやり方があったり、あるいはそれが効果があると大変にうまく結びつけられたりということで、そこそこいいプログラムが検討されているようなんですけれども。

いかがですか。質問はありますか。よろしいですか。

どうぞ、佐々木先生、どうぞ。

○佐々木委員 御説明ありがとうございました。東京都医師会の佐々木でございます。

そもそもなんですけども、これは他の評価でもそうなんですけども、例えば項目が10個あって、そのうち5個あるから50%とかですね、本当にこれ加算平均できるのかというふうにちょっと思うんですね。

例えばがんのところでは18項目のうち10個だから56%というふうになっているんですけども、この中でウエートがあると思うんですね。

例えば健診の受診率と、それからポータルサイトの閲覧数というのが果たして同じウエートで、1項目、1項目それぞれ10%みたいな。

なので、項目を18分の10と書くのはいいんですけども、せめて56%というふうなことはちょっとどうかなというふうに思う次第なんです。それが、まず一つです。

○橋本座長 どうぞ、もう一つ。

○佐々木委員 あと、もう一つは、やはりがん検診のところでは、受動喫煙の機会というのがC評価になっているんですけども、東京都は、ご存じのように、受動喫煙防止条例というすばらしい条例ができて、大変すばらしいんですけども、これはもともとオリンピック東京2020を対象にして始まったものだと思うんですけども、その2020が終わって、ちょっと何か気が抜けているのかなと感じるところがあるんですね。

最近、飲食店でも、結構、何だか知らないけれども、喫煙できているところが増えていく。

一つは、何か、たばこの出張販売許可というのを取ると、その飲食店は吸ってもいいんだよみたいな、そういうようなことが何か流れていて、出張販売許可を取った飲食店がたばこを吸わせているというようなところがあるんですよ。

ですので、ここはぜひとも東京都は気を引き締めていただいて、せっかくあるこのすばらしい受動喫煙防止条例をさらに進めるように、これはお願いでございます。

以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。

2点目のほうについて、何か事務局からございますか。

○田村課長 はい。ありがとうございます。

すみません。そちらにつきましては、所管のほうにしかと伝えさせていただきます。ありがとうございました。

○橋本座長 はい。1点目のほうはいかがですか、これは評価をするときのよくある話なんですけども、どうですか、何かありますか。

○奈倉課長 評価については、一応、基本的に項目の達成割合という形でするような仕方をするようにというようなことは統一的に定めているものではございませんで、基本は個々の、先ほどちょっと御説明したとおり、個別の指標について、Aについては4点、Bについては3点、Cについては2点、Dは1点という形で点数化したものを合算して

項目数で割り返した平均値を算出して、それをA、B、C、Dということで、3.5点以上になればAというようなことで出す形で評価の目安を示してございます。

ただ、そんな単純な平均では勘案できないところがございますので、実際、取組を行った事業内容ですとか、実際の事業の進捗等を加味して総合的に評価するよというようにお願いしておるところでございます。

ただ、頂いた御意見については、非常に貴重なものと考えてございますので、次の計画の策定時に評価の手法等についても併せて考えさせていただきたいと思ひます。

ありがとうございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

根本的な問題ですけれども、それぞれの事業の重みづけが違うのだから単純なパラメータを1にして足し算するのはおかしいだろうという話は当初からある話で、ただ、ざっと見ていただいてどうなのかぐらいの話でいいのかなというふうに、そもそも指標って何だという話にもなります。

指標に基づいて見えるものを見て、大事なものについて中身を議論していくというのがとても大事になるかと思ひますし、各協議会ではそのことがされているというふうに私は考えております。

よろしいですか。佐々木先生、よろしいですか、こんな感じで。

○佐々木委員 ありがとうございます、どうも。きちんと各協議会で評価されておりますので、それはそれで十分だと思います。ありがとうございます。

○橋本座長 はい。ありがとうございます。

ほかは、いかがでしょうか。

○猪口委員 東京都医師会の猪口です。

○橋本座長 はい。

○猪口委員 すみません。移動中だったので全部が聞き取れていたかどうかちょっと不安なんですけれども、この評価、我々、私自身は、救急のほうの評価に加わっていて、その救急のほうはDが多くて、これはこのコロナ禍の中で大変な状況だったから、影響を受けたから評価ができない、「その他」という形に総合的に後で見ていただくことになるんですけれども、がん検診においても、多分、相当、比較対象がコロナ前と比較しておりますので、かなりあるんじゃないかなと思ひます。

