

平成29年度第3回

東京都医療審議会

会議録

平成30年2月6日

東京都福祉保健局

(午後 7時00分 開会)

○遠藤医療政策課長 定刻となりましたので、ただいまから、平成29年度第3回東京都医療審議会を開会させていただきます。

委員の皆様には、大変ご多忙の中、出席を賜り、まことにありがとうございます。議事に入るまでの間、私、福祉保健局医療政策部医療政策課長、遠藤が進行を務めさせていただきます。よろしくお願いいいたします。着座をさせていただきます。

それでは、まず、委員のご紹介をさせていただきます。お手元にお配りしてございます資料1、東京都医療審議会委員名簿をごらんください。名簿の順番に紹介をさせていただきます。

木村委員でございます。

○木村委員 どうぞよろしくお願いいいたします。

○遠藤医療政策課長 遠藤委員でございます。

○遠藤委員 いつもお世話になってます。

○遠藤医療政策課長 大道委員でございます。

○大道委員 大道でございます。よろしく。

○遠藤医療政策課長 長岡副会長は、本日欠席でございます。

樋口委員でございます。

○樋口委員 よろしくお願いいいたします。

○遠藤医療政策課長 嶋森委員は、本日ご欠席でございます。

小林会長でございます。

○小林会長 どうぞよろしくお願いいいたします。

○遠藤医療政策課長 井伊委員でございます。

○井伊委員 井伊でございます。どうぞよろしくお願いいいたします。

○遠藤医療政策課長 尾崎委員は、本日ご欠席でございます。

猪口委員でございます。

○猪口委員 猪口です。よろしくお願いいいたします。

○遠藤医療政策課長 橋本委員でございます。

○橋本委員 橋本です。どうぞよろしくお願いいいたします。

○遠藤医療政策課長 安藤委員でございます。

○安藤委員 どうぞよろしくお願いいいたします。

○遠藤医療政策課長 平川委員でございます。

○平川委員 よろしくお願いいいたします。

○遠藤医療政策課長 山崎委員、石垣委員は、本日ご欠席でございます。

原委員でございます。

○原委員 原です。よろしくお願いいいたします。

○遠藤医療政策課長 武井委員、石坂委員は、本日ご欠席でございます。

河村委員でございます。

- 河村委員 河村でございます。よろしくお願いいたします。
- 遠藤医療政策課長 加島委員でございます。
- 加島委員 加島です。よろしくお願いいたします。
- 遠藤医療政策課長 那須委員でございます。
- 那須委員 那須でございます。よろしくお願いいたします。
- 遠藤医療政策課長 横山委員でございます。
- 横山委員 横山です。よろしくお願いいたします。
- 遠藤医療政策課長 奥田委員でございます。
- 奥田委員 奥田でございます。よろしくお願いいたします。
- 遠藤医療政策課長 南委員でございます。
- 南委員 よろしくをお願いいたします。
- 遠藤医療政策課長 また、本日でございますが、議事に東京都保健医療計画（第六次改定）（案）の諮問がございます。保健医療計画推進協議会から座長と副座長にもお越しをいただいております。橋本座長でございます。
- 橋本座長 橋本でございます。よろしくお願いいたします。
- 遠藤医療政策課長 河原副座長でございます。
- 河原副座長 河原でございます。よろしくお願いいたします。
- 遠藤医療政策課長 続きまして、福祉保健局の幹部職員を紹介させていただきます。

梶原福祉保健局長でございます。

- 梶原福祉保健局長 梶原でございます。よろしくお願いいたします。
- 遠藤医療政策課長 笹井福祉保健局技監でございます。
- 笹井福祉保健局技監 笹井でございます。よろしくお願いいたします。
- 遠藤医療政策課長 西山医療政策部長でございます。
- 西山医療政策部長 西山でございます。
- 遠藤医療政策課長 成田医療改革推進担当部長でございます。
- 成田医療改革推進担当部長 成田でございます。
- 遠藤医療政策課長 矢澤医療政策担当部長でございます。
- 矢澤医療政策担当部長 よろしくをお願いいたします。
- 遠藤医療政策課長 続きまして、定足数の確認でございます。東京都医療審議会規定第3条により、本審議会は委員の過半数の出席で成立するとされてございます。現在、委員数は24名、過半数は13でございますが、本日17名の方にご出席をいただいております。定足数に達していることをご報告いたします。

次に、本日の会議資料でございます。資料は資料1から資料8までございます。議事の都度、資料についてもあわせて説明をいたします。落丁等ございましたら、事務局までお申しつけください。

それでは、梶原局長から委員の皆様へ一言ご挨拶を申し上げます。

○梶原福祉保健局長 改めまして、福祉保健局長の梶原でございます。委員の皆様方には、日ごろから東京都の保健医療行政に多大なご協力をいただき、厚く御礼を申し上げます。

また、大変お忙しい中、都における医療提供体制の確保に関する重要事項につきまして調査、審議いただいておりますことを、心より感謝を申し上げます。

本日は、東京都保健医療計画につきまして、計画案を諮問させていただくこととしております。福祉保健局では、今年度、保健医療計画を初め東京都高齢者保健福祉計画や東京都障害福祉計画、がん対策推進計画など多くの計画の改定を予定しております。中でも保健医療計画は、局の分野別計画それぞれと密接にかかわりを持つ保健、医療、福祉が一体となった計画でございます。局全体で一丸となって推進していかなければならないものであると考えております。

今回の改定では、高齢者保健福祉計画を初め関連する各計画との整合性を図りながら、東京都地域医療構想で示した東京の2025年の医療、グランドデザインと掲げた、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京の実現に向けた取り組みを具現化し、推進をまいります。

この保健医療計画の改定に当たりましては、学識経験者や医療関係団体、行政機関、公募委員等をメンバーとする東京都保健医療計画推進協議会でご検討いただき、今回諮問させていただく案を取りまとめたところでございます。今後、少子高齢化のさらなる進展とともに、医療、介護サービスの需要が増大が見込まれる中で、今回改定をいたします計画は、都民の生命と健康を守ることを最優先とし、首都東京にふさわしい保健医療のあり方を示すものとなるよう期待をしております。

本日は、委員の皆様のご意見をお聞きしたいと思っております。委員の皆様のお力添えを賜りますよう、重ねてお願いを申し上げます。ご挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願いをいたします。

○遠藤医療政策課長 それでは、早速ではございますが、ここからの進行を小林会長、よろしく願いいたします。

○小林会長 皆さん、こんばんは。本日は、お忙しいところをお集まりいただきまして、ありがとうございます。会議次第に従いまして、議事を進めてまいりたいと思っております。

