

		内容(原文のまま掲載)		回答案
1	患者・利用者本位の医療計画	—	患者・利用者からの計画づくりへの転換の必要性 東京都地域医療構想は、医療提供(供給)からの計画づくりである。患者医療を受ける(需要)からの計画づくりも選択できた筈であるが、構想委員のメンバーを見ても、大学病院・大病院・医師会等の医師・医療提供者がほとんどを占めている。公募委員は、1名だけという提供体制側主導の委員会である。これでは、患者や利用者の声の反映が不十分な体制ではないだろうか。	<東京都地域医療構想P. 227、228> 東京都地域医療構想策定部会には、公募委員1名のほか、医療を受ける立場の代表として保険者代表にもご参画いただき、また、地域ごとの意見聴取の場においても、保険者代表に1～2名ご参加いただきました。 なお、「東京都保健医療計画推進協議会」には公募委員3名を含む7名の委員に医療を受ける立場の代表としてご参画いただいています。
		—	国の指針による提供体制からの地域医療計画ではなくて、利用者・患者の立場の地域(生活)医療計画について、方法論を検討して、都民に提示すべきではないだろうか。	
2	第6期介護保険事業計画との整合	—	地域包括ケアシステムにおける医療の位置づけについては、在宅医療だけではなく、入院医療も「東京都地域医療構想」に含まれていると読み取れる。医療政策側からは、在宅医療の供給体制についても計画上の責任を請け負っているのかどうか問われている。入院病床だけではなく、在宅医療も射程に入れた「地域医療構想」であるならば、区市町村の「第6期高齢福祉・介護保険事業計画」の「在宅医療・地域医療」との整合性が問われる。傍聴をした範囲では、区市町村の「第6期高齢福祉・介護保険事業計画」について、地域医療としての検討は、行っていないのではないかと。	<東京都地域医療構想P. 7> 現行の東京都保健医療計画は「東京都高齢者保健福祉計画」等と整合性を図りながら、保健・医療・福祉の連携に係る取組を示しており、平成30年度からの次期東京都保健医療計画についても、整合性を保ちながら策定します。
		—	<在宅ケア体制の分析が、不十分> 「東京都地域医療構想」が入院病床だけでなく、在宅医療も射程に入れた「地域医療構想」ならば、各区市町村の「第6期高齢福祉・介護保険事業計画」の「在宅医療・地域医療」との整合性が問われます。そうした検討を踏まえての「在宅医療＋入院医療」構想なのでしょうか。	
3	医療財源の確保	—	今後の医療財源を確保するためにも、医療費の自己負担を引き上げることを検討し、医療従事者の職種分担、および保険診療と自由診療の混合解禁についても検討していく。現在の国民皆保険を維持するためには高齢者も含め国民全体の自己負担を増やすしか対応策はありません。	医療従事者の職種分担や保険診療の範囲等については、国において検討等を行う内容です。
4	施策の評価・検証	P. 197	都民はじめ各関係者(団体)が地域医療構想に納得し協力していくためには開かれた情報が不可欠です。第5章に紹介されている様々な施策の取組について、具体的にどのような成果を獲得したかを公表すべきです。特に医療人材や介護人材の確保・定着・養成という点については都民が医療・介護を受けるにあたって直接関係する重大事項です。	<東京都地域医療構想P. 5> 東京都保健医療計画推進協議会等において、その進捗状況の管理や評価を定期的実施し、必要に応じて見直しを行うなど、PDCAサイクルを効果的に機能させることで着実に推進していきます。
5	推計で使用する将来人口	—	東京都の独自の工夫が必要なこととして、高齢者人口の伸び率と将来の人口推計がある。例えば、人口推計の動向は、国立社会保障人口問題研究所の人口推計が、使用されている。東京都は、国勢調査と住民基本台帳の動向から2035年への推計を計算している。全国平均化された国立社会保障人口問題研究所の推計では、東京の場合、そもそも充当する精度が低くなり、将来の人口誤差が、拡大するのではないだろうか。当面は、都政自らが試算した人口動向を基礎として、人口の推移を出して、それに伴い医療の必要(小児から高齢者慢性期まで)を算定する必要があるのではないかと。 「地域医療構想Q&A」(208p)では、「厚労省通知により、医療需要推計を国立社会保障人口問題研究所の『日本の地域別将来推計人口』を用いること」と説明している。これは社会的事実を絶対的に反映したものではなく、国の「指導」的関与であるならば、自治体の役割として東京都の独自性を明らかにするために、東京都の推計を使用すること。必要なことは、国の推計と東京都の推計の誤差値を明白にすることである。 それは、2次医療圏・13圏域の動向も如実に現れる。2010年と2015年の人口増の上位3区は、千代田区・中央区・港区。23区で唯一減少した区は足立区。当然、都心3区が入る「区中央部」の医療ニーズには、量的にも年代別にも大きな影響が出てくる。せっかくの推計もすでに事実と違ってきている。	<東京都地域医療構想P. 37> 将来の病床数の必要量は推計値であり、算定にあたり使用する将来人口についても、推計値です。 東京都は病床の整備について、区市町村の意見や病床機能報告の結果などを参考にしながら、基準病床数を定めて地域に必要な医療の確保を行うこととしています。 なお、基準病床数の算出にあたっては、算出時点の人口を使用しています。
6	将来の病床数の必要量について	P. 35	「東京都地域医療構想」は、全国の傾向と違い、高度急性期・急性期は、増床になっている。全国的に取り組まれている地域医療構想では、従来の「保健医療計画」におけるベッド管理政策を補強する役割が、地域医療構想に厚労省からは託されている。しかし、東京都の場合、高度急性期・急性期増床といっても、担い手(医師・看護師)は不足するのではないかと。病床数だけでは、計画数値を確定できないのではないだろうか。	<東京都地域医療構想p. 37> 将来の病床数の必要量は推計値であり、病床の整備については基準病床数を定め、地域に必要な医療の確保を行っていきます。 <東京都地域医療構想P. 194> 医療人材等の確保については、基本目標IV「安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成」を設定し、取組を進めていきます。
7			<医師・看護師などの担い手について> 「東京都地域医療構想」は、全国の傾向と違い、高度急性期・急性期は増床になっています。東京の場合、高度急性期・急性期増床といっても、担い手(医師・看護師)は不足するのではないかと。担い手不足への対応なしに増床の稼働はできるのでしょうか。	

		内容(原文のまま掲載)	回答案
8	県間調整	— ＜患者の近県との流出入への対応について＞ 患者の近県との流出入については、都道府県間の協議になります。どのような協議に東京都としては、対応するのが不鮮明です。近県との協議の方向を明らかにしてほしいと思います。	＜東京都地域医療構想P. 34、35＞ 都道府県間の流出入については、厚生労働省から示された調整方法に基づき、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能については医療機関所在地ベース、慢性期機能については患者住所地ベースの考え方により協議を行いました。
9	病床稼働率について	P. 19 病床稼働率は、厚労省が参考とすべき病床稼働率と比べると、＜高度急性期は厚労省75、東京都83.9＞、慢性期は＜厚労省92、東京都92.1＞、国の水準を上回る稼働率である。これが意味することは、「病床の回転をよくすれば、ベッドを増やす必要はない」という主張には、根拠が薄いということである。むしろ、高度急性期だけではなく、慢性期の病床の増床も必要とされている稼働率と見るべきではないか。	＜東京都地域医療構想P. 37＞ P.19に示した病床稼働率は、平成26年度病床機能報告に基づき集計した値です。 将来の病床数の必要量は推計値であり、病床の整備については基準病床数制度の下で行ってまいります。