これ、この評価全体に通じることですが、コロナの影響みたいなのは、これは説明の中に入っていたんでしょうか。

それとも、今後、この評価もコロナの強く影響を受けているようなものに関しては、何か、除外するとか、もしくは注釈をつけるような形がいいんじゃないかなと思ひますので、いかがでしょう。

○橋本座長 事務局、何かありますか。

○奈倉課長 はい。猪口先生、ありがとうございます。

統一的にということではなく、先ほどの佐々木委員からの御指摘もあったように、評価指標によってかなり濃淡がございますというか、直接的な影響を受けているというのが明らかなもの、要因が複数ございまして、その中にコロナも影響しているかもしれないけれども、程度について判別し難いものというものもございますので、今回につきましては、明らかにコロナの影響を受けております救急ですとか、例えば地域医療構想の病床稼働率のようなものにつきましては、「その他」というような形にさせていただいておるところでございます。

ただ、頂いた御意見のとおり、評価指標の設定時に想定し得なかった状況により評価がし難いことというのは今後もあるかと思っておりますので、来年度の評価も含めて、頂いた御意見を参考にさせていただきたいと思っております。ありがとうございます。

○猪口委員 ありがとうございます。

○橋本座長 いいですか。

○猪口委員 はい。

○橋本座長 影響を受けたかもしれないというのは、スタックしておくというか、何か注釈をつけておいたほうが良いような気がするんですよね。

以上です。

○橋本座長 庄子委員ですか。はい。お願いします。

○庄子委員 すみません。がんのところの飲酒と睡眠のところの数字がD判定なんですけれども、特に飲酒のほうは、女性のほうが男性を上回るということで、ちょっと驚きでもあるんですが、先ほどの説明の中で、これらについては何か普及啓発をされているとおっしゃっていたと思うんですけど、実際どんなことをされているのか、教えていただけますでしょうか。

以上です。

○橋本座長 はい。お願いします。

○田村課長 所管のほうに確認したところでは、例えば女性の飲酒に対しては、ガイドブックを作成し、こちらをホームページにも掲載するという事で普及啓発に取り組んでいるということを伺っております。

○庄子委員 そうなんです。見たことがなかったので。はい。ガイドブックを作成したというぐらいなんです。はい、分かりました。ありがとうございます。

○橋本座長 どうぞ。成田さん、どうぞ。

○成田技監 女性の場合には男性よりお酒の量が少なくても体に与える影響が大きいことから、お酒がお好きとおっしゃられている女性タレントさんに出させていただいて、川柳を募集して表彰する啓発イベントを行い、その川柳をガイドブックに載せ、ホームページでもPRするような取組です。

今申し上げたような、ホームページで普及啓発を図るような取組を進めておりますけれども、まだまだ十分でないところがございますので、引き続き、普及啓発に努めてま

いりたいと思っております。○橋本座長 いいですか。庄子さん、何か、御意見があるんですか。

例えば、今、聞きながら、例えば女性の飲酒が増えたのはガイドラインなんかでは直せない、もっと、コロナも含めて、いろんな背景のことがあって、その影響なんじゃないかというような御意見がもしかしてあるのかなと思いつながら聞いていたのですけれども、そうではないですか。

○庄子委員 そうですね。恐らくその理由は大きいと思うんですよね。また、ガイドブックを作成するとかというのはあるんですけど、やっぱり職場や企業の人に、働いている女性は、結構、多いのかなと思いつているのですけれども、お酒の量が増えているのは。

何か、その企業への啓蒙活動とか、何かそういうのもあったらいいのかななんていうのはちょっと思いました。

以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。いろんな要因が絡んでいると思いますけれども、ガイドラインを作って、そういう啓発も最初の一步としては大事なんでしょうね、きっとね。はい。ありがとうございました。

そのほか、いかがでしょうか。よろしゅうございますか。

長瀬先生、どうぞ。長瀬先生、手を挙げましたよね。

○長瀬委員 ちょっとこれ、最初に聞けばよかったんでしょうけど、認知症のところですね、申し遅れましたが、かかりつけ医認知症研修の実施に関してお尋ねします。というのがありますよね。この東京都のかかりつけ医の定義というのはどういうふうにしていたんですか。前に聞いたかもしれませんが、について改めてまた教えていただけないでしょうか。きたいんですが。

○西川課長 はい。この私が担当のほうでやっています、かかりつけ医認知症研修につきましては対象の方を絞るようなことは特にしていません。

基本的には、日頃から高齢者と接する機会の多い医師の方を対象にした研修になっています。なので、特にかかりつけ医の定義を絞って対象者を限定するようなことはせずに、幅広く受けていただいているものでございます。

○橋本座長 長瀬先生、よろしいですか。

○長瀬委員 はい。分かりました。

○橋本座長 あまり絞って何かやっているという話ではなくて、もっと広く、緩くやっているということだろうと思います。

○西川課長 そうです。

○橋本座長 より多くの方に入っていただくようなもの、そういう意図だと思います。

もしよろしければ、次のほうに行きたいのですが、どうしてもという方があれば、また後にしましょうか。全体をやりますので、また後にしましょう。

それでは、次にまいりたいと思います。5事業と在宅療養の取組について御説明いた

だきます。それでは、よろしく申し上げます。

○千葉課長 それでは、まず、5事業、一つ目。救急医療から御説明をさせていただきます。

資料3-1では、3枚目を御覧ください。

一番上が救急の欄でございまして、会議冒頭からも御説明がありましたとおり、救急医療はですね、コロナ禍の影響をダイレクトに受ける部分でございまして、指標も救急の搬送ですとか、応需率等々の数値となっております。

その関係から、指標が六つある中の五つがD評価となっております。これは単純に、策定時、コロナ前のものと比べたものでございまして、コロナの影響等々を勘案せずに、ただ単に数値として並べただけでございます。

一番下の救急患者の軽症割合だけがA評価というのは、当然、救急患者さんが増えて重症患者さんが多かったので、相対的に軽症割合が下がったというだけのものでございます。

総合評価といたしましては、評価できないというふうな形で、「-」というか、評価できないというふうな形でさせていただいております。

こちらは今御説明いたしましたとおり、コロナ前の計画策定時においては想定できなかった状況にあるということと、それから、コロナ禍における指標というのが出すのが難しいということで、現在、このような形になっております。

資料3-2を御覧ください。

上から7番目に救急医療がございまして、救急医療につきましては、東京都救急医療対策協議会で、9月に書面開催にて御評価をいただきました。

評価できないということにつきましては、新型コロナの影響によりまして、各指標ともやむを得ない評価と言えるということ。感染症拡大前の指標での評価ということであるので、評価自体が難しくできないというふうな御意見。

その他には、このコロナ禍においても、救急医療に関わるいろんな方々は最大限のパフォーマンスを発揮し、救急医療に対応していただいていた、そういうふうな御意見をいただいております。

救急医療については、以上です。

○石川課長 はい。続いて、災害医療について御説明します。

資料3-1ですが、災害拠点病院の指定数につきましては、昨年から1病院減ってしまっておりますが、これは先ほど精神科のほうで説明がありました災害拠点精神科病院に1病院移行しております。

また、耐震化率ですが、これは整備中でありましたり、計画中段階でありますので、100%にまでは達成しておりません。

この指標につきましては、東京都災害医療協議会におきまして、10月に書面開催で確認しております。おおむね総合評価は妥当という意見をいただいておりますが、今年

度、地域防災計画で、新しい被害想定が出ておりますので、それに基づいて災害拠点病院の受入れ体制強化ですとか、緊急時の受入れ体制、それから他圏域への搬送体制の強化について考えるように。というような御意見を伺っております。

以上です。

○田口部長 続きます、へき地医療の取組について御説明させていただきます。

へき地医療につきましては、伊豆諸島、小笠原諸島の2町7村、それから西多摩地域の奥多摩、檜原村を加えました3町8村の医療の確保を目標としております。

資料3-1にありますとおり、取組は二つ、指標としては四つ挙げさせていただいております。

まず、取組1の一つ目の指標。へき地町村が必要とする医師充足率についてですけれども、要請に対して充足率100%を達成できたということで、達成状況はAとさせていただいております。

次に、医師確保事業協力病院等の数ということですが、これはへき地勤務医師等確保事業という事業で、都内の大学病院などから、へき地に医師を派遣していただくという、この施設数となっております。こちらにつきましては、計画策定時より一つ増えて10病院ということで、達成状況はBとしております。

次に、取組2の一つ目の指標で、画像電送システムの充実ということですが、これは既にありますシステムの、今あるシステムの接続拠点の数と、それから画像伝送システムのその用途の拡充ということをするということで、画像伝送システムをさらにいろいろなことで使っていこうということでございます。

これらにつきましては、島しょ医療基幹病院の都立広尾病院とへき地の施設との間で、退院前のカンファレンスとか、それから、研修会とか、そういうことで使わせていただいて、システムの画像を送る以外の機能のところですね、そういうところも使って、それが定着してきたということで、それで達成状況はBとさせていただいております。

最後に、専門診療の日数という指標がありますが、これは専門の医師に本土からへき地のほうに行っていただきまして診療を実施していただくということで、へき地にいながら専門の医療が受けられるということを目的とした町村への補助事業でございます。

これにつきましては、まさにコロナの影響がありまして、派遣する、行っていただく医師がコロナになって行けなくなったとか、そういうことでの日数の減がありまして、一応、計画策定時よりは減となっているということで、昨年よりは増えているんですが、達成状況はCとさせていただいております。

次に、資料3-2を御覧ください。

協議会につきましては、へき地医療対策協議会を8月に書面で開催させていただきました。

四つの個別指標につきましては、Aが一つ、Bが二つ、Cが一つと、総合評価Bとさせていただいております。

その理由としまして、医師確保事業の協力病院数が一つ増えたのだけれども、目標までは届いていないので、B評価でやむを得ない。また、専門診療の日数減ということでCとなっていますが、コロナの影響で致し方ないのではないか。それを勘案しまして、総合評価はBでよいであろうなどの意見をいただいております。

へき地医療については、以上です。

○石川課長 はい。周産期医療について説明させていただきます。

3-1におきまして、各指標、母体救命搬送システムにおける平均病院選定時間以外は達成しており、Aという評価になっております。

この選定時間につきましては、やはり先ほどから出ておりますように、新型コロナウイルスの感染症の影響と思われるので、ここまでの選定時間がかかっているというふうに見込まれております。この意義につきましては、東京都周産期医療協議会に8月に書面開催で評価いただいております、全体Aといただいております。

意見としましては、先ほどのコロナの影響もあるので、ここまでBという評価じゃなくていいのではないかと、ただ、結果としては、時間がかかっても選定がされている。ということで、運用はうまくいっているのではないかと御意見をいただいております。

続きまして、小児医療について、3-1で御説明させていただきます。

こちらもおおむねA評価となっておりますが、児童死亡率(10~14歳人口十万対)だけ悪くなっているためB評価となっております。

これにつきましては、東京都小児医療協議会におきまして、今年度、8月に書面開催で総合評価Bとしていただいております。

全体としましては、小児救急搬送症例のうち、受入困難事例の件数の指標がよくなっているということですが、やはり、その一方で、救急搬送全体の選定困難事例が、小児を含め、再び増加傾向であるということは注意を要するのではないかと御意見をいただいております。

以上です。

○島倉課長 続きまして、在宅療養の取組について御説明させていただきます。

在宅療養につきましては、誰もが住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、区市町村を実施主体として、在宅医療と介護を一体的に提供する取組を推進しているところでございます。

資料3-1。一番下のほうになりますが、御覧ください。

在宅療養につきましては、取組に基づく指標が、訪問診療を実施している病院数・診療所数から、一番下の入退院支援に関わる研修受講者数まで、計六つございます。

いずれの数値につきましても、策定時に比べまして伸びておりまして、Aが四つ、Bが二つとなっております。取組については、順調に進んでいるものと認識しております。

続きまして、資料3-2を御覧ください。

上の表の一番下のところが在宅療養の欄でございます。

在宅療養は、在宅療養推進会議で、令和4年8月、書面開催いたしまして、総合評価Aというものをいただいているところでございます。

主な御意見といたしましては、一層の病診連携、こういった取組が必要。それから、高齢者を中心とした平時からの在宅療養体制について、区市町村での議論が必要というような御意見をいただいております。

在宅療養の質の向上等につきましては、今後の国の動向や会議の御意見を伺いながら検討していきたいと考えております。

以上でございます。

○橋本座長 はい。ありがとうございました。

5事業及び在宅療養の取組について、御説明が終わりました。

これらについて、御意見とか、御質問をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

島田委員、どうぞ。

○島田委員 すみません。この小児死亡率のところ、10歳から14歳が上がっている、その原因は何か、分かったら教えていただきたいのですが。

○石川課長 この年代におきましては、自殺等が問題になるというふうになっております。

○島田委員 自殺ですか。

○石川課長 ただ、一番多いのは、どこの年代においても悪性新生物が上位を占めておりますが。

○島田委員 はい。これが上がった要因としては自殺ですか。

○石川課長 はい。

○島田委員 はい。ありがとうございます。

○橋本座長 ベースに悪性新生物の死亡率があつて、その上に社会的な何かがあつて子供たちの死亡が上乘せした時期だということですか。そういう感じ。

○石川課長 そうです。

○橋本座長 それで増えた。ちょっと、それはそれで問題ですよ。

○島田委員 この年代の自殺率がやっぱり死因として上がっているというところで、そうですね、課題であると思われま。ありがとうございます。

○橋本座長 はい。どうぞ。

○成田技監 はい。それでは、少し自殺対策についてお話をさせていただきたいと思いません。

自殺の年齢が都では30歳代以下の自殺者が全体に占める割合が全国と比べても高くなっていることから、若年者の自殺対策を重点施策と位置づけ実施しているところでございます。

具体的には、教育関係者との連携、学校の先生に悩みを抱えているお子さんへの対応方法を記載した啓発物を作成、配付する取組やお子さんたちが気軽に相談できる SNS 相

談などを展開しているところでございます。

また、コロナ禍の影響もあり、若年者の自殺が増えていることもあり、今年度の自殺総合対策計画の改定を進めているところでございますので、関係者の皆様方の御意見を伺いながら、新しい計画に反映させ、さらなる対策の強化を図ってまいりたいと、考えているところでございます。

○橋本座長 はい。よろしゅうございますね。はい。ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。

吉岡委員、お願いします。

○吉岡委員 はい。へき地の専門診療日数についてのところなんですけれども、コロナの影響もあって日数が減ったということで、これは必要な医療も受けられなかったことにそのままつながってしまう話なんですか。

○田口部長 はい。ありがとうございます。

確かにその中止になった分というのが、なかなか派遣機関の御予定で、その年に代わりの別の日程でできる場合と、できない場合というのがございまして、できない場合が確かにあったことは事実でございます。

ただ、専門診療が、ほとんどが年に2回とか、そういう形で、毎週来ているとか、毎月来ているとかというところの施設のほうがすごく少ないもので、そういう意味では、ずっと定期的に通院している方が通院できなくなったということとは直接はほとんどつながらないですが、年に1回、待ちわびているという方が残念で受けられなかったということは確かに生じていることは事実でございます。

○吉岡委員 はい。ありがとうございます。

○橋本座長 はい、ありがとうございます。ほかはいかがですか。よろしゅうございますか。

ちょっと聞いていいですか。へき地のところなんだけれども、中身ではなくて、ちょっと評価は他のところと比べると厳しいんじゃないかなと思ったんです。

いや、御説明の言葉の中に目標に対してまだまだだというところがあって、厳しい目に。

その気持ちは分かるんだけど、これはあるべき姿に向かったの達成、現時点での達成目標を立てて、それに対してどのくらい達成できたかということで評価をしているというふうに思うんですが、ちょっと、いいんですが、それぞれがそれぞれでいいんだけど、ちょっと厳しいなという印象を持ちました。はい。

ほかはいかがでしょう。よろしゅうございますか。

はい。それでは、次、いきましようか。また、あれば、全体に戻りたいと思います。

それでは、最後に、今までの取組以外の事業として、リハビリテーション、外国人患者への医療及び歯科保健医療について、事務局より御説明いただきます。

では、よろしく申し上げます。

○島倉課長 それでは、リハビリテーション医療の取組から御説明いたします。

資料は、資料3-2を御覧ください。

リハビリテーションにつきましては、下の表になります。下の表の一番上の欄でございます。

リハビリテーション医療につきましては、東京都リハビリテーション協議会を、令和4年8月、書面開催にて開催させていただきました。

こちらは5疾病5事業以外ですので総合評価というのはございませんけれども、指標といたしましては二つ。リハビリテーションが可能な医療機関数、それから回復期リハビリテーション病棟の病床数、これを増やすということを指標として進捗管理しております。両指標とも順調に伸びているところでございます。

協議会における主な意見といたしましては、地域リハビリテーションでは、障害者の就学、就労など、医療・介護・福祉よりも幅の広い連携の取組作りが必要などの御意見をいただいております。

頂いた御意見につきましては、今後の国の動向や同会議の御意見を伺いながら、検討を進めてまいりたいと考えております。

以上でございます。

○奈倉課長 続いて、外国人医療についての取組について御説明申し上げます。

外国人患者への医療に係る評価指標といたしましては、外国人患者受入れ医療機関認証制度、いわゆるJMIPでございますが、その認証の医療機関数、もう一つの指標といたしまして、外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関数を設定してございます。

いずれも計画策定時よりも医療機関数については増えてございますが、伸び率等の関係もございますので、達成状況としてはおおむねBとしております。

協議会における意見といたしましては、外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関数については、オリンピック・パラリンピックに向けた取組等において数がかなり増加してきたということはよいことであるという御意見をいただいた他、医療機関数については、一定程度、確保されてきましたことから、今後は診療科別ですとか、地域の医療機関、地域別の医療機関数の偏在状況なども確認するなど、数だけではなく、質的な側面も視野に入れた取組ですとか、指標を作っていくことが必要ではないかという御意見を頂戴いたしました。

外国人患者に関する取組については、以上でございます。

○田村課長 続きまして、歯科保健医療の取組でございます。

資料3-2の一番下の欄を御覧ください。

歯科の指標ですが、歯科保健推進計画策定のタイミングで計画的に調査を行っております。経年的に数値が取れない状況でございますので、8月に東京都歯科保健対策推進協議会の委員に事業の実績報告を送付した上で御意見をいただいております。

その結果でございますが、取組状況については了承いただいております。

また、頂いた御意見ですが、1点は、今般の新型コロナウイルス感染症の影響下においては、行事や集合型研修等について中止はやむを得ないという一定の御理解をいただきつつも、今後はウイズコロナを見据えて、ICTを活用し、WEB形式で実施するなど、開催方法を工夫することで事業が停滞しないようにすることが必要ではないかとの御意見をいただいております。

2点目でございますが、障害者歯科医療について、これまで東京都医療機関案内ひまわりの検索項目の追加等といった改修や、その他、連携事業を通じて事業推進してきたところでございますが、例えば包括補助事業を利用していない自治体についても、取組内容や課題を把握するなど、地域の実情を見ながら進めていくことが必要であるとの御意見をいただいております。

以上でございます。

○橋本座長 はい。ありがとうございました。

ただいま三つ御説明いただきました。これらも含めて、全体、戻っていただいても結構です、御意見があれば伺いたいと思います。

まず、三つについて。何か御意見があればお聞きしましょうか、今の三つについて。どなたか、ございますか。よろしいですかね。

じゃあ、ちょっと一つ聞きたいと思います。外国人患者の医療に対する対策って、外国人の患者さんを診ることができる病院をたくさん作りましょう、そのために語学研修もやりましょうと、たしかあったと思いますけれども、そういった形で、言ってみれば構造的なものは少しずつ出てきていると思うんですけれども、中身というか、患者さんの満足度みたいなもの、そういったものはまだまだ測らない。

○奈倉課長 御質問、ありがとうございます。

患者さんの満足度については、現時点ではまだ測定等はしていない状況でございます。

○橋本座長 ただ、コロナの後、どのぐらい外国人の患者さんがいらっしゃるか分かりませぬけれども、多分、いろんなところで評価づけがなされて、旅行者の間での評価づけみたいなものが出てくるんだと思いますよ。多分、それはそれでしょうがないと思いますけれども、それに対応できるようなちょっと仕組みもそろそろ考えておいたほうがいいかなというふうに思いますけれどもね。

中身は、いろんな国の方たちの文化を配慮した対策とか、そういうのは、多分、中にもう既に入っているはずなんですけれども、そういうことの実態がどうなっているかみたいなのをちょっと押さえる必要は今後あるかなというふうに思います。

さて、他はいかがですか、皆さん。

和気委員、どうぞ。

○和気委員 東京都立大学、和気と申します。

ただいまの外国人の患者様への対応についてですけれども、今も御意見等ありましたが、様々な言語や文化を持つ外国人の方で、私どもの大学でも留学生が非常に増えてお

りまして、いわゆる保証人ですとか、家族がいない方が多数おられます。

例えば精神的に非常に不安定な状態になる、周りに支援する人もいないという、そういう学生なども増えておりまして、病院を探すのに苦勞をしたりというようなことがあります。こういう外国人の方への情報は多様な言語等で届けられておられるのでしょうか。

○奈倉課長 御質問ありがとうございます。

東京都におきましては、東京都の医療機関案内サービスひまわりにおきまして、外国人の方向けの医療機関案内のサービスをしておりまして、全ての言語というわけにはいかないんですけれども、5か国語、英、中、韓、タイ語、スペイン語におきましての医療期間の御案内というようなことをしてございます。

また、ホームページ等も翻訳できるような形になってございまして、その言語で医療機関をひまわりのサイトからお探しいただくことも可能でございます。また、ひまわりにおきましては、16か国語について対応できる医療機関を検索できるような形を取ってございます。

○和気委員 分かりました。ありがとうございます。

そういう情報自体が、多分、私どもの大学等も、教育機関、あるいは外国人介護士なども受け入れている高齢者施設等も含めて、なかなか周知がされていないように思いますので、今後とも、情報の周知、拡散に努めていただければと思いました。ありがとうございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

留学生については、保険は今どうなっているんですたっけ。

日本の国保か何かに入れるんだよね、たしか。

○和気委員 現在、国保には、皆、基本的には入るようにしていますけれども、近くでは、ビザが切れてしまったりとか、本人が保険料を納付できないような状況が、特にコロナ禍で多発しております。保険なしでも診療してもらえような病院を探したといったこともせざるを得ない状況にありました。

○橋本座長 保険に入るときに、多分、保険証が交付されるわけですがけれども、そのときに日本での医療のかかり方とか、それも多分出ているんじゃないですか。

大昔なんですけど、留学生協会というところで、留学生の受療行動を調査したことがあるんですけど、まあまあ、それなりに特異な行動があるんですけど、そういうところが結構情報を提供している。

それから、もう一つは、学生同士の情報の流通がすごいです。そういったところがあるので、だからいいという話じゃないんですけども、それもまた利用できるような、いい情報を流すような利用媒体だというふうに考えてもいいかもしれないですね。

ありがとうございました、御質問。

ほかはいかがでしょうか。よろしいですか。前のほうに戻っても結構です。あれば、

どうぞ。

はい。それでは、次の議事の2番目に行きたいというふうに思います。

「委員改選に伴う改定部会の設置について」ということです。

これまでの経緯とか、要綱上の規定について、事務局から説明があります。お願いします。

○奈倉課長 はい。それでは、御説明させていただきます。

まず、改定部会につきましては、今年6月に設置をさせていただきまして、第1回の改定部会を開催させていただいたところでございます。

その後、親会に当たります本協議会の委員の改選がございましたので、今般、改めて改定部会の設置を行うことをお願いするところでございます。

また、本協議会の設置要綱第6の第2項におきまして、部会の委員につきましては座長が指名するものをもって構成すると規定されてございますので、このたび、改めて橋本座長から部会の委員の御指名をお願いするところでございます。

説明は、以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

そういうことでございますので、資料4に記載されている先生たちをお願いしたいというふうに思います。

御意見を伺いたいと思いますけれども、いかがですか。何かありますか。

よろしいですね。はい。事務局と相談し、後ほど委員を指名させていただくようなことに進みたいというふうに思います。

それでは、続きまして、報告事項に移りたいと思います。

報告事項は、第8次の保険医療計画策定に向けた今後の予定であります。

それでは、事務局、お願いします。

○奈倉課長 資料5を御覧ください。

第8次計画については、御案内のとおり、5疾病5事業に加えて、6事業目といたしまして新興感染症等の対応が追加されることとなっております。これの関連といたしましては、現在、感染症法等の一部改正案が国会において審議されているところから、今後の予定については流動的な部分もございまして、本資料におきましては、現時点でお示し可能な大まかな内容についてお示しさせていただきました。

まず、本協議会の委員改選前、今年6月に改定部会を設置いたしまして、7月20日、第1回の改定部会を開催いたしました。

第1回の改定部会におきましては、計画改定の基礎となります病気の実態調査の調査項目等について御検討いただきました。

病気の実態調査につきましては、第1回の改定部会でいただきました御意見を踏まえました項目を確定いたしまして、近日中に委託業者のほうから、都内全ての病院、診療所、歯科診療所に対して調査を御依頼する予定となっております。

令和5年3月末に第2回の改定部会を予定しております、こちらのほうでは医療機能実態調査の結果及び年度内を目途に国から示される予定となっております国の基本方針、医療計画の策定指針、ガイドライン等について御報告をさせていただくことを予定しております。この間、各所管におきましては、改定に向けた準備作業を進めていくこととなります。

来年度につきましては、8月頃までを目途といたしまして、各疾病事業ごとの協議会における検討を行いまして、1月のパブリックコメント等の実施に向けまして、8月頃から改定部会を集中的に開催いたしまして、計画内容、骨子素案の検討を進めてまいります。その後、パブリックコメント等を行いまして、3月に医療審議会に諮問、答申を経て、最終的に3月に計画を策定するということとなります。

説明は、以上となります。

○橋本座長 はい。ありがとうございました。

ただいまの御説明について、御質問があれば、伺いたいと思います。

先ほど委員のお名前が出ましたけれども、かなりハードな部会になると思います。

これまでの経験で言うと、そうなると思います。

よろしゅうございますか。このように進めさせていただきたいというふうに思っています。

では、御了承いただいたということで、お願いしたいと思います。

よろしゅうございますか。何かあれば、ぜひ、お伺いしたいですけれども。

よろしいですか。はい。

それでは、少し早いですが、本日予定されていた内容は、大体、終わることができました。他に、事務局から何かあれば伺いたいと思います。

○奈倉課長 ありがとうございます。

本日は、長時間にわたりまして活発な御議論をいただきまして、誠にありがとうございました。

次回の推進協議会でございますが、来年度の開催を予定しております。

お忙しいところ、恐れ入りますが、また、御出席のほどをよろしく願いいたします。

事務局からは、以上でございます。

○橋本座長 はい。ありがとうございました。

重ねて申し上げますけれども、改定部会の委員の方たち、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、本日はこれもちまして、終了させていただきます。ありがとうございました。

(午後 5時10分 閉会)