本日は、東京都保健医療計画（第六次改定）（案）につきまして、本審議会が諮問を受け、その内容について審議をするということになっております。

それでは、諮問をまず受けたいと思っております。事務局よりお願いいたします。

○遠藤医療政策課長 それでは、小林会長に梶原局長から諮問書をお渡しさせていただきます。小林会長、梶原局長、前へお願いをいたします。

委員の皆様には、お配りしてございます諮問文の写しをごらんください。

○梶原福祉保健局長 小池知事にかわりまして、諮問文を読ませていただきます。

医療法第30条の4第14項の規定により、東京都保健医療計画（第六次改定）（案）について、貴審議会の意見を求めます。平成30年2月6日、東京都知事、小池百合子。

よろしく願いいたします。

○遠藤医療政策課長 梶原局長ですが、所用のため、ここで退席をさせていただきます。

○梶原福祉保健局長 どうぞよろしく願いいたします。

（局長退席）

○小林会長 それでは、ただいま諮問を承りました。早速ですが、諮問案件に対する審議に入りたいというふうに思います。まずは、東京都保健医療計画（第六次改定）（案）に、これまでの検討経過につきまして、東京都保健医療計画推進協議会、橋本座長より、説明をお願いいたします。

○橋本座長 それでは、私から検討経過の説明をいたします。

現行計画の改定につきましては、東京都保健医療計画推進協議会において検討を進めてまいりました。保健医療計画案については、この後、事務局より説明がありますから、私のほうでは検討経過を簡単にご説明したいと思います。

資料4にその経過を示してございますので、そちらをごらんくださればよろしいかなと思います。計画の第六次改定を行うに当たり、平成28年7月に協議会のもとに改定部会を設置いたしました。そして、全部で11回の改定部会を行いました。

28年度におきましては、2回行いました。主たる内容といたしましては、医療機能実態調査の調査項目の検討、現行の二次保健医療圏の取り扱いについての検討です。

29年度に入りまして、7回行いましたけれども、まずは28年度の末に国から指針が示されましたので、それらを踏まえて9月までに、7回行いました。主な内容といたしましては、現計画の項目と国の指針を参考にいたしまして、第六次改定の構成案をまずは検討していました。

次に個別検討の段階に入りました。まずは大事な5疾病5事業を、それから在宅療養等の各項目にわたって検討いたしました。現状、課題、施策の方向性というようなことです。そして第六次改定についての骨子案を9月につくりまして、その議論をさせていただきまして、10月に開催されました医療審議会で中間ですが、報告させていただきました。

その後、ご議論いただいてから、11月と12月に東京都保健医療計画の案について議論をさらに重ね、三師会、あるいは保険者協議会、区市町村への意見照会、それからパブリックコメントの結果、それらを踏まえて計画をまとめたところであります。計画案の内容につきましては、事務局よりご説明をさせていただくことにいたします。ご議論、どうぞよろしく願いいたします。

私から以上であります。

○小林会長 ありがとうございます。

続きまして、事務局のほうから、案のほうについて説明をお願いをいたします。

○遠藤医療政策課長 それでは、事務局より計画案の概要について説明をさせていただきます。まず、資料5をごらんいただきたいと存じます。A3判のものでございます。

東京都保健医療計画（第六次改定）（案）に対する意見についてでございます。こちらは、今、橋本座長からもお話がございましたとおり、計画案の策定に当たり、医療法の規定に基づき実施をいたしました。医師会を初めとした関係団体、また区市町村への意見照会の結果、都民などへのパブリックコメントの実施結果についてまとめた資料となっております。

1 ページ目、東京都医師会と東京都保険者協議会からいただいた意見でございます。医師会からは、かかりつけ医の定義、役割について。また、都民の果たすべき役割についての記載について、ご意見がございました。

保険者協議会からは、都民が適切な医療機関を選択できる医療機関情報の開示方法、また地域包括ケアシステムについての説明、介護医療院についての記載など8点のご意見を頂戴しているところでございます。東京都歯科医師会、東京都薬剤師会からは、特段のご意見はございませんでした。

続いて、2 ページ目をお願いいたします。2 番として、区市町村からいただいた意見でございます。回答状況をまとめてございますが、全体で九つの区市からご意見をいただいております。その中で基準病床に関する意見を2 ページ目にまとめてございます。練馬区及び葛飾区からの意見でございます。回復期、慢性期といった病床機能に配慮した病床配分、また基礎自治体ごとの病床の偏在の解消などについて、ご意見を頂戴しているところでございます。

病床配分でございますが、本日二つ目の議事にもございますので、この後、ご議論いただければと存じます。

また、基準病床でございますが、国が示す全国一律の算定式によりまして、二次保健医療圏ごとに算定することとされてございます。直近の人口データなどを用いまして、この後3月末までに算定をいたします。本日配付の計画案の中には、新たな基準病床数はまだ記載をされてございません。

続きまして、3 ページ、お願いいたします。3 ページ目から、いただいた意見の概要について、それぞれ今回の医療計画の章、節といった区分ごとにまとめて記載をさせていただきます。区市町村が実施をしております取り組みに対する支援などについて、多くご意見をいただいているところでございます。

続きまして、8 ページ、お願いいたします。こちらはパブリックコメントの実施結果についてまとめたものでございます。内訳は、個人の方が5名、それから二つの団体から、全体で12件のご意見を頂戴をしております。主な内容といたしましては、第2号第1章第2節、保健医療を担う人材の確保と資質の向上のところで、看護職員の確保、歯科衛生士の再就業対策について。第4節の切れ目のない保健医療体制の推進

のところで、救急医療、在宅医療、歯科保健医療について。

また、9ページになりますが、第2章の高齢者保健福祉施策、第4章の医療提供施設の果たすべき役割等、保険者の果たすべき役割に関するご意見が寄せられているところがございます。各種の意見については以上でございますが、これから説明させていただきます第六次改定の計画案については、こうしていただいたご意見なども踏まえてまとめたものとなっております。

それでは、お手元の資料7、こちらは計画案の全文を配付をさせていただいております。全体で400ページを超える分量となっておりますので、計画案の説明については、概要版でさせていただきたいと存じます。

資料6をごらんください。A4判で3枚の資料となっております。東京都保健医療計画（第六次改定）（案）の概要でございます。少しお時間をいただきまして、内容部分につきましては、5疾病5事業、在宅医療と新規の事項を中心に説明をさせていただきます。今回は第六次改定ということで、平成元年に保健医療計画を策定して以後、6回目の改定となります。これまでは、おおむね5年ごとに改定を行っております。