10		＜病床の回転をよくすれば、ベッドを増やす必要はない」という主張には疑問＞ 高度急性期だけではなく、慢性期の病床の増床も必要である。病床稼働率は、厚労省が参考とすべき病床稼働率と比べると、＜高度急性期は厚労省75、東京都83.9＞、慢性期は＜厚労省92、東京都92.1＞、国の水準を上回る稼働率である。ここから「病床の回転をよくすれば、ベッドを増やす必要はない」という主張には、根拠が薄いのではないか。高度急性期だけではなく、慢性期の病床の増床も必要とされていると稼働率を見るべきではないか。	
11	既存の医療資源の活用	P192 病床は地域包括ケアに欠かせない医療資源ですが、設備は老朽化します。既存の病床の全てが2025年まで残存しているとは限らず、耐震化・増強・建て替えの潜在的な需要があるといえるでしょう。2025年に向けてこれらの情報についても医療機関から聴取するなどして都として十分に把握し、市区町村と連携の上、必要に応じて財政援助策を検討すべきと考えます。とくに療養の場について国の方針が定まっていないことから、療養病床については配慮が必要です。	既存の医療施設の活用を図るため、都は現在、施設の耐震化や近代化のための支援を行っています。 ＜東京都地域医療構想P. 38、39＞ なお、療養病床については、国における議論の進捗や、都内の療養病床の状況を踏まえた上で、検討していきます。
12	慢性期機能病床について	— 高度急性期を増床する計画の一方で、慢性期については、構想区域によっては、他県からの流出の多さも指摘されている。高度急性期・急性期は東京で、慢性期は近隣県という「地域機能分担」は、原則として是正すべきである。地域完結型の医療にしていくためには、慢性期についても、地域で提供できる体制づくりが重要である。特に厚労省が介護事業構想で打ち出している「地域包括ケアシステム」との整合性を重視するのであれば、都心の高齢者は、埼玉や神奈川でよいという前提の行政計画であっては、都政全体の計画の整合性に疑問が出てくる。 東京都は、「地域ケア体制整備構想」の時に、介護療養病床について、厚労省の指導による療養病床削減を「計画で記載」せずに、事実上、存続を認めた。これは厚労省にも一定程度の打撃を与えた模様である。そのために、「介護療養病床」については、各区市の「第6期介護保険事業計画」上では、ゼロにする計画にならずに、東京都の介護療養病床存続が、有効な施設確保となっている。今回の東京都地域医療構想に充当すれば、「慢性期」については、減らすのではなくて、増やすことが、都政の一環した政策ということになる。この立場を存続することを強く要望する。	＜東京都地域医療構想P. 35＞ 都道府県間の流出入の調整にあたり、慢性期機能については「患者住所地ベース」の考え方により、協議を行いました。 ＜東京都地域医療構想P. 39＞ 国における議論の進捗や、都内の療養病床の状況を踏まえた上で、慢性期機能の在り方について検討していく必要がある旨記載しています。 ＜東京地域医療構想P. 45＞ また、構想策定後には、医療機関、医療関係団体、保険者、区市町村等で構成する「地域医療構想調整会議」を設置し、地域に不足する医療機能の確保等について話し合いを行います。
13		＜「地域機能分担」の機能について＞ 高度急性期を増床する計画の一方で、慢性期については、構想区域によっては、他県からの流出の多さも指摘されています。高度急性期・急性期は東京で、慢性期は近隣県という「地域機能分担」は原則として是正すべきであります。地域完結型の医療にしていくためには、慢性期についても、地域で提供できる体制づくりが重要であると考えます。	＜東京都地域医療構想P. 182＞ 基本目標Ⅲ「地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実」を掲げ、その実現に向けた取組を進めていきます。
14		＜「慢性期」病床の存続を＞ 東京都は、「地域ケア体制整備構想」の時に、介護療養病床について、厚労省の指導による療養病床削減を「計画で記載」せずに、事実上、存続を認めました。これは、現場で在宅医療を担う私たちにとっても賛同できます。削減する方針の厚労省ともたたかって存続させてほしい。そのために、「介護療養病床」について、各区市の「第6期介護保険事業計画」上では、ゼロにする計画とはならず、東京都の介護療養病床存続が、有効な施設確保となっています。今回の東京都地域医療構想に充当すれば、「慢性期」については減らすのではなく増やす、この立場を存続することを強く要望します。	
15	療養病床への支援	P. 38 療養病床については現在国において療養病床のあり方等に関する検討会(および後続の特別部会)を設置し、医療療養病床25対1および介護療養病床にかかわる制度・対応方針を策定中という極めて不安定な状況下にあります。したがって、医療機関にとっては、療養病床をそのまま存続させるか、一部の療養病床を、回復期や(地域)急性期の機能に転換させることを検討するのが現実的といえます。東京都においては、慢性期機能で大きな役割を果たしている療養病床への支援が重要と考えます。 慢性期の病床の推計については、国の算定式が慢性期病床の大幅な削減と在宅医療への移行を前提としているため、真の入院需要を表しているとは言えません。東京都がこれまで一般病床から療養病床への転換等のための施設整備費補助を行ってきたように、療養病床確保の必要性は変わりません。2025年の必要病床数の見直しも含めて、柔軟に対応を行うよう求めます。	＜東京都地域医療構想P. 37＞ 慢性期機能における療養病床の入院受療率の地域差を縮小することや、医療区分Ⅰの7割を在宅医療等で対応することを前提に推計しています。 ＜東京都地域医療構想P. 39＞ 国における議論の進捗や、都内の療養病床の状況を踏まえた上で、慢性期機能の在り方について検討していく必要がある旨記載しています。

		内容(原文のまま掲載)	回答案
16	救急搬送を受け入れる慢性期医療機関に対する支援	P. 13 13ページの記載によると、急性心筋梗塞・脳卒中・成人肺炎・大腿骨骨折は救急搬送が多く、自医療圏、近接圏域で受療する傾向にあるとのことです。 療養病床をもつ医療機関について、上述の背景から、回復期機能や急性期機能を担う経営基盤を作るため、回復期や急性期で行われている急性心筋梗塞・脳卒中・成人肺炎・大腿骨骨折の救急搬送の受け入れを検討する慢性期医療機関に対して一定の基準の下に財政援助を行うことが必要であると考えます。 このことについて、地域医療介護総合確保基金にかかる東京都計画では、平成26年度～27年度計画において、病床機能分化推進事業(平成27年度～28年度)として転換促進委託(10病院)、転換実行支援委託(4病院)、経営研修(150名)を行っております。平成29年度以降も転換実行支援を中心に取組を一層強化すべきと考えます。	<東京都地域医療構想P. 5> 地域で不足する医療の充足等、地域医療構想の実現に向けての取組を推進するため、「地域医療介護総合確保基金」を有効に活用していきます。
17	構想区域	P. 44 今回の地域医療構想では、従来の2次医療圏は変更がなかった。果たしてこうした結論で、2025年・2035年へ向けた地域医療構想として、妥当であろうか。練馬区は、23区で病床数が、少ない区である。その練馬区は、区政の大きな課題として、病院誘致・病床確保を掲げている。そうした区政の要望を反映する地域医療構想にするためには、旧来の2次医療圏に拘泥する必要はないはずである。世田谷区・大田区・足立区などは、人口規模は、一つの県の規模になる。地域医療構想は、例えば世田谷区や練馬区を一つを構想区域としなければ、区政との連携や患者さんの医療ニーズに即応した提供体制構築が困難に直面するのではないだろうか。したがって、提起されている地域医療構想の構想区域は、ゼロベースで見直すことを含め、区市町村を入れた「自治体最適地域医療構想検討会」(仮称)を開いて、再検討する。	構想区域については、東京都地域医療構想策定部会で議論を行い、東京都保健医療計画推進協議会で承認されたものを素案に記載しています。 <東京都地域医療構想P. 44> また、次期保健医療計画(平成30年度～平成35年度)の策定にあわせて、将来における要素を勘案するとともに、国の方針や国が提供する基礎的データも踏まえながら検証を行い、必要に応じて見直しを検討する旨記載しています。
18		<従来の2次医療圏の検討(変更)が必要ではないか> 今回の地域医療構想では、2次医療圏の変更はなかった。2025年、2035年へ向けた地域医療構想として、妥当でしょうか。練馬区は、23区で病床数が少ない区ですが、その練馬区は、区政の大きな課題として病院誘致・病床確保を掲げています。そうした区政の要望を反映する地域医療構想にするためには、旧来の2次医療圏の検討が必要であると考えます。提起されている地域医療構想の構想区域は、ゼロベースで見直すことを含め、区市町村を入れた検討会を設置し、再検討を望みます。	
19	地域包括ケアシステム	— 「東京都地域医療構想」では、「地域包括ケアシステム」について、「4つの基本目標」の一つになっている。「地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実」である。 ここで言う「地域包括ケアシステム」の「地域」は日常生活圏域(1から2の中学校区)が、想定されている。生活に近いところで、医療と介護をどちらも提供していく構想である。 「東京都地域医療構想」の「地域」は2次医療圏(構想区域)であるために、複数の区市町村を指している。同じ「地域」でも、中身が大きく違う。これについては、介護の関係者や都民への説明としては、混乱することは必須である。「東京都地域医療構想」の「地域」について、都庁内部でも検討されているのだろうか。少なくとも「地域包括ケアシステム」を所管している専門部と「東京都地域医療構想」の所管の専門部の内部的な意見交換が行われているのであれば、そのことについて、説明文を載せるべきである。このままの文章では、介護からきている「地域包括ケアシステム」と医療から来ている「地域医療構想」の区別がよく分からない。	地域包括ケアシステムは、国の考え方では、概ね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域(例示として中学校区)を単位として想定しているが、その構築にあたっては、区市町村が地域の実情等を踏まえて行うものとされています。 入院医療を確保する単位である二次医療圏とは異なる概念です。 <東京都地域医療構想P. 190> なお、地域医療構想における地域包括ケアシステムの定義については、第4章(基本目標Ⅲ)において記載しています。
20		<介護の「地域包括ケアシステム」と医療の「東京都地域医療構想」の地域について> 「東京都地域医療構想」の「地域」は2次医療圏(構想区域)であるために、複数の区市町村を指している。同じ「地域」でも、中味が大きく違う。これについては、介護の関係者や都民への説明としては、混乱することは必須である。介護から来ている「地域包括ケアシステム」と医療から来ている「地域医療構想」の区別が、不鮮明と思われます。	
21	調整会議	— 全東京「事業推進区域」と「病床整備区域」(2次医療圏・構想区域)の区分は、主体が不明確のために、意見を述べにくい。医療だけではなく、介護関係者にも「事業推進区域」と「病床整備区域」の東京都の考え方を伝えることが、「地域包括ケアシステム」には必須となる。医療の提供側の参加だけではなく、区市町村、患者・利用者の参加による「構想区域」単位のこれからの病床整備の検討が必要になる。そのためには、区市町村の介護保険・高齢者福祉担当や介護事業者・ケアマネなどの在宅ケアを担う職種の参加が必要とされる。 生活圏域の「地域」における、医療と介護の結びつきは、介護職の参加を必要としている。これを工夫してほしい。つまり、地域ケア(医療+介護)の提供体制に立っても、現場の声の反映が必要である。大学病院や大病院は、介護・福祉職とほんとうに地域で連帯する立場になっているのか。その立場で議論できる場が必要である。	<東京都地域医療構想P. 45> 「地域医療構想調整会議」では、医療機関の自主的な取組と医療機関相互の協議を前提として、地域に不足する医療機能の確保等について話し合います。 地域包括ケアシステムの構築に向けた取組などテーマ別の開催を行い、議事に応じた参加者を選定するなど、必要に応じて柔軟に運用していきます。
22	予防医療 健康維持のケア	— 病気治療から予防医療、健康維持のケアを重視する政策を取り入れていく。	<東京都地域医療構想P. 190> 取組の方向性として、「予防・健康づくり」を掲げています。
23	GP(家庭医)	— 海外の例を参考に国民すべてが登録されたGP(総合診療医)のもとで健康についてチェックを受ける。どの病院にも行ける今の制度では大学病院や大手の総合病院へ患者が集中するため、GPの紹介のもと専門医(医師)にかかるようGP制度を導入する。	<東京都地域医療構想P. 191課題②> 取組の方向性として、「かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及」を掲げ、「日常的な診療や健康管理等を行い、必要な場合には専門的な医療につなぐかかりつけ医等」を持つことの重要性について記載しています。

		内容(原文のまま掲載)		回答案
24	終末期医療	—	高齢者の終末期医療を再度見直し自然死を積極的に検討していく。終末期医療では不適切な延命治療を中止し、むしろ生活の質を向上するための緩和ケアを重視していく。国民保険による高齢者への高額な薬の使用や胃ろうについても再度見直しが必要だと考える。	<東京都保健医療計画P. 62> 緩和ケアの提供については、「東京都保健医療計画(平成25年3月改定)」に記載しています。
25	人材確保	P. 195 P. 196	地域医療、地域包括ケアシステムを形づくるためには、それを担う人材を確保することは、構想案でも記載されている通り極めて重要です。	<東京都地域医療構想P. 195課題②、P. 196課題③> 「地域医療を担う人材の確保・育成」や「在宅療養を支える人材の確保・育成」等を取組の方向性として掲げ、基本目標IV「安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成」の実現を目指していきます。
26	医療関係者の賃金・労働条件	—	<看護師・コメディカルなど、医療関係者の賃金・労働条件の是正についても検討を> 都立病院内でも公社病院と直営病院とは、労働条件の差があり、ましてや民間との差は当然である。地域医療構想策定とともに「同一労働・同一賃金へ着手すべきではないか。」「地域医療構想」には、病院・診療所で働いている実態分析が不足しており、検討を望みます。	<東京都保健医療計画P. 50> 医療従事者の勤務環境の改善については、「東京都保健医療計画(平成25年3月改定)」に基づき、取組を進めています。
27	小児医療 周産期医療	—	この構想(案)において、小児医療や周産期医療についてはほとんど触れられておりません。安心して子供を産み育てるためにこれらの体制の充実が必要です。	<東京都保健医療計画P. 135~149> 小児医療・周産期医療については、「東京都保健医療計画(平成25年3月改定)」に記載しています。
28	都立病院	—	理論的なことでは、医療経済は純粋な市場曲線は存在しない。宇沢弘文氏の言う「社会的共通資本」、または福祉国家として実現している「医療費無償化・皆保険制度」は、国家・自治体の行財政制度に大きく依存する。自由市場ではなく、行政による医療政策が、医療経済を左右する。少なくとも地域医療構想には、需要サイドの分析視角、行政医療の役割の分析が不可欠である。しかしながら、「東京都地域医療構想」には、例えば、東京都の都立病院が構想区域(2次医療圏)で果たして来た役割・機能について、都政としての行政医療の責務についての記述が見られない。都立病院や公的病院が果たしてきた役割、これからの行政医療の課題について、構想区域単位の分析と記述が必要とされる。	<東京都保健医療計画P. 258~265> 都立病院・公社病院・公的医療機関の役割については、「東京都保健医療計画(平成25年3月改定)」に記載しています。
29	補完代替医療	—	医療従事者に含まれる職種を統合医療の観点から、医師・歯科医師・看護師・理学療法士などの一般的な医療従事者から、補完代替医療の従事者(カイロプラティック、鍼灸、マッサージ、アロマセラピー、音楽療法、ヨガ、温泉療法、気功、サプリメント、柔道整復など)も含める。 また、お互いが協力できる患者中心の医療ネットワークを作成する。WHOの資料から国際的には伝統・補完代替医療をすでに広く利用されています。 国民に対して介護や予防を含めた統合医療による医療サービスの選択に必要な情報を提供するためにも、早急に補完代替医療(カイロプラティック、鍼灸、マッサージ、アロマセラピー、音楽療法、ヨガ、温泉療法、気功、サプリメント、柔道整復など)を客観的に評価することが必要です。こうした補完代替医療の科学的評価を実施せずに現行の医療サービスを延長したところでは、国民サービスは大きく改善することは考えられません。	<東京都地域医療構想P. 23他> 東京都保健医療計画同様、「医療施設調査・病院報告」の調査対象職種を掲載しています。
30	その他	—	総務省は「新・公立病院改革ガイドライン」(2015年3月31日)を打ち出している。「旧公立病院改革ガイドライン」(2007年)の狙いは、3つの戦略と言われた。第1・経営効率化(人件費削減・退職金計上による財政締め付け)、第2・再編・ネットワーク(病院削減・統合)、第3・経営形態の見直し(地方独立行政法人化・指定管理者・PFI等)。都政は、この級ガイドラインよりも先行して都立病院の再編を行った。 今回の「新公立病院改革ガイドライン」は、「地域医療介護総合確保法」(2014年6月)に基づいて提案されているために、医療と介護の適正化(規模縮小・病院の選択)が進む危険性が高い。「旧ガイドライン」の3つの戦略に追加された項目は、「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」である。つまり、総務省サイドからの公立病院の位置づけは、文言通りに受け取れば、「東京都地域医療構想」を前提として、公立病院の再編を考えることとなる。言うまでもなく、地域医療構想は、民間病院を含めた構想である。そして、「新公立病院改革ガイドライン」には、「必然的に、公立病院の役割を従来に増して、徹底して精査することになる。」という指摘がある。 都政としては、総務省の「新・公立病院改革ガイドライン」に対する、民間病院の「下位」に位置づける姿勢に対して、反対の意見を述べること、問題点を指摘すること、が求められているのではないかと。	<東京都地域医療構想P. 2> 東京都地域医療構想は、都民、行政、医療機関、保険者など、医療、介護、福祉などに関わる全ての人が協力し、実現するものです。引き続き、国の検討状況を踏まえるとともに、他の計画との整合を図りながら東京にふさわしい医療提供体制を整備していきます。
31		—	「地方分権改革」から「地方創生」へと、国と地方自治の関係は、転換をしている。東京都の「まち・ひと・しごと創生総合戦略」では、CCRC構想が、採用されている。タワー型のCCRC構想で、複合ビルに「サ高住」等を集合する計画になっている。また、医療においては、「医療体制の整備・充実」として、「全区市町村で、在宅療養支援窓口の設置」「全都立・公社14病院で、患者支援センターの設置」「がん検診・2017年・50%」を目標(KPI指標)に設定している。 内閣府では、地方創生の「まち・ひと・しごと創生総合戦略」は、自治体の基本構想・基本計画と密接にリンクさせていくものと位置づけている。 東京都地域医療構想は、この「まち・ひと・しごと創生総合戦略」とどのような関係になるのか。この東京都地域医療構想よりも、地方創生の「総合戦略」が上位計画となれば、この計画を進めてきた都政の所管、および委員会の議論が、軽視されることになりかねない。「総合戦略」との関係について、都民に説明をする必要があるのではないだろうか。	