

[令和6年度 第1回]

**【東京都地域医療構想調整会議】**

『会議録』

**〔西多摩〕**

令和6年7月25日 開催

# 【令和6年度第1回東京都地域医療構想調整会議】

## 『会議録』

### 〔西多摩〕

令和6年7月25日 開催

## 1. 開 会

○立澤課長：定刻となりましたので、令和6年度第1回となります東京都地域医療構想調整会議（西多摩）を開催させていただきます。本日はお忙しい中会議にご参加いただきまして、誠にありがとうございます。

議事に入りますまでの間、私、東京都保健医療局医療政策部計画推進担当課長の立澤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いたします。

本会議はWeb会議形式で開催いたしますので、事前に送付しておりますWeb会議参加にあたっての注意点を一読いただきまして、ご参加をお願いいたします。

また、本日の配布資料につきましても事前に送付しておりますので、恐縮ですが、お手元に準備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、土谷副会長、お願いいたします。

○土谷副会長：皆さん、こんばんは。東京都医師会の土谷です。

本日の会議は、地域医療の現行の話と、新たな地域医療構想、国で今話されていますが、そのご案内です。

あともう一つ、意見交換は、医療連携の話です。これまでコロナでずっと話してきましたが、今後の医療連携はどうあるべきかというようなことをお話いただければと思っています。

もう一つだけ加えると、前にもお話ししたかもしれませんが、地域医療構想には大きなテーマが2つありまして、1つは病床の話で、もう1つが医療連携の話

になります。

ご案内のとおり、今年度は東京都では病床の配分はありません。ですので、これから、東京は、高齢者、医療需要が増えると思いますが、医療連携をいかに密にやっていくか。

顔が見える連携とよくいうんですが、顔が見えなくても連携しなければいけない時代になります。そういったところをICTツールを使いながらどうやってやっていくかとかとかいったことも議論いただければと思っています。

と言いながら、きょうはWebで皆さん参加されてるんですが、顔が見えない方が多いので、もしよろしければ、ビデオはつけていただいて、こちらのほうも4人で顔が余り見えないかもしれませんが、顔を出しながらご議論いただければと思います。

どうぞよろしく願いいたします。

○立澤課長：ありがとうございました。

続いて、東京都保健医療局医療政策担当部長 岩井よりご挨拶申し上げます。

○岩井部長：皆さま、こんばんは。東京都保健医療局医療政策担当部長の岩井でございます。

ご参加の皆さま方には、日ごろから東京都の保健医療施策にご理解、ご協力を賜りまして、誠にありがとうございます。

本日の会議でございますが、先ほど土谷副会長からもお話がございましたように、現行の地域医療構想や、2040年ごろを見据えた新たな地域医療構想に関する国の動向などを共有させていただくとともに、こうした動きも踏まえて、地域の医療連携に関する意見交換を、主な議題としております。

限られた時間ではございますが、忌憚のないご意見等を頂戴できればと思いますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○立澤課長：ありがとうございました。

本会議の構成員につきましては、事前にお送りしております名簿をご参照いただければと思います。

なお、本日は、オブザーバーとして地域医療構想アドバイザーの方々にも、会議にご出席いただいておりますので、お知らせいたします。

また、本会議にご参加の希望がありました、ほかの区域の座長・副座長の先生方も、Web等でご参加いただいておりますので、ご承知おきいただければと思います。

本日の会議の取扱いについてですが、公開とさせていただきます。傍聴の方がWebで参加されております。

また、会議録及び会議に係る資料については、後日公開となっておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、これ以降の進行を玉木座長にお願い申し上げます。

## 2. 報告事項

### (1) 非稼働病床の取扱いについて

### (2) 外来医療計画に関連する手続の提出状況について

○玉木座長：座長の、西多摩医師会の玉木でございます。本日はよろしくお願いいたします。

医療介護の制度改正だとかいうことで、ベースアップ加算の取り方とかいろいろ大変で、煩雑な状況だと思います。

また、コロナのほうもまた増えていて、大変だと思いますが、きょうの議論は、これまでのことと今後について大切な議題ですので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、まず報告事項の1つ目について、東京都から報告事項(1)の説明をお願いいたします。

○東京都(事務局)：東京都医療安全課長の白井と申します。日ごろは東京都の医療行政の推進にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

昨年度に引き続きまして、非稼働病床等の稼働をお願いしているものでございます。

なお、本日ご報告させていただく内容につきましては、全ての圏域での調整会議が終了後、各病院様あてにご案内させていただきますので、本日は簡単にご説明をさせていただきます。

資料1をご覧ください。

「1. 目的」でございますが、「配分されている既存病床が各医療機関において適切に稼働運営されること」としております。

「2. 対象の医療機関」でございますが、「令和5年3月31日以前より1度も入院患者を収容しなかった病床のみで構成される非稼働病棟等を有する病院」とさせていただきます。

対象の医療機関に行っていただきたいことがございます

(1)は、稼働していない病床を稼働して、病棟等を再開していただく。

(2)は、非稼働病棟等の「具体的な対応方針」を都にご提出いただく。

なお、この(2)につきましては、各医療機関様にはいろいろなご事情等がございますので、そちらの状況等を踏まえて、「具体的な対応方針」をご提出いただきたいと思いますと考えております。

私からの説明は以上となります。

○玉木座長：ありがとうございました。

報告事項(1)について、何かご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。よろしいでしょうか。

なお、報告事項(2)については、資料配布で代えるとのことですので、お手元の資料をご覧くださいと思います。

### 3. 議 事

#### (1) 2025年に向けた対応方針について（協議）

○玉木座長：それでは、引き続き、議事の1つ目に入らせていただきたいと思います。1つ目は「2025年に向けた対応方針について」です。

東京都から説明をお願いいたします。

○井床課長代理：東京都保健医療局医療政策部医療政策課、保健医療計画担当の課長代理の井床と申します。

資料3-1の1ページをご覧ください。

本件は、協議事項となります。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、対応方針としてご提出いただき、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。

「協議の方向性」でございしますが、令和4年度第1回の本調整会議におきまして、病床の機能分化は目指す方向に進捗していることや、高齢人口の増加は今後加速し、医療需要が増大する2040年以降に向けた検討が重要であることなどを理由に、2025年に向けては、原則として各医療機関の対応方針を尊重し、圏域における対応方針として合意をすることについて、ご了承をいただいております。

今回、西多摩圏域におきましては、全ての病院、有床診療所から、この対応方針をご提出いただいております。前回の調整会議までに合意済みであるとともに、前回の調整会議以降に圏域内の医療機関から、内容の変更のご連絡もいただいておりますので、今回は協議いただく医療機関がなく、考え方についての改めてのご理解をいただけますと幸いです。

なお、資料については、全圏域分を用意しております。各医療機関の具体的な内容については、資料3-2-1で病院について、資料3-2-2で診療所についてまとめております。

既に提出があって合意済みの医療機関は、医療機関名を黄色、新規の医療機関は水色、内容に変更のある医療機関は黄緑色で、色付けをしてお示ししております。あわせて、右側の備考欄にも「新規」や「変更」と記載をしております。

また、変更のあった医療機関につきましては、備考欄に変更点を補記しております。

説明は以上となります。

○玉木座長：ありがとうございました。

それでは、「2025年に向けた対応方針」について何かご質問、ご意見のある

方はいらっしゃるのでしょうか。

これについて、土谷副会長、何かコメントはございますか。

○土谷副会長：これも、かつてお話ししたことですが、4つの区分の高度急性期、急性期、回復期、慢性期に分けて、それぞれの医療機関は、自分たちがどうしたらいいのかということ、報告していただいています。

ただ、これについては、「回復期が足りない」「高度急性期が多いんじゃないか」というような形になってはいますが、実際、来年が現行の地域医療構想の目標の年になっています。

あと一年と迫ったところで、何か大きな問題があるのかということ、そういうわけではないと思います。それぞれの医療機関が周囲を見ながら、自分たちが求められる医療は何かということを考えながら、報告されていると思っていますので、それに基づいて、皆さんでご賛同いただければよろしいかと思っています。

○玉木座長：各地区の集計結果を見せていただくと、西多摩は、区部と違って、特質があると思います。若年層と生産年齢の方々が減って行って、80歳以上の高齢者がどんどん増えていく中で、その辺の医療需要もかなり違います。

西多摩の集計結果は、資料3の3ページ目を見ていただければ、高度急性期が足りない。回復期がまだ481床ぐらい足りないとなっています。

これは、前回から出ていた課題ですが、この辺は、急性期が高度急性期に移行してもらったり、回復期に行ってもらったり、慢性期も回復期に移行してもらったりして、何とか西多摩の事情らしい方向性が、今後とも皆さんのご努力で進められればと思っておりますので、よろしく願います。

ほかに何かご質問、ご意見はございませんでしょうか。

それでは、後ほどの意見交換のときにでも、何かあればおっしゃっていただいても結構ですので、次の議事に進ませていただきたいと思います。

## **(2) 地域医療連携の更なる推進に向けて（意見交換）**

○玉木座長：議事の2つ目は、「地域医療連携の更なる推進に向けて」についてです。東京都から説明をお願いいたします。

○井床課長代理：引き続きまして、説明をさせていただきます。

資料4-1をご覧ください。

このたびの地域医療構想調整会議における意見交換についてのご説明でございます。

こちらの資料では、2025年に向けて、現行の地域医療構想の取組みの推進のため、国が新たに推進区域の設定といった考え方を示しております。

それに対する都の対応をご説明するとともに、現在、2040年ごろを見据え、国が新たな地域医療構想を検討しておりまして、国の検討会の動向などをご紹介させていただき、こうした動きを踏まえながら、地域での医療連携について意見交換をしていただきたいと思いますと考えております。

こちらは、先ほどの議事(1)での資料3-1の再掲となっております。

改めての確認となりますが、2025年に向けては、中央の赤枠部分にございますとおり、「原則として各医療機関の対応方針を尊重し、圏域における対応方針として合意」することを、全圏域でご了承いただいております。

こちらは、本年5月に都道府県向けの説明会にて、国から提示された資料でございます。

中央の赤枠部分をご覧ください。国は、本年3月に、現行の地域医療構想の更なる推進のために、事務連絡を発出しており、各都道府県の地域医療構想区域の中から、新たに推進区域、モデル推進区域を設定し、構想区域での課題解決に向けた取組みの推進を図るとの考えを示しております。

なお、下の米印の部分ですが、推進区域は都道府県当たり1から2か所設定し、さらに推進区域のうち、全国で10から20か所程度を、モデル推進区域として設定することとされております。

推進区域の設定にあたっての国の考えでございますが、赤枠内をご覧くださいますと、上段の○にありますとおり、病床機能報告上の病床数と、地域医療構想で推計している病床の必要量との差異等を踏まえて設定、とされております。

具体的には、下段の○において4点の基準が示されております。

①は、病床機能報告の病床数。具体的には、令和7年7月1日付けの予定の病床数と、病床の必要量との差異が特に生じている区域。

②は、病床機能報告の機能別病床数。こちらも具体的には、令和7年7月1日付けの予定の病床数と、病床の必要量との差異が特に生じている区域。

③は、2025年に向けた対応方針の再検証対象医療機関について、検証中または検証未開始の医療機関がある区域。

④は、都道府県がその他支援の必要性があると考えた区域、でございます。

なお、国から都に対して、都道府県説明会のあとに、①と②の基準に関して該当する都内の区域案の提示がございました。

①の区域案としては、病床機能報告上の合計数値が病床の必要量を上回る2区域。②の区域案は、急性期病床について病床機能報告の数値が病床の必要量を上回る5区域。また、回復期病床について病床機能報告上の合計数値が、病床の必要量を下回る12区域。こちらを推進区域の候補として示されております。

ただし、今回の国の考え方は、医療機関の病床の実態を表していないとの指摘がございます病床機能報告の数値と、地域医療構想で2013年時点のデータを基に推計され、その後数値の更新や内容の検証がなされていない病床の必要量について、特に乖離がある区域を候補としたものでございまして、両方の数値とも医療機関の実態が適切に表れている数値とは言えず、その比較だけで区域を選定するのは課題があると考えております。

そこで、推進区域に関する対応でございますが、都では、冒頭にご説明したとおり、2025年に向けて各医療機関の対応方針を尊重することを、全圏域で合意済みであること、そして、これまでも地域医療構想の実現に向け、地域の実情に応じた機能分化や連携の推進を、都全体で取り組んできていることを踏まえ、全13構想区域を推進区域とすることが適切と考えまして、その案を国に報告をしております。

推進区域の設定は国が実施いたしますが、去る7月10日に、国の地域医療構想等に関するワーキンググループでは、都の報告したとおり、全13構想区域を推進区域とする案が、資料上で示されております。

なお、推進区域として今後設定された場合には、都道府県は調整会議での協議を経た上で、推進区域対応方針を策定することとなっております。

こちらは、参考資料2としてもお付けしておりますが、現在国が示しております様式例を添付しております。

この中では、区域としてのグランドデザインや現状及び課題、今後の対応方針等について記述することとなっており、内容については、今後調整会議の場でご相談させていただきたいと考えております。

一旦、資料の説明を終わります。

○玉木座長：ありがとうございました。

それでは、土谷先生、お願いいたします。

○土谷副会長：東京都医師会の土谷です。今の説明にコメントをしたいと思いません。

端的に言うと、国のやり方と東京都の考えはちょっと違うということです。

来年が現行の地域医療構想の終了年になっています。あと一年と迫ったところで、国は、推進区域あるいはモデル推進区域を都道府県でつくってくださいというところでした。

その数は、1個か2個ぐらい選んでくださいといったところですが、東京都は、1個か2個やっても仕方がないじゃないかということで、全部やってやるということでした。

つまり、国のやり方について、東京だけじゃないでしょうが、各都道府県に適用した場合、なかなかうまくいかないところがありました。これまでも私たちは病床配分でずっと振り回されてきました。

そこで、東京は独自に、東京なりに考えてやっていきたいというのが、東京都のお考えの表われだったと思います。

その分、東京都は事務作業が増えるんですが、そういうことも厭わず、皆さんと話し合いながら、国の言いなりじゃなくて、東京都なりにやっていきたいということです。

○玉木座長：ありがとうございます。

私も、国の推進方針を読んでいて、何だかよく分からなかったんですが、この中に病床の機能分化と、それから連携の重要性と、それから働き方改革との課題と、それから病床の削減や統廃合ありきじゃないんだよ、地域の実情を踏まえて主体的に取組みを考えてください。このようなことを国は一応言ってはくれているので、「これはいいな」と思っていました。

だから、東京都さんで一定区域を決めるんじゃないなくて、全域を推進区域とするということを、国に言っていたら、本当にいいなと思います。

西多摩は、23区とかの区部の事情と全く違います。どちらかというと、大都市の周囲の田舎特有の事情がありますので、前から申し上げているように、全国の過疎地も含めたところの課題と同じことを共有した、日本の縮図の一つだというふうに私は思っていました。

ですので、これで「西多摩は西多摩なりの推進区域として考えていいよ」と言っていたら、本当にそれはいいなと思いましたが、恐らく国が定めた推進区域でも、西多摩と同じような事情のところ、いろいろな意見を出してくると思いますので、それも参考にして、ぜひ皆さん、今後の西多摩地域のためにいろいろご意見、ご発想をいただければと思います。

後ほどまた意見交換がございますので、次に行かせていただきます。

引き続き、東京都さんからご説明をお願いします。

○井床課長代理：引き続き、資料4-1を使って、5ページからご説明させていただきます。

これまでは、2025年に向けたお話でございましたが、一方で、国は2025年より先の2040年ごろを見据え、新たな地域医療構想についての検討を、本年3月より開始しております。

こちらは、3月に行われた検討会資料の抜粋でございます。

現行の地域医療構想については、病床に主眼が置かれておりましたが、医療・介護の複合ニーズを抱えた高齢者人口の増大等に対応するため、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として、検討が進められているところでございます。

現在の検討状況でございますが、関係団体に対するヒアリングを実施し、そ

らでの意見を踏まえ、6月の検討会で論点案が示されております。

今後のスケジュールは、夏から秋ごろまでに中間まとめ、年末にかけて最終まとめが予定されており、令和7年度にガイドラインの発出、8年度に各都道府県における新たな地域医療構想の検討・策定とされております。

なお、先ほどの関係団体のヒアリングについて、5月22日に、東京都も参考人として参加し、新たな地域医療構想策定に向けた意見を申し上げております。

東京都が申し上げた意見の具体的な内容について、こちらでご紹介させていただきます。

まず、令和4年度以降の調整会議におきまして、先生方にご議論いただいた内容を、患者の動向と医療・介護提供体制の2つの視点からまとめております。

患者動向に関しては、認知症の方や基礎疾患等を抱える高齢者がより一層増加し、また独居の方も増加する想定のもと、ニーズに対応できる医療・介護全体での体制構築の議論が必要ではないか。

また、医療・介護提供体制に関しては、既存のサービスを提供するための看護師やケアマネ等の人材確保も厳しい状況であり、将来に向けて医療・介護の人材確保の状況を踏まえた議論が必要ではないか。

と意見をいたしております。

次に、策定手続きに関して、新たな地域医療構想では、策定後も様々な状況変化を踏まえ、適宜考え方の見直しやデータの更新を図るとともに、都道府県の実情に応じた柔軟な対応を認めるべきではないか。

また、地域の現状を的確に捉え、自律的に今後の対応を判断できるよう、複数の指標を示すべきではないか。

など、こちらにも意見をさせていただいております。

こちらの資料については、これまでご説明してきた現行の地域医療構想や新たな地域医療構想に関する動向を踏まえ、今後の調整会議の進め方に関する方向性の案をお示しするものでございます。

新たな地域医療構想は令和8年度に策定予定ですが、それまでに例年どおりのスケジュールであれば、今回を含め4回の調整会議を開催できると考えております。

そこで、先ほどご説明した推進区域の設定については、国の考えに基づき対応

するものですが、そちらを地域の医療提供体制の現状把握や課題の確認等を行う機会と位置付けまして、新たな地域医療構想の策定に向けて、2040年を見据え必要となる機能分化や医療連携等についてしっかりと議論をさせていただき、新たな地域医療構想の策定に向け準備を進めていきたいと考えております。

ぜひ、皆様にはご協力をいただけると大変幸いです。

ここまでの説明に対してご質問、ご意見をいただければと思います。よろしくお願いたします。

○玉木座長：ありがとうございました。

では、また、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：またコメントをしたいと思います。

先ほどの話は、現行の地域医療構想についての話でした。

今の話は2025年より先、2040年を見据えた新たな地域医療構想についての話でした。

ここでのポイントは、東京都も国に意見したというところです。今検討会が開かれています、その中で病院団体や都道府県も意見を求められていたところです。

東京以外はどこが入っていたかといいますと福島県でした。福島県は実はその検討会のメンバーなんですね。東京都はメンバーでもないんですが、敢えて呼ばれたということです。

東京都さんは何と言ったかというのは、先ほどご説明がありましたが、大きなところとしては2つありまして、1つは、全国から見られると、東京というと「人材が多くていいね」と言われる話ですが、「そうじゃないよ」というところです。

東京都においても医療人材、介護人材が不足しているという点を強調したという点です。

もう1つは、これはさっきの話とつながっていますが、国のやり方ではなかなかうまく適応できないところが多い。特に東京はそうでしたので、「各都道府県ごとに柔軟に対応させてください」というところでした。

国の言っているところも、病床だけじゃなくて、医療と介護の連携とかいったところもありますが、東京としては、先ほど申しあげました2つの、東京都においても人材が不足しているということと、柔軟にやらせてくださいということをコメントしたということでした。

○玉木座長：ありがとうございました。

国の会議で出ている意見の中で、「外来とか在宅医療も含めた新たな医療提供体制の議論が必要なんじゃないか」というのが、ほかの地域からも出てます。

また、在宅でやって入退院を繰り返して、最期の看取りをどういうふうに提供するのということも必要だとか。

それから、生産年齢人口が減少しているからとか、西多摩と似たような意見も結構出ているので、「なるほど」というふうに僕も思いました。

後ほどまたその辺については議論していただければと思います。

それでは、引き続きまたご説明をよろしくお願いします。

○井床課長代理：引き続き、資料4-1の10ページからご説明をさせていただきます。

先ほど、新たな地域医療構想の策定に向けた準備等について申しあげたところでございますが、今回の調整会議では、地域の現状把握、課題確認といたしまして、地域医療連携の推進について意見交換をしていただきたいと思っております。

なお、意見交換にあたり、参考資料を用意しております。

1点目は、下段の①に記載のとおり、前回の令和5年度第2回調整会議でご議論いただいた「圏域で不足している医療等に関するご意見」を、参考資料3としてまとめております。

参考資料3は、各圏域で様々なご意見をいただきましたが、特に高齢患者への対応等に関するご意見と、人材不足に関するご意見を多くいただいております、資料中、該当部分に下線を引いてお示ししております。

資料4-1の10ページに戻らせていただきます。

次に、下段の②の事前アンケートでございますが、今回の調整会議に先立ち、都内の病院に地域医療連携システムに関するアンケートを実施いたしました。

結果を資料4-2でまとめており、こちらを簡単にご説明をさせていただきます。

1枚目と2枚目には、西多摩圏域の病院からいただいた回答をまとめております。

まず、1枚目の左側は、地域の医療機関同士で診療情報の共有等を図るための地域医療連携システムの導入状況でございますが、11病院からご回答をいただきまして、うち7病院がシステム導入済みでございました。

また、右側には、「システム導入によって得られたメリット」として「医療機関間での患者情報の共有が円滑・効率的に行えるようになった」という回答をいただいております。

一方で、「導入や運用面での課題」といたしましては、「患者、家族の同意取得に係る業務負担が大きい」が最も多く、次いで、「地域医療連携ネットワークに参加している医療機関が少なく、利用機会が限られている」や、「システムの利用方法やメリットへの理解が、院内で進んでいない」との回答を多くいただきました。

2枚目は、システム未導入の病院の回答でございます。

医療連携の際の現状の手段といたしましては、「診療情報提供書のファックス送付」とのお答えをいただいております。

また、システムを導入していない理由をその下にまとめておりますが、「電子カルテ未導入または導入している電子カルテが地域医療連携システムに対応していない」や、「コスト面」の回答が最も多い状況でした。

導入に向けた改善点としましては、「まずは電子カルテ導入や、導入後の慣れといった」といったご意見や、「電子カルテに依存しないシステムであれば、検討可能」などのご意見がございました。

3枚目は、都全体の結果について取りまとめたものになります。

地域医療連携システムの導入状況といたしましては、導入済みまたは導入予定が131病院でございまして、特に、高度急性期や急性期といった機能の病院で多く導入されております。

「システム導入によって得られたメリット」で最も多かった回答は、「医療機関間での患者情報の共有が円滑・効率的に行えるようになった」でして、「導入や運用面での課題」で最も多かった回答は、「地域医療連携ネットワークに参加してい

る医療機関が少なく、利用機会が限られている」でした。また、システムを導入していない理由で最も多かった回答としては「コスト面」でございました。

資料4-1に戻らせていただきますが、11ページ以降で、都の将来推計人口に関してお示しをしております。

11ページでは、都全体の人口推計をお示ししており、資料中の赤色の折れ線グラフで、医療・介護のニーズが高いと思われる80歳以上の人口割合が増加し続けていくこと、また青色の破線の折れ線グラフで、65歳以上の高齢者の単独世帯の割合も増加していること、これらが予想されているところでございます。

次の12ページでは西多摩圏域の人口推計を、13ページ以降は、参考までに、全圏域の人口推計をお示ししております。

また、資料4-1の10ページに戻りますが、こうした参考資料をもとに、意見交換の論点を2点まとめております。

10ページの上段に記載のとおり、1点目が「複数疾患を有する高齢患者、社会的課題を有する患者などの受入れ等に当たり、医療・介護の人材不足が懸念される中で、どう効率的に関係者間で連携するか」、また、2点目が「現状の医療連携の際の連絡方法・手段について課題があるか」でございます。

こちらの2点について、まとめてご意見をいただければと考えております。ぜひ活発なご意見を賜りますよう、どうぞよろしく願いいたします。

説明は以上となります。

○玉木座長：ありがとうございました。

では、意見交換に移りたいと思います。

今、アンケートのご紹介をいただきましたが、今年の1月にやった地域医療構想の会議のときの意見もあるんですが、このときは、高度急性期、青梅総合医療センターのことだと思うんですが、後方病院の患者さんのドレナージがうまくいなくて、その辺が非常に苦慮しているというのと、回復期が足りないということも課題だろうということでした。

これは、先ほど都のほうでおっしゃったことによると、複数疾患を有する、要するに様々な合併症があって、それで高度急性期医療も受けて、その方を、じゃ生活領域や回復期のほうに回したいと思っても、なかなかそこがうまくいかない

ということだと思います。

これは、病床機能自体の連携の問題もあるとは思いますが、連携の方法の問題もあると思うんですが、社会課題がある患者さんというのもあるのではないかと思います。

特にこの西多摩は、80代が急激に上がりますので、在宅医療という概念で、住み慣れた暮らしの場で療養していただくことは、理想としては本当に正しいんですが、その現場をつくれないう高齢者が、非常に多いのではないかと思います。

要するに、ご家族とかの人が近くになくて、成り立たないという方は非常に多いと思いますので、その辺をどうしていくかということも、全体の課題、あるいは在宅医療を推進していく課題の一つでもあるかと思っています。

もう一つ、人材不足の件も前回も出ていて、高度急性期さんのほうからは、看護師さん不足でフル稼働できないということでした。

急性期さんのほうは、内科医を含めた医師不足で、なかなか病床機能がうまく発揮できないというお話もありました。

回復期さんのほうは、PT（理学療法士）さんとかOT（作業療法士）さんとかの人材確保がうまくいなくて、なかなかうまく回せないということも、前回も出ていましたので、この辺もやっぱり人材不足の課題という大きな要素だと思います。

この辺で、まずご意見とかあればと思うんですが、いかがでしょうか。

では、まず高度急性期の、青梅総合医療センターの大友先生にご意見をと思ったんですが、あいにくご欠席とのことでした。

では、急性期の福生病院の吉田先生、現状の報告とかご意見とかあればお伺いしたいんですが、どうでしょうか。

○吉田（公立福生病院 院長）：当院は、結局は内科医不足というのに尽きておりまして、内科医さえ来ていただければ、意欲はいっぱいあるんですが、そここのころに尽きております。

○玉木座長：それが最大の課題ということですね。

○吉田（公立福生病院 院長）：そうですね。そこが一番ですね。

○玉木座長：人材の確保について相当苦労されていると思うんですが、僕らも脇から見ていて大変だなと思っているんです。

まだまだこれからその辺、課題解決したわけではないでしょうから、これからも相当大変ですよ。

○吉田（公立福生病院 院長）：もちろん、そうですね。継続してやっていますが、難しい問題です。

○玉木座長：分かりました。

公立阿伎留医療センターの武井先生、どうですか。ご意見があればどうぞ。

○武井（公立阿伎留医療センター 院長）：私は6月から就任しておりますので、まだ皆さまのように地域の状況を把握しているという状況でもありませんが、私たちが担当しているところは檜原村がありまして、“限界集落”として、マスコミにも地域の名前が出てしまっているようなところです。

非常に広範囲のところ、人口密度が低い中の人たちも担当しなければいけないという状況です。

ご家族が連れていらっしゃること自体が困難な地域であるということと、公立阿伎留にアクセスするときに、ご家族が連れていらっしゃらないとできないような高齢化率になっていますので、待っていてもそういう方々の医療が十分にできないので、どちらかというと、巡回診療的なところで、檜原の診療所とともに一緒にしなければいけないのではないかと、今非常に悩んでいるところです。

人材不足に関しては同様です。医療費が非常に抑制されている中で、医療者さんの人材を確保するというのは非常に難しい状況です。特に国民皆保険が十分に手当てしていない状況で、病院の財政的な力がないところで、努力するのは限度があります。

公立というところで地域からの助成も入っていて、一定のチーム医療をしてい

るという状況ではありますが、なかなかそれだけでは、十分な人材の確保や人材に対する対価を払うことができないというところに、私は一番問題があるのではないかと思います。

かといって、それを改善するのは国の施策ですから、無理な状況にありますので、何とかそういうところの人材の確保をするには、それなりの資金力が必要だというのは、非常に強く思っているところです。

○玉木座長：ありがとうございます。先生のおっしゃるとおりだと思います。

この間も、ご高齢者の医療インフラへのアクセス支援のことを、三師会で議論してしまして、例えば、檜原の方が青梅総合に行かれるのに、檜原、あきる野、福生、羽村と、地域の福祉バスを乗り継いでいくのかとかいう話になってしまうということでした。

例えば、公立阿伎留さんもそうですし、青梅総合さんも、治療が終わったあとに、在宅、あるいは、かかりつけ医にお返ししたいといっても、なかなかかかりつけ医にかかれる人もいないし、病院に年1回でも2回でも、あるいは「何かあったら来なさい」ということを言っても、なかなかアクセスできないという方はすごく多いですね。

西多摩というのは東京都の4分の1も面積があって、山や川がいっぱいある過疎地ですので、この辺について、例えば、デマンド交通みたいなものとか、それから、ライドシェアと言われていますが、タクシーと同じ料金を取ったのでは、ひとり暮らしの高齢の人とかはとても負担できないので、この辺も、ボランティアのライドシェアみたいな仕組みをつくらないと、西多摩の医療へのアクセス自体がうまくいかない。

しかも、ご家族も、車に乗せて連れていきたいけれども、今仕事でその日は行けないとかそんなのが多いですので、その辺の課題はすごくあると思います。

これはあきる野だけでなく西多摩全体の課題だと思うので、その辺はまた、自治体の皆さまにもぜひ、包括的な交通システムみたいなものをご配慮いただければなど、医療者からも思っていますし、生活インフラ、スーパーに行ったり何だりかんだりということ自体も難しいんじゃないかと思います。

この辺は、一番高齢者が多くて、課題の真ん中にある奥多摩病院の井上先生、

どうですか、奥多摩の状況も踏まえて何か現状やご意見はございませんか。

○井上（奥多摩病院 院長）：奥多摩は、今、玉木先生からご発言がありますように、高齢化がもう52%を超えているところです。

先ほど、公立阿伎留の武井先生からもご指摘がありましたように、交通機関も非常に少なく、東京都最大の面積を誇る中で、病院のアクセス自体も非常に難しいところではあります。

当院としては、41床の小さな病院で、外来をやっています。二次救急をやっています。入院診療もやっています。地域包括ケア病床も持っています。あと、在宅医療もやっていて、特養を診させていただいてという、幅広いところ診療させていただいています。

特に高齢者に関しては、地域包括ケア病床を活用して、リハビリして自宅にお返ししたり、そのあと在宅医療で診たり、また、慢性期に入ってきた場合は、特養と連携して、うちがしっかり診るという前提で、例えば、がんの終末期とか、非常に難しい患者さんに関しても、特養で受け入れてもらって、また最期はうちで看取るという形での連携は取れていると思います。

あと、うちの病院の一番の変化としては、4月から総合診療医4名体制というふうに変えまして、あらゆる疾患に関して対応させていただいています。急性期等は3公立病院さんをはじめ、先生方をお願いすることが多いんですが、それ以外のところに関しては、うちはあらゆる疾患に対応できるように努めています。

総合診療医のいいところは、「この病気だから診ません」とか、「このけがだから診ません」ということは言わないで、全部診てくれますし、救急も診ます、外来も診ます、何でもやってくれるので、「在宅医療はやらない」とか、「救急は診ません」とかいう医者もいないので、その辺は4月からかなりやりやすくなっているところなんです。

ただ、今ご紹介した救急、在宅、また総合診療医のやる医療に関しても、悪く言えば全部中途半端で、とても百点を取れるような医療とは胸を張って言えないところなんです。

ただ、奥多摩のいいところは、もともと奥多摩の患者さんは気持ちのいい方が多いのと、僻地医療の不便さを皆さん実感しながらやっているの、ある程度の

医療でも納得してくださるという、奥多摩特有、僻地特有の度量の広さみたいなところがあるので、そこがうちの医療と非常に合っていて、何とかやっつけていけるかなと感じているところです。

できていないことも多いですし、先生方に頼るところも非常に多いので、今後とも何とぞよろしく願いいたします。

○玉木座長：ありがとうございます。

奥多摩さんは、本当に見ている、頑張っていますよね。

自治医大の先生たちもいらしたり、そうではない先生方もあって、総合診療体制というのがあるんですね。

これは、青梅総合さんも各病院さんもそういう体制づくりをなさっていますが、もう少し地域にそういうインフラがつくると、多様な疾患を持っていて、慢性期療養を、できるだけ生活をしている環境の中で診れるという、一つの解決策なのかなと思いますが、なかなか難しいところだとは思いますが。

あと、サブアキュートなり回復期のほうの課題もあると思うんですが、回復期で、大久野病院の河原先生、いらっしゃいますか。

先生はもともと、この地域医療構想の根幹政策をつくっておられた先生なので、そちらの状況も踏まえて、西多摩の現況も最近十分ご覧になったと思いますので、何かご意見があればお願いします。

○河原（大久野病院 院長）：2025年の計画が来年で終わりますが、その次の計画として、2040年をターゲットにする地域医療構想ということですが、2040年までの問題というのは分かっているんです。

人口構成とか疾病構造の変化、それから家族構成の変化ということが分かっているんで、一番大事なのは、さっき推進区域で対応方針を決めるとご説明がありましたが、どういうふうに施策展開していくかだと思うんです。

都の方に伺いたいんですが、対応方針を決めるときは、この地域医療構想調整会議の場で議論するということよろしいんですか。

○立澤課長：東京都でございます。ご質問ありがとうございます。

議論はさせていただきたいと思っています。まずここは事務局のほうで案をつくれた上で、実際、調整会議のほうでご覧いただいてご議論いただくということを今考えております。

あとでご相談させていただきたいと思います。

○河原（大久野病院 院長）：今までの行政計画も含めて、いろいろ見れば、それこそ玉虫色で、予算措置を伴うようなことが、支出をなるべく避けるような傾向がありますね。財政が気になるのかも分かりませんが。

一番大事なものは、これからの議論で、対応方針、つまり、施策をどういうふうにしていくかということを決めることが、議論としても一番大事だと思います。

それから、社会的問題から、医療、介護の連携がますます必要になるとおっしゃいましたが、介護は介護保険法に基づいて市町村が保険者ということで、事業展開しているわけです。

例えば、地域包括支援センターも、中学校区かどこかに1か所ぐらい設けられて、介護の分野では連携しているわけです。

その一方で、医療は、東京都が医療計画をつくっているから責任があるのかもしれませんが、責任主体が自治体では余りはっきりしないんです。

まして、医療のコーディネートをするのは、各病院の例えば地域連携室とかいうところに任されていますが、もっと広域な、例えば、医療圏を越えたような患者の移動とか、あるいは、西多摩の圏域内で患者さんをどういうふうで紹介したりしていくかといったときに、介護の分野では地域包括支援センターがあって、そこでコーディネートされるわけですが、医療の分野ではないんです。

だからぜひ、医療の分野でもその議論を始めていただきたい。地域連携室という、連携を取るようなところは病院にはありますが、それは西多摩全だけではなくて、場合によったら二次医療圏を越えていますので、二次医療圏を越えたような形でもやっぱり議論しないといけないと思います。

だから、議論の前提の一つは、医療と介護の連携といっても、1つの保険法に基づいてきちんとやらないといけない。

医療があいまいになっていますから、医療のほうの責任主体をはっきりして、医療と介護がお互いに連携できる、同じ土俵に立てるような形にさせていただきた

いと思います。

それから、二次医療圏、つまり行政区域が絶対的なものとして固定化していますが、その二次医療圏は、昭和48年の検討会で、広域市町村の単位にする必要があったんです。

それが今弊害を生じているわけですよ。二次医療圏で完結しない医療なんかいっぱいあるわけですから、二次医療圏ということが絶対的なものと考えずに、医療をコーディネートする地域包括支援センターの医療版みたいなものを、ぜひお願いしたいと思います。

○玉木座長：ありがとうございます。

そのご意見は、1月24日のときもお出しいただきまして、もう、先生のおっしゃるとおりです。

福祉は自治体主体で、医療は東京都とか都道府県になっているということの、包括的な医療・介護・福祉をやっていく上の矛盾みたいなものがあるということですね。

この辺は、もちろん、西多摩は、例えば慢性期療養が多いとか、精神病床が多いとか、特養は65ぐらいありますから、ここも本来は活用させていただければと思うんですが、なかなか特養は、医療ニーズが高いとか、重度の方をすぐ受け入れてはくれないし、その辺の問題もあろうかと思います。

私のところは老人保健施設をやっているんですが、老人保健施設というのは、在宅復帰を目的にした医療・介護・福祉・リハビリをやって、できるだけ在宅にお返しするというのが、2018年の医療・介護のときにかなり強調されましたが、今そういうことができる患者さんというのはいないんです。

西多摩はまだ何とかみんな満床近くでやっていますが、全国の老健協会では、空いているところが全国的に非常に多くなってしまって、在宅に返すという理念自体ができなくて、“病床返し”か、“特養待ち”か、在宅に帰れる人はほとんどいないみたいな状況が、全国的な課題になっているというのが現状だと思います。

ですので、その辺ももっと、国全体で、こういう制度の在り方、せつかくあるそういう中間施設とか、今までの特養のやり方みたいなものも、少し変えていければ、多少バッファになるのではないかと、私個人では思っています。

それで、先ほど出ている社会課題を有する患者さんが多いというのが、その辺の、帰る先が十分つくれない、絵にかいたとおりの道筋でお返しできないということがあると思います。

その辺については、各病床機能を担っていらして、各病院の先生がその病床の状況なりに経験なさっていることだと思いますが、在宅にお返しするということが実際にどうなのか、できているのかなというところは、何かご意見がある方はいらっしゃいませんか。

きょうは傍聴で出ている西多摩医師会長の進藤幸雄先生は、西多摩の在宅医療の医師ですから、何か、在宅医療をやっていくという意味でご意見はございますか。

在宅医療をやれるのかどうかということが、地域医療構想にも相当影響してくるのではないかと考えていますので、どうでしょうか。

○進藤幸雄（西多摩医師会 会長）：きょうはオブザーバー参加なので、発言してはいけないと思っていたんですが、発言の機会を与えていただきましてありがとうございます。

先ほど、これから2040年を見据えた地域医療構想を考えていくということで、在宅医療とか外来医療とかを含めて、地域医療構想を検討していかなければいけないということですが、今まで「2025年問題」と言われてきましたが、団塊の世代が75歳を超えて、これから10年かけたら85歳になっています。

75歳時点での要介護認定比率は15%程度ですが、10年後の85歳になると60%前後になってしまう。この団塊の世代がこれから10年間かけて要介護認定比率がどんどん上がって行って、その方たちがいわゆる在宅医療の適用になると考えています。

その方たちを、いわゆる訪診という狭い意味での在宅医療が全て網羅できるかといえば、絶対に網羅できないと考えております。この地域は人口が減少しています。玉木先生の会長時代の見積もりにしても40万人とおっしゃっていましたが、現在、もう37.9万人まで減っています。

人口減少地域に在宅を専門とした医療機関がどんどん増えてくるかということ、多分それは難しいのではないかと考えています。

では、どうしたらいいかということですが、私が非常に大切だと思っているのは、やはりかかりつけ医機能というところだと思っています。

いわゆる普通に開業なさっておられる先生方が、「僕は在宅医療をやらないよ」と言っている先生もたくさんおられますが、いわゆる訪診をするということだけが在宅医療ではなくて、外来に通っている人が要介護認定を受けたり、デイサービスを使い始めたり、訪問看護が入り始めたりというのは、既に在宅医療が始まっていると考えています。

ですから、外来だけ診ているつもりでも、実はそれは在宅医療に深く関わっていますので、その先生たちの意識というか、かかりつけ医として、疾患だけではなくて、その方の社会情勢とかいったことを含めた、トータルコーディネーターとしての意識というものが非常に大切だと思っています。

いわゆるかかりつけ医の先生たちの意識の変革とか、その関わり方の変化であるとか、そういったことが一つ課題で、何とかそこを変革していきたいと考えているのと、あと、訪診専門の先生たちで網羅するのは不可能だと思いますので、訪問看護を医師の代わりにどのぐらい上手に使っていくか。

できるだけ訪問看護を推進して、在宅の24時間をそこで何とかカバーしてもらおう。それをかかりつけ医の先生たちがさらにバックアップとしてカバーしていくというような形に持っていかないと、西多摩の在宅医療というのは破綻してしまうのではないかなと考えています。

○玉木座長：ありがとうございます。

きょうは、全国病院協会のほうの仕事で副座長の進藤晃先生が欠席なんですが、進藤先生は、慢性期療養病床の東京都及び全国的なリーダーです。

彼からいろいろ意見を聞くんですが、行き場所のない高齢者で、かといって療養病床の基準には合わない、要するに寝たきりでもないし、医療・療養病床に入る状況でもなくて、徐々に慢性の多様な病気が悪化して行って、最終的には看取り段階に入るけれども、それをやってくれる場所もご家族もいないという場合は、今の考え方だと、介護医療院とかいう施設をある程度整備していく必要がある。

特養とか老健とかいうところの在り方も、あるいは医療・療養病床の在り方というところも、国も視野を持って検討してもらいたいと、進藤先生は言っておら

れました。

私も、老健の機能がなかなか発揮できないのであれば、そういう方向性かなと考えています。

それでは、あと医療連携に関する連絡方法とか手段についてのことが、まだ議論されていけませんので、そちらのほうに行かせていただきますが、事前アンケートのご意見の中で、ネットワークに参加している医療機関が少ないとか、システムのコストが高いとか。

あと、西多摩のかかりつけ医というのは、日本じゅうと同じで、もう“ご高齢のかかりつけ医”が多いんですよ。

紙カルテでやっている、60代以降、70代、80代の先生もいらっしゃいますので、そういう中で、なかなかICT活用の連携というのは難しいと思います。

ただ、今、東京総合ネットワークのデータセンターもお借りして、西多摩なりのごことは青梅総合さんを中心にやらせていただいていますから、それは今後とも活用していきたいと思っています。

あと、メディアケアステーションとかいうもので、多職種の連携もそれなりにやってはいますが、まだまだ十分ではないという状況です。

この間、武見厚労大臣がおっしゃっていますが、厚労省が今、外来中心の、比較的安価で連携しやすい電子カルテの開発を行って、来年度早々に各地区で運用して、それを普及して、かかりつけ医も含めたICT連携を推進していくという国の方針が定まって、もう具体的な方向性があるようです。

西多摩でもぜひ、かかりつけ医の先生もそういうシステムを利用してもらって、東京医療総合ネットワーク的なネットワークに、例えば、紹介したり、返していただいてお引き受けしたりとか、そういう連携システムみたいなことには、できるだけかかりつけ医の先生も入っていただきたいなとお願いしています。

これからも、西多摩医師会のICT委員会のほうでもぜひやっていくと伺っていますので、その辺、進藤先生を中心に頑張っていただければと思っています。ぜひそれはよろしくをお願いします。

あと、病院さんでも、入院の機能とかいろいろなものになりますと、なかなか難しいとは思いますが、ICTに関しても、あきらめずに来年度以降も推進していきたいと願っているんですが、その辺はどうでしょうか。何かご意見はござ

いますか。

厚労省の外来システムが、これは薬局さんのほうにも連携できますので、その辺も三師会のほうで、薬局さん、歯科医師さんのほうにも働きかけていますので、せっかく東京総合ネットワークのインフラがあるから、少なくともクラウドシステムとかを使わせていただいているので、そういう形で何か。

例えば、先ほど河原先生がおっしゃったように、他圏域、北多摩圏域とか立川とか、南多摩の八王子のほうの高度急性期病床も、実際、西多摩はお世話に十分なっているので、そんな形でICT連携が進めば、さっき言った二次医療圏という枠内だけではない連携も、まだまだ進めていけるのではないかと思います。

その辺を柔軟に考えるということ、東京都さんはきっとそう考えていただけると思うので、ぜひ西多摩もやれることを、皆さん一緒に取り組んでいただければと、座長としては勝手なことを思っております。

では、西多摩保健所の渡部所長様、何か包括的なご意見がおありになりましたら、ぜひお願いします。

○渡部（西多摩保健所 所長）： 玉木先生が常々おっしゃっているように、決して医療の資源が潤沢ではなく、広域なこの地域の中で頑張っている病院の先生方、医師会の先生方には大変感謝申し上げます。

様々なご意見をいただいたところで、個人的に臨床の課題を理解できていないところでもあるんですが、前回、河原先生から、医療資源、人材に関して、デマンドサイドの問題だけではなくて、サプライサイドの問題についても併せて考えていかなければならないというお話があったかと思えます。

それから、これはちょっと私、誤解しているかもしれませんが、今と同じような医療の提供を2040年に向けて続けられるのかどうかというご意見もあったように思います。

先ほど、井上先生からも「百点満点の医療」という言葉がありました。なかなか難しいところでもあるんですが、医療提供体制を、量的なものだけではなくて質的なものも考えていかなければいけないと、個人的にも改めて思ったところです。

○玉木座長：ありがとうございます。

時間が押してまいりましたので、そのほか、きょうご出席いただいています地域の自治体の福祉・医療担当者の方々から、何かご意見とかあれば承っておきたいんですが、いかがでしょうか。

先ほどの医療や生活インフラへのアクセス手段みたいなものと、あと地域包括医療センターが一生懸命やっているのは、僕らも本当に理解しています。

でも、それに合わせた医療がなかなか、しっかりマッチングできない。患者さんがそういうインフラを利用する場合の様々な課題があります。

今、西多摩はブロックごとでもやっていただいていますね。例えば、瑞穂、羽村、福生という形と、あと、阿伎留さんを中心にして、檜原、日の出さんのほうの連携とかですね。

これは災害医療のときも同じ形になっていますが、市町村さんそれぞれのご事情があると思うんですが、広域の圏域として総合的ないろいろなシステムをつくっていくことも、ぜひ牽引していただければと思っているんですが、何かこの際、ご意見とかございますでしょうか。

よろしゅうございますか。

○河原（大久野病院 院長）：人の問題だけちょっと触れたいと思うんですが。

○玉木座長：お願いします。

○河原（大久野病院 院長）：今、18歳人口は108万ぐらいだと思うんですが、そのうち半分ぐらいは大学とか専門学校に行っています。医学部、歯学部、薬学、看護、理学療法、作業療法、診療放射線、この7つの職種で定員13万人いるんです。

だから、50万人中13万人はそちらに行かなければいけないわけですが、医療・福祉の1人当たりの売上げは600万か700万しかないんです。

産業平均では3000万円なんです。だから、いかに効率が悪い産業かというのがよく分かるんですが、その原因の一つが、いろいろ基準があるんです。ここは専従でなければならないとか。

だから、それこそ2040年には18歳人口が、今の赤ちゃんが72万人ですから、72万人がさらに35万人ぐらいに減少するんです。だから、もう人は確保できない。ますます不足すると思います。

じゃ、どうしたらいいかという、規制緩和ですよ。これは国の話になりますが、東京都さんにもぜひ言ってもらいたいと思います。

例えば、7対1看護とか、ここは感染症の専従を置かないといけないとか、いかにも、人が増えている時代の配置基準を要求しているんですね。だから、それを改めることと、何とかして生産性を上げていくしかない。そのためにはやっぱり規制緩和だと思います。

話が大きくなりましたが、人は増えない、減るという前提で議論したほうがいいと思います。

○玉木座長：それは国のほうの議論になってくるんだらうと思いますが、恐らくこの次の地域医療構想も含めて、全国のいろいろな圏域が推進区域とかになっていくと思うんですが、そこで先生がおっしゃることは当然出てくる課題だと思うので、そういう状況の中でどんどん国のほうがそういうふうにやってくれればいいんですが、これは財源の問題とかいろいろなことがありますよね。

でも、その辺は、また東京都さんも含めて、自治体さんのほうの仕組みも必要だと思いますので、そんなこともぜひ国に、様々なルートで、日本医師会からも、病院協会からも、東京都さんからも、あっちこっちから上げていただければと思います。

決して仕組みが変えられないということはないし、変えなければやっていけないんだったら変えるしかないわけですから、その辺の課題をたくさんこれからも発信してというか、発言していければなと思っていますので、どうぞ西多摩の皆さん、“日本の縮図”ですから、どんどん課題を出して発言していただきたいと思っています。

ほかに何か、私が申し上げていることだけでなく構いませんが、何かございますか。

時間が押してしまいましたので、よろしいでしょうか。

おありにならなければ、この調整会議は地域での情報をいろいろ共有する場で

すので、今議論したこと以外でも、何か新たな情報提供がございましたらお話を伺わせていただきますが、何かこの際というようなご意見、あるいは別の課題とかおありになりましたら伺いますが、いかがですか。

おありになりませんか。またこれからいろいろ、アンケートだとか意見聴取とか意見交換は今後もございますので、ぜひ皆さん、日本全体の医療を含めて何とか立ち行けるように、ご意見をいろいろ承れればと思いますので、どうぞ今後ともよろしくをお願いします。

それでは、本日予定されていた議事は以上となります。時間が押してしまいましたので、事務局にお返ししたいと思います。どうぞよろしくをお願いします。

## 4. 閉 会

○立澤課長：皆様、本日は活発な議論いただきまして、また直面されている課題、あるいは将来に向けた様々なご示唆、貴重なご意見を賜り、大変ありがとうございました。

最後に、事務局から事務連絡がございます。

本日会議で扱いました議事の内容につきまして、追加でのご意見、ご質問がある場合には、事前に送付しておりますアンケート様式をご活用いただきまして、東京都あてにお送りいただければと思います。

また、Web会議の運営方法等については、「東京都地域医療構想調整会議ご意見」と書かれた様式をお使いいただきまして、東京都医師会あてに会議終了後、1週間ぐらいをめどにご提出いただければと思います。

それでは、本日の会議はこれで終了とさせていただきます。長時間にわたりましたどうもありがとうございました。

(了)