まず、資料1ページ目、左上でございますが、本計画は、医療法に定める医療計画を含み、都の保健医療に関する基本的かつ総合的な計画として策定をしております。この計画の中では、医療圏や基準病床数の設定、また疾病や事業ごとの医療提供体制などを示すとともに、福祉や保健分野の取り組みも幅広く記載をしております。高齢者や障害者施策などそれぞれの分野で策定している計画とも整合を図りながら、本計画にその内容を盛り込んでいくところでございます。

右側でございますが、計画の期間でございます。従前は5年間でございましたが、先般医療法の改正がございまして、本計画は平成30年から平成35年までの6年間となっております。

その下、都の保健医療を取り巻く状況をごらんください。ご存じのとおり、今後も後期高齢者を中心に高齢者人口の増加が続きます。団塊の世代が全て75歳以上となる平成37年には約326万人、平成42年には339万人に達し、都民の4人に1人が高齢者になることが見込まれております。また、少子化によりまして、生産年齢人口、年少人口は長期的には減少していくことが予想されております。死因につきましても、がん、心疾患、肺炎、脳血管疾患が上位を占めており、がんの患者については増加の一途をたどっているという状況でございます。

一番右が、都内の医療施設に従事する医師数になります。ごらんいただきますと、比較的若い医師が多い。また、女性医師の割合が高い。女性医師についても若い医師が多いということが、全国と比較した都の特徴となっております。

下段でございます。東京都では、平成28年7月、東京の将来の医療、グランドデザインを掲げた東京都地域医療構想を策定をしております。本審議会でも諮問・答申

をいただいたものでございますが、その中で超高齢社会を迎え、医療・介護サービスの需要が増大しても、質の高いサービスを提供することや、少子化の中での子育て環境の整備、また医療・介護人材の育成といったことを前提といたしまして、四つの基本目標を掲げてございます。

一つ目に、高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展。二つ目が、東京の地域特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築。三つ目が、地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実。四つ目が、安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成でございます。これらの四つの基本目標をそれぞれ実現することで、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京を実現すること、これが東京の将来の医療、グランドデザインでございます。

今回の医療計画は、地域医療構想を一体化することとされておりまして、この四つの基本目標の実現に向けた取り組みを示した計画として策定をしているものでございます。

次のページ、お願いをいたします。計画案の内容でございます。

まず、第1部、保健医療福祉施策の充実に向けてでございますが、全体で六つの章に分けて記載をしております。第1章が計画の考え方、第2章が保健医療の変遷、第3章、東京の保健医療をめぐる現状、第4章、東京の将来の医療（地域医療構想）、第5章が保健医療圏と基準病床数、そして、第6章が計画の推進体制でございます。今回の改定から地域医療構想の内容も含んだ計画となっておりますので、第4章は従来の計画にはない記載の章立てとなっております。また、保健医療圏につきましては、各区市町村を単位といたします一次保健医療圏、複数の区市町村から成る二次保健医療圏と全域を単位とする三次保健医療圏、それぞれ規定をしております。

今回の改定では、現行の圏域設定は変更しておりませんが、今回の計画から疾病事業ごとに医療連携を推進する区域といたしまして、事業推進区域を設定してございます。東京の地域特性や、これまで培われてきた連携体制を踏まえまして、患者の需要動向や医療資源の配置状況に応じて事業推進区域を柔軟に運用していくということとしてございます。

また、基準病床数でございますが、この保健医療計画において設定することとなっております。その算定につきましては、国が示す全国一律の算定式によることとされておりまして、都道府県の裁量で基準病床数を自由にふやしたりはできないものとなっております。直近の人口データを用いまして、3月末までに算定をいたしますので、次回開催の3月の医療審議会でお示しをさせていただきます。

第6章、計画の推進体制でございますが、これまで保健医療計画推進協議会の中で進行管理を行ってまいりました。今後ですが、東京都が、がん、脳卒中、救急といった各疾病、事業単位で各協議会を設置しております。この協議会で事業の進捗状況や指標などについて、まず評価・検討を行った上で保健医療計画推進協議会や各圏域ごと



の地域医療構想調整会議と連携を図りながら医療計画のPDCAサイクルを回していくこととしてございます。

続きまして、第2部、計画の進め方でございます。第1章が健康づくりと保健医療体制の充実でございます。小児や働く世代、高齢者などライフステージに応じて予防から治療、在宅医療に至るまで切れ目のない保健医療体制の構築を推進するため、第1節の都民の視点に立った医療情報から、次のページ、3枚目になりますが、第8節、医療費適正化まで各分野に分けて記載をしてございます。

第1章では第3節をごらんいただきますと、生涯を通じた健康づくりの推進でございますが、ここでは、1、生活習慣の改善といたしまして、健康寿命の延伸に向け生活習慣の改善を推進し、疾病等の予防を図るための取り組みとして、未成年者の喫煙防止、受動喫煙防止対策、健康的な食生活に関する普及啓発などについて記載をしてございます。

また、4にあります、フレイル・ロコモティブシンドロームの予防。5の慢性閉塞性肺疾患（COPD）の予防については、今回新たな事項として計画に記載をしたものでございます。

次に、第4節、切れ目のない保健医療体制の推進でございますが、この節は5疾病5事業、在宅医療に加えまして、リハビリテーション医療、外国人医療について、それぞれの取り組みを記載しているものでございます。

まず、最初に1、がんでございます。がん医療につきましては、本年度、東京都がん対策推進計画を改定をいたします。その内容につきまして、保健医療計画においては、おおむね30ページ程度に凝縮してポイントを掲載してございます。がん対策推進計画では、基本目標といたしまして、科学的根拠に基づくがん予防、がん検診の充実。また、患者本位のがん医療の実現などを記載をしております、トータルケアの視点を持ったがん医療の推進に取り組んでいくこととしてございます。

次に、脳卒中です。予防のための生活習慣や再発予防、疾患特性に関する理解促進、病期に応じ一貫してリハビリを受けられる体制の確保や地域における医療・介護サービスの連携体制の充実などについて記載をしてございます。

次に、3、心血管疾患でございます。心血管疾患の予防に関する普及啓発。また、東京都CCUネットワークには、現在72の医療機関が参画しておりますが、これを活用した速やかな専門的医療の確保、重症化予防、再発予防までの継続的な支援などについて記載をしてございます。

次に、4、糖尿病です。糖尿病・メタボリックシンドロームの予防に関する普及啓発。また、糖尿病地域連携の登録医療機関制度を活用しました連携体制の構築などについて記載をしてございます。

5が精神疾患になります。一般診療科と精神科、加えて関係機関との連携体制構築などによる日常診療体制の強化、精神科救急医療体制の整備。病院から地域への移行の

推進や地域生活支援体制の充実などについて記載をしております。

次に、6、認知症でございます。認知症につきましては、現行の計画では精神疾患の中での記載となっておりますが、患者数の増加等を踏まえまして、今回の改定から新たに項目として独立させた事項でございます。専門医療の提供体制の確保や認知症の人と家族を支える地域づくりの推進などについて記載をしております。

次に、7、救急医療でございます。高齢化の進展に伴いまして、救急搬送が増加している高齢者が、保健・医療・介護の連携のもと、迅速・適切に救急医療を受けられる体制の確保。また、#7119を初めとした救急医療体制の充実、救急車の適正利用、救急搬送時間の短縮などについて記載をしております。

次に、8、災害医療でございます。現在、81施設指定をしております、災害拠点病院の整備を初めとした医療機関の受け入れ体制の充実、区市町村の医療救護活動の体制強化への支援、東京DMATの体制強化などについて記載をしております。

9、へき地医療でございます。自治医科大学卒業医師の派遣など医療従事者確保の支援、画像伝送システムを初めとした、へき地に勤務する医師の診療の支援、またへき地の診療基盤の整備への支援などについて記載をしております。

次に、10、周産期医療でございます。周産期医療につきましては、本年度、周産期医療体制整備計画を改定をいたします。その内容につきまして、保健医療計画においては、おおむね15ページ程度に凝縮して、ポイントを記載しております。リスクに応じた妊産婦・新生児へのケアの強化や、母体救命が必要なハイリスク妊産婦への対応強化、NICU等長期入院児に対する在宅移行支援の充実強化などについて記載をしております。

続いて、11、小児医療でございます。こども救命センターを中核といたしました小児救急医療体制の充実や人材育成を初めとした地域における小児医療体制の確保などについて記載をしております。

12、在宅医療でございます。入院早期からの病院と地域の関係者が連携した退院支援の取り組み。今後の在宅の需要増加を見据えた在宅療養にかかわる人材の育成・確保に向けた取り組みなどについて記載をしております。

以上までが、5疾病5事業、在宅医療となります。

14でございますが、外国人患者への医療でございます。こちらも、今回の計画から新たに記載した事項となります。外国人の受け入れ体制が整った医療機関の整備、外国人患者や外国人対応を行う関係機関等に対する医療情報の効果的な提供。また、外国人が症状に応じて安心して受診できる仕組みの構築などについて記載をしているところでございます。

次に、右からごらんいただきまして、第8節が医療費適正化でございます。本年度、東京都で改定を行います第3期東京都医療費適正化計画の内容に沿って記載をしているものでございます。

また、第2章第1節の高齢者保健福祉施策、第2節の障害者施策でございますが、こちらにつきましても、本年度改定を行います第7期の東京都高齢者保健福祉計画、また東京都障害者計画第4期、東京都障害者福祉計画の内容に沿って記載をしているものでございます。

第3章でございますが、健康危機管理体制の充実です。この章では、第1節の健康危機管理の推進から感染症対策、医薬品等の安全管理、アレルギー疾患対策など八つの節に区分して記載をしているものでございます。

最後でございますが、第4章、計画の推進体制の役割でございます。こちらは四つの節に区分しております。第1節、行政の果たすべき役割といたしまして、区市町村・東京都・国、また都の保健所、研究機関の役割について、それぞれ記載をしてございます。第2節医療提供施設の果たすべき役割でございますが、1にございます医療機能の分化、連携の方向性について、今回の計画で新たに記載をしてございます。

第3節に保険者の果たすべき役割、第4節に都民の果たすべき役割について記載をしてございます。

最後になります。この概要版には記載しておりませんが、資料7、計画案の本文には、巻末に第3部といたしまして資料編をつけさせていただいております。資料編では、二次保健医療圏ごとの各種データなどについて記載をしてございます。

大変駆け足になりましたが、計画案について説明は以上です。よろしくお願いいたします。

○小林会長 どうもありがとうございました。ただいま概要について説明のありました、第六次の改定案でございますが、先ほど橋本座長から説明がありましたように、関連の協議会等で議論をしていただいて、取りまとめをもらったものでございます。

また、本審議会におきましても、7月に項目案、それから10月に骨子案について2回ほど議論をしておりますが、でき上がったものは600ページ近い、非常に大部です。なかなか全体を見渡すのも大変ですが、委員の皆様からご質問、ご意見等、お伺いしたいというふうに思います。どこの項目でも構わないと思いますので、ご意見、ご質問、お願いいたします。

平川委員、お願いします。

○平川委員 精神科病院協会の平川と申します。

大変立派なおまとめ方で、非常に感心したところなんです。精神のところ、ちょっとだけ表現の問題なんですけども気になる点がございましたので、意見を申し上げたいと思います。

資料7の169ページなんですけども、ここに「年間入退院患者数及び平均在院日数の推移」というグラフが2番目に載っております。これは東京都のデータなんですけども、26年、27年で平均在院日数が200日を切ってきています。これ日本全体の数値で言いますと、27年は274、日本平均です、東京は191です。26年は、日本

の平均が281ということで、東京は200を切っているの、約全国平均の3分の2の平均在院日数を東京都は頑張ってきているんです。

その中で、その下の1年以上の長期在院患者も相変わらず多いという表現で、頑張ってきているにもかかわらず、日本、ほかの地域と同じような表現をされて、努力が足りないような表現になっていますが、この今残っている長期在院者は高齢者であったり、合併症が多かったり、今いろんな問題が起こっています。さっきのフレイルの問題とかも起こってきていますので、なかなか退院が難しい。日本、ほかの地域で見られるような長期在院者とは、ちょっと質が違いますので、この辺のちょっとニュアンスを少し変えていただきたいなというふうに、ちょっと思います。

それから、すみません、176ページの都民への理解促進のところなんですけど、これも先日、大阪の寝屋川で33歳の方が自宅監禁で亡くなった事件がございましたが、これも55歳の男性、奥様は53歳だったという両親による虐待があったわけですけども、これについても、やっぱり精神障害の非常に偏見が強いということで、こういう都民への普及啓発活動では、なかなか精神障害者の偏見はとれないという問題があると思いますので。ここをもう少し何か工夫をしていただきたいというのが、もう一つです。

それに加えて179ページ、ピアサポーターというのは、取り組みの3番目のところにあるんですけど。ピアサポーターって皆さんご存じかもしれませんが、当事者の方が、当事者しかわからない気持ちを、いろんな医療現場や地域支援の中で活躍していただきたいという大変いい試みなんですけど、この方々も障害者なんです。この障害者に、全面的に任すようなこういうことは、やはり大変この人たちのやっぱり命や健康を守る立場でも問題だと思うので、このピアサポーターをメインにするんじゃなくて、我々、行政や医療機関がきちんと支えた上で、ピアサポーターは、そのまたサポートをしていただくようなイメージにしていかないと、この人たちに迷惑をかけてしまうと思いますので、この点だけちょっと気になりましたので、申し上げたいと思います。よろしく願いいたします。

○小林会長 ありがとうございます。3点ほどご意見ありましたが、今、事務局のほうでご回答できることがありましたら、お願いします。

○西脇精神保健医療課長 精神保健医療課長の西脇と申します。

今、最初のデータは都の分しか平均在院日数載せていませんが、平川委員のおっしゃるとおり、全国的な平均在院日数と比べて、はるかに都は低い状況でございます。そういう意味で24年の6月時点から18%以上減少というのは、これが全国一律の方針という形で国が示しているものですが、そもそものスタートの発射台が、都はかなり進んでいるという状況あります。その辺は当然加味した形で記載したほうが確かによろしいかと思っておりますので、考慮したいと思います。

都内の普及啓発についても、実は東京都のほうでは、障害者に対しての差別解消条例

をつくろうということで、今検討している状況でございます。その辺の関係は、確かに全然入っていない状況でございますので、その辺もちょっと踏まえた上で、記載をどうするか検討させていただきたいと思います。

それと最後のピアサポーターですが、平川委員がおっしゃるとおり、ピアサポーターといっても、当然当事者の方ですので、行政なり、あるいは医療関係者の支援がないと、ピアサポーターによっても、かなり質の差があるというのも事実ですので、その辺の支援があつて、初めて成り立つ話ですので。この辺も記載の方法を検討させていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○小林会長 それでは、よろしく願いいたします。特に最後のピアサポーターの支援というのは、ピアサポーターが障害者を支援するのか、ピアサポーターを都が支援するのか、ちょっと解釈もわかりにくいところがあるので、そこら辺も書き込んでいただければと思います。ほかにいかがでしょうか。

どうぞ、安藤委員、お願いします。

○安藤委員 東京都病院協会の安藤ですけれども、慢性期の部分ですかね、374ページが回復期・慢性期を主に担う病院と。あと、資料のほうの皆さんの意見なんですが、9ページのところにもちょっと書いてありますけれども、慢性期のところも今度、介護医療院というのができて、介護療養型医療施設と、それと、また転換老健、あるいは25対1の医療療養病床の受け皿というふうになっているわけですが。転換のスピードというものが各法人さんでも違っていると思います。東京都のほうでもアンケートをしていただいたところ、今回の介護報酬の改定で介護医療院も点数がついたので、結構転換を検討しているところが多いという状況でよかったと思うんですが、まだまだ埋まっていない部分で、例えば25対1の医療保険の療養病床は、不確定要素の部分もありますし。

また、ここに書いてありますけれども、医療区分1の70%が在宅等への転換だということですが、そういうふうな数値だけが本当に移行するふうに行くという確証はまだないわけなので、そういうふうなところである程度、法人さんのある主体性に任せるといような経過をとるといような部分があるんじゃないかと、そう思っております。

あと、もう一つ大事なところは、地域医療構想調整会議でも多くの方々がお話をされたと思うんですが、医療や介護の地産地消でございます。回復期リハの場合、地方の大型法人が来て、各地域でもって中小病院が転換しようとしたところをとってしまったというのもあるようなので、これも介護医療院も同じことが言えて、新規も認められるわけですから、もちろん各市区町村の介護保険事業計画があつて、その枠があるわけですが、もし各医療機関さんの動きが遅くなった場合、県外法人さんが来て、でかい地域の介護医療院をつくってしまったときに、地元の医療機関さんが転換できなくなる可能性もあります。そういうところを十分加味しつつ、やっぱり医

療と介護は地産地消だよというようなところを強く押し出すのが、これが福祉の地域医療構想や地域包括ケアなので、非常に重要な点ではないかなと思います。そういうところ、ちょっと危惧するところがございます。

精神科の病院さんも、精神科の病院さんに状況を聞いてみると、精神科の病院から介護医療院に転換をしたいというご要望いっぱいありますので。特に、都内の精神科の病院の患者さんが高齢化をしていて、主病名は精神科の疾患がついていますが、多くの合併症を持つし、そしてADLも落ちているという方にとっては、おうちに帰られる方は、精神科さんの介護医療院というのができる、非常に地域のためにいいと思いますので、そういう方向に持っていただくと、慢性期としてはありがたいなと思います。よろしくお願いします。

○小林会長 ありがとうございます。ただいまのご意見に関して、もし事務局のほうで何かありましたら、お願いします。

○矢澤医療政策担当部長 ご意見ありがとうございます。先生のおっしゃるとおりのところもあるかと思います。記載の中から、なかなか読み取れないところかもしれませんが、私ども374ページ、それから地域医療構想のところを書いた43ページのあたりに、その区分1の7割の話ですとか、それから今後、慢性期の医療、介護ニーズが増加される中で身近な地域で必要な医療サービスを受けられるような体制整備は必要だということは、課題認識として書かせていただいております。

また、この記載で不十分という点がございましたら、検討させていただきます。ご意見ありがとうございます。

○小林会長 ありがとうございます。パブリックコメントでも自治体関係から、身近なコミュニティで整備をしてほしいという意見が幾つか出ていたと思いますので、よろしく願いいたします。

ほかにいかがでしょうか。井伊委員、どうぞ。

○井伊委員 資料5の意見が書いてあるところで、東京都医師会から、「かかりつけ医の役割について、明確に記載してほしい」というコメントがありまして、とても重要なお意見だと思いました。このときに役割を記載するのであれば、かかりつけ医の能力であるとか、かかりつけ医が行う診療の質についても担保する記載が必要であると思います。そうでないと、都民の安心を得ることは難しいと思います。

東京都の保健医療を支えるためには、399ページあたりにかかりつけ医に関する記載がありますけれども、地域を基盤とした東京都の場合は診療所だけではなく、中小病院なども、その役割を担うと思いますけれども、質の高い標準化された研修を受けて、その後も生涯教育を継続しているということが義務づけられていないと、都民の安心を得ることは難しいので、そのあたりの記載もぜひお願いできればと思います。

以上です。

○小林会長 ありがとうございます。

どうぞ、お願いします。

○矢澤医療政策担当部長 いただきましたご意見を参考にして、少しこのあたりも工夫してみたいと思います。ありがとうございます。

○小林会長 ほかにいかがでしょうか。

猪口委員、お願いします。

○猪口委員 私自身は地域医療構想のところからかかわって、もうずっとかかわっていますので、あまり言う立場ではないのかもしれないですが。ここに来て、いろんなことをやって地域医療構想の立場からすると、その入院医療を最終的にうまく完結させるためには、やっぱり在宅医療、地域包括ケアの中で、病気をもちながら退院しなくてはいけない患者さんたちがたくさんいて、特にその地域医療構想では、医療区分の1の方たちの70%であったり、いろんな方たちを地域包括ケアの中で見なくてはいけなくなっている。今までの受療動向とかそういうものを変えて、さらに地域が医療レベルの高い患者さんを見なくてはいけなくなっているという状況になってきています。

そうすると、この中で書いていただいているのが、その高齢者の317ページあたりぐらいには、高齢者の保健福祉計画との関係性が書かれてあって、地域包括ケアシステムのところが書いてあるんですが、この保健医療計画だけでは、この高齢者保健福祉施策、そういうような計画に対して、なかなかものが言えないわけです。

同様に高齢者の保健福祉計画、それだけではなくて、この医療計画というものをうまくやっていこうとすると、都市構造みたいなものだったり、いろんなものが変わっていかなくてはうまくいかないの、そういうような部分にかかわるようなところは、何かちょっと一言ずつ注文をつけるというのか、そうでなければ、そういうような縦割りではなくて、横串を差すようなものに関しては、こういうところで話し合うようにするとか、何かそういうような記載というのがあると、よりこの計画が生活に密着していくのではないかなと思うんですけども、そういう書き方はできないものでございましょうか。

○小林会長 どうもありがとうございます。提言をいただいたようですが、つまり600ページあっても、やっぱり全部は書き切れませんと思いますので、そういうようなところをどこかでまた議論するような場をこの中に書き込んでいただければ、その議論が進むということだと思いますが、いかがでしょうか。

○矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。まだまだ住まいの部分ですとか、医療と介護の部分ですとか、そういったところの連携が表に見える形で進んでないというご指摘だと思います。私も、その認識を十分持ち合わせておりますので、何か前に進めるものが書けるようでしたら、関係各局とも調整しながら整理をしたいと思います。ありがとうございます。

○小林会長 どうぞ、平川委員。

○平川委員 関連して申しわけないんですけども、昨年3月12日から道交法が変わって、私たち認知症疾患センターをやっておりますが、高齢認知症患者さんが免許をとった場合に、その取り消し云々についての判断をしているんですが、私、八王子なんですけども、車がないと生活できない、そういう生活の足のところの施策がないと、医療も介護も何も届かない、都民に届かないという問題があるので、ぜひそれは猪口委員もおっしゃったように、いわゆる地域包括ケアですから、それこそ医療と介護のところがうまく絡まるように計画をつくっていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○小林会長 ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

どうぞ、大道委員。

○大道委員 先ほど猪口委員の指摘されたところと関連するんですが、今回の保健医療計画全体につきましては、構成、あるいは新しい切り口などがしっかり示されておられて、また大変ご苦労をかけた形で立派に仕上がったと思って、敬意を表します。

特に、事業推進区域の切り口で書き下しておられるようなところは、なるほどというように読んでいただきました。その上で、猪口委員が指摘された今後の在宅医療、また在宅療養関係しっかりと書いていただいております、252ページ以下、それなりの記載を見せていただきました。

訪問診療については、かなりしっかり書いておられるんですけど、この6カ年の計画のうち、これが2025年、直前までということになりますが、現実には、東京の高齢者人口の増大というのは急速ですので、そういう中で訪問診療だけでは、現実にはなかなか対応し切れない。それをしっかり補うところが訪問看護、あるいは介護保険の関係だと思っております。

医療と介護の両方にまたがるので、ちょっとその辺の関係が、私まだ見えないんですけど、訪問看護についての書き込みが、確かに今の在宅医療のところでも書き込みがございますし、それから事業推進区域のところでの目標についても271ページに書き込みがあります。また、人材確保の点についても、77、78ページあたりのところで看護師の確保についても書いてある。病院医療の中での看護師確保、もしくは通常の施設医療、病院の看護師の確保もなかなかままならないのが東京の実情なんですけど、そういう中で訪問看護を行う人材についてのしっかりと確保、行政の計画的な対応というのは、大変重要なんじゃないかと思っております。現実の問題、訪問看護師の確保が難しいのはよくわかるんですけど、このあたりについての書き込みをぜひご検討いただきたいと思います。とりわけ、特定行為の研修制度が成立しているわけです。国が2025年に向けて10万人養成すると言っているんですけど、実質、今2年終了しているんですけども、養成されたのはわずか600人にも及ばないところに今とどまっているんです。その特定行為の研修制度というのは、やはり在宅療養、または在宅医療を支えるということで国の基本路線で示した方向です。この特定行為に



関する養成についての東京都としての具体的な対応は、この計画の中に書いてあるのかなのか。まずは在宅医療、在宅療養、その上で地域包括ケア体制の構築というものの、この大東京でどうしていくかというようなところを、しっかりとまずは計画に記載をしていただいて、進行管理をしていただくというのが重要なのではないかと、こういう印象を持ちました。これは要望でございますので、どうぞ要望ということで受けとめていただきたいと思います。

以上でございます。ありがとうございました。

○小林会長 ありがとうございます。

どうぞ、樋口委員、お願いします。

○樋口委員 ありがとうございます。樋口と申します。

私、こういうものについて新参者というのか、よくわからないから、これからのことを申し上げますけれども、参考になる部分があれば幸いです。とにかく一見して、この600ページにわたる計画なるものに、やっぱり圧倒されて、今ほかの委員の方もおっしゃっていただきましたけれども、これだけのものをまとめるのは大変なことですから、それで全部を読んだわけじゃないですけれども、まず東京の保健医療計画というのか、医療の関係のありとあらゆる面が、指摘されているような感じがし、かついろんなデータと図なんかもあります。だから、資料集としても非常に有益だし、本当に価値のあるものだと思うんですが、その上で、ちょっと3点だけ、こういう計画というものの性格というか、そもそもどういうものなんだろうということを考えて、多分当たってないということだと思いますから、ご助言というかご指摘していただければ、ありがたいんですけど。

第1問は非常に簡単で、これ本当に網羅的で、ないものがないように見えるんですけども、ないものはないんですか。つまり、ありとあらゆる問題に少しづつ触れてあるわけだし、本当にそういう意味でもあらゆることを網羅する性格のものなのでしょうか。これは一番最後の、結局この計画というのがどういう性格のものなのかということにつながるんですけど、ないものはないというぐらいな、やっぱりご自信がおありのようなものなんですか。

○小林会長 樋口委員、質問を全部。後でまとめて答えてもらうことになるかと思います。

○樋口委員 話が長くなり申し訳ありませんが、私がちょっとだけ気がついたのは、私はたまたま終末期医療に関係しているんです。そういう話は、保健医療という範囲に入ると思うんですけど、終末期医療のあり方とか、在宅でという話があれば在宅療養だけではなくて、結局亡くなり方という話もある。しかし、私がたまたま気がただけで、やっぱりここはそういう例外はあるとして、全部について触れるような、そういうものが当然計画だから、そういうものでないといけないということなんだろうかというのが、第1点です。

第2点は、ちょっと別の委員さんがおっしゃってくださったことと関係しているんで

すが、この資料5で、せっかく意見を出しておられますよね。これも自前のことで申しわけないんですけど、私はアメリカの医療と法をずっと勉強してきて、一つ私がすごくやっぱり驚いたのは、昔、ちょっと関係ない人には申しわけないんですが、HIPPA法というのがアメリカでできまして、それは何なのかというと、医療情報に関するアメリカの基本法なんです。1996年にできて、2000年にHIPPAプライバシールールという、だから医療情報に関する個人情報保護法みたいなものができたんですが、そのときに、それフェデラルのレギュレーション（連邦政府井による規則）として出したんですが、パブリックコメントをとりますね。だから、ここでいうこういうようないろんな団体から意見が出てくる。それに対して400ページあまりのものを学生と一緒に読んだんですけども、その後の改訂した最終案というので、こういう項目についてこういう意見が出た、それに対してこういう理由でとらなかった、こういう理由だから、ここはこういうふうに改めたというような対応しているとか、それが400ページ以上にわたって一つ一つの条文について書かれているのを学生と一緒に読んだことがあって、これは、だから私の誤解かもしれませんが、ここへ資料5でこうやって意見についてということで意見をまとめておられるわけだから、その意見についてどう対応したのか、もう対応済みのものがこれなんですというそういう話なのかどうか、これが第2点です。

第3点は、この計画のそもそもの意味なんですけど、これは、この改定案自体の6ページのところに計画の性格というのがあって。そこに、この計画は医療法に基づくものだとあります。東京都の保健医療施策の方向性を明らかにする基本的かつ総合的な計画としての性格を持つ。本当にそのとおりだと思いますが、ということは、結局ここで、まず東京都にとっては、この計画というのは、ちょっと本当に何も知らないで、ばかなことを申し上げるかもしれませんが、大きな、とにかく基盤をつくっておいて、一応、今後各部局で何らかのまさに具体的な施策をするときに、このページのここにあるようなことがあるから、こういう具体的な施策をやったらどうですかというような提言をするという、予算のとり方というんですか、あるいは予算の分配の仕方の基本になるような、そういうものだというふうに。だからこそ何にでも触れておかないと困るという、そういうようなものなんではないでしょうか。これが1の計画の性格の丸のところ、1。

また、この計画は、区市町村にとっては行政施策展開の、それから民間医療機関、各種団体、企業にとっては、その活動の、そして都民にとっては行動の指針となるとあります。どうやって行動の指針になるんでしょう。実際に、これは特に区市町村が直接関係するのかもしれないですけども、そこでまたはこれを基にして何らかのと対応がなされているんでしょうか。

そういう、この計画書の性格で、最後にちょっと一つだけつけ加えると、先ほどのような説明でもPDCAサイクルというのを回すんだという話になっていて。これ第六次な

んですよね。そうすると、やっぱり第五次の計画というのがあったわけで、第五次の計画についてP D C Aサイクルを回すと、こういう反省点があって、それで第六次という、そういう、それこそ連携みたいな話というのがあるのかないのか。

あるいはそうじゃなくて、さっきも言ったように、この計画自体はこれから前向きの予算をとってくるときに、あるいは施策を具体的につくるときに基盤となるような文章がどこかに入っていると意義ありという話なのでしょうか。そういうもので十分なものだ、そういう性格のものなんだとか、もう全くの誤解に基づくような発言だったのかもしれませんが、ちょっと幾つか質問を申し上げます。

○小林会長 ありがとうございます。大変包括的なご質問ですけれども、事務局のほうで答えられるところをお願いいたします。

どうぞ。

○矢澤医療政策担当部長 ちょっと順番前後するかもしれませんが、終末期のところは、ちょっと後ほど担当のほうからお答えさせていただきます。

それから、このパブリックコメントでいただいた意見というところについては、次回の会議のときに、それをどういうふうに、きょうの先生方のご意見も踏まえてどういう対応をしたかと、この計画のどこをどういうふうに対応したか、あるいはもう既に書いてあることを読んでくださいますとか、それには対応しませんとか、そういったものをおつくりをいたす予定でございます。現行でできてはいるのですが、きょうのご意見を踏まえて、答申の段階でお出しするのが適切かと思ひまして、そのようにさせていただきます。

それから、この計画の意義です。確かに予算のとり方として、この根っこになるということは事実でございます。ただ私ども、そういう思いではなく、この先これをベースにして、ここから根をはって花を咲かすような、そういう種まきをしたものだと思いますので、ここから、ここにはないことでもいろんな重要な課題出てまいりますので、そこには対応してまいりたいと思っております。

それから、前期の計画のP D C Aサイクルでございますが、それはこれまでの保健医療計画の推進協議会というところで、4年間、その評価をしてまいりました。この評価をしたものを踏まえて、この計画をつくっておりますが、ただ、その評価も協議会の中での評価でございましたので、今回の計画からは5疾病5事業、在宅それぞれに協議会を持っておりますので、そこで指標というものを設定したり、あるいは廃止をしたり並行したりということもしながら、その事業ごとの専門家によるP D C Aサイクルを回しまして、その集約するのを保健医療計画の推進協議会という位置づけにさせていただきます。二重構造とすることで、さらに進行管理をきっちりしていきたいというふうに考えてございます。当然のことながら、ここに書いてない課題が出ますので、その際にはそれをしっかり指標として掲げていくことも含めて、今後実施していく予定でございます。

終末期医療については、恐れ入ります。

○小林会長 お願いします。

○久村地域医療担当課 終末期医療についての質問でございますが、我々の在宅療養の取り組みの中で在宅、あるいは施設等の住み慣れた暮らしの場でみとりというのを支援するという事で、都民の理解促進、それから医療看護関係者のレベルアップ、それからみとり関係の整備といったような暮らしの場で起きるみとり支援事業というのを実施しております、今後、それを充実させていきたいというふうに考えておりますので。具体的には、在宅療養の欄の268ページの一番下のところ、取組2の在宅療養患者を支える地域の取組を促進の一番下のところに一つ、地域におけるみとりを促進していくというふうな内容を記載させていただいております。

○小林会長 第五次との関連、あるいはそのPDCAサイクルについては、保健医療推進協議会でかなり議論されています。私も最後の会にオブザーバーで参加させていただきましたけれども、取り込まれていると思います。もし橋本座長のほうから追加のご意見ありましたら、あるいは河原副座長のほうから。

○橋本座長 先ほど、私申し上げましたように、現行で行っている政策の現状とか、それからそのいろんなアウトプットとか、そこでの問題点を抽出して、じゃあどうしようという形で、PDCAそのものだと思いますけれども、回しているつもりで進めておりました。

○小林会長 ありがとうございます。ほかに委員の皆様から。

じゃあ、先に遠藤委員のほうから。

○遠藤委員 この全文の資料でいうと、222ページのへき地医療。中でも私、島しょの医療に関心を持ってしまして。また、島しょ部、ほぼ行き来してまして。このくだりは、ほとんどが救急医療ですとか、または本土と島、離れているので、診断で画像伝送の云々かんぬんとか、あと島に行っていただく医師の確保等々、主にこういう記載になっているんですけども。

やはり島に行ってみると、多くの患者の方、また家族の方、いざとなれば広尾病院を中心とする本土の医療機関を受診したいと。特に慢性疾患等々をお持ちの方というのは、定期的に本土の医療を受けることになりますけれども、本当に片道数万、お一人で来られる場合もありますけれども、その多くは付き添いの方、家族の方がいると。一泊で帰れない場合等々もあって、この本土の医療機関を受診するのが、相当な家計負担になっていると。これ何とか支援してもらいたいと、当初からそういう声がありました。

これは医療の話なのかと、それとも町村支援の話なのかと、こういう話になりまして。現行は総務局の市町村総合交付金で、そのメニューに入れて、そのメニューを使って、この患者家族の本土の移送旅費の支援というのをしているんですけども、もう1歩、ここ医療を受けるという側面で、こうした患者や家族の皆さんの交通費、運賃等々も

担保する。ここで、なかなか医療の話ですから書けないと思うんですけども、ただびっくりしたのは227ページの一番最後に、へき地の患者を最寄りの医療機関まで輸送するための車両の運行に要する経費を補助して云々かんぬんという、こういう運行に対する費用も補助しますよと、こういうくんだりが盛り込まれたのであれば、島しょの患者さん、または家族が本土の医療機関を受診する場合の何らかの支援というものも、やはり福祉保健局としてこの中に何らかのそういうくだりを盛り込むべきであると、この意見を申し述べさせていただきます。

○小林会長 ありがとうございます。事務局のほうで今のご意見に対して何かありましたら、お願いします。ご要望ということですけども。

○遠藤委員 なかなか答えられないと思うんで、この席では要望ということで。

○小林会長 じゃあ、安藤委員、お願いします。

○安藤委員 慢性期のことなんですけども、中医協で全日本病院協会会長の猪口先生が、前からちょっとおっしゃっていたことなんですけども、介護医療院の中には入らないと思うんですけど、病床転換型の外づけ医療ということが、今回認められているんですけども。まだその細かいところは議論されていないと。国のほうも、どちらかと言うと、そういうものに対しては、各都道府県の条例でちょっとやってほしいみたいな話もあるので。そうであったら、病室の4床部屋を、今いろんな建築の技で個室的に多床室という形でプライバシーが守れるというふうにきれいにつくることができますので。それに病院ですから、お医者さんが行くとか、看護師さんが行くとか、多職種連携チームが行くとか、そういうふうにすることによって、今、有料老人ホームも結構個人負担が高いということで、低所得者の方には大変なものですし、また、東京都としても新たに特養をつくるというのは、非常にお金がかかるというのであれば、そういうふうな利用の仕方、これは多くの方にとって有意義になるのではないかなと思うので。今、チャンスだと思うので、ぜひそういうところを、また国のほうに訴えていったらなと思います。

○小林会長 ありがとうございます。ご要望ということで、今のお伺いしたいと思います。ほかにいかがでしょうか。

じゃあ、奥田委員、お願いします。

○奥田委員 消費者運動をやっている者の立場から、今回の医療、この推進の中に健康づくりとか食事の見直しとか、そういった医療以前の話が結構盛り込まれているというか、ただ前文として置かれているのか、その辺がちょっとよくわかりませんが、今、加工食品は随分はやっていますから、それに含まれる添加物はすごい量で、何兆円の生産というか消費量だという話です。そういうことを考えると、健康な食生活とかそういったことは、いろいろ話題になればなるほど私はうれしいんですけども、その取り上げ方がちょっと何か衣が着せられているようで、何かあまり読んで、あの辺のことを言っているんだなという雰囲気しかわかりません。

例えば妊娠する場合、高校生に、いろいろな教育の中に性教育とかいうのもありますけれども、若いうちに子供ができれば、健康な子供が生まれやすいというふうな常識が大人の間にはあると思うんですけども、いろんな理由で子供は40代にならないと産めない環境にあったりする、そういったことも例えばその人の生活信条とかから始めないといけないのかなとか思ったりして、すごく、医療以前のことが難しいかなと思って、この本を読ませていただきました。

だからどうしようというわけじゃないんですけど、関係機関と連携してということであれば、関係機関とそういうところをどんどん連携して、医療にかからない生活を送れるような計画もあっていいのかなと思いました。

以上です。

○小林会長 ありがとうございます。恐らく母子保健、子ども家庭福祉、あるいは後ろのほうの食品衛生にかかわる話かと思いますが、事務局のほうでこういう意見があったということで、留めておいていただければというふうに思います。

そろそろ時間が押してまいりましたので、とりあえずご意見はここでひとまずお伺いするのはやめにして、答申の取りまとめの方法についてのご相談、お諮りをしたいというふうに思います。

皆様方から貴重なご意見が出されました。それから後でご説明しますが、また追加のご意見を伺う機会も設けたいと思いますので、全体としては改定案に関しましてご異論はなかったと思いますので、皆様方のご意見につきましては、私のほうで取りまとめて、答申に当たっての附帯意見という形で取りまとめたいと思います。会長一任ということをお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

(異議なし)

○小林会長 ありがとうございます。それでは、大変僭越ですが、私のほうで答申書を取りまとめたいというふうに思います。そして次回の審議会、3月に予定されていますが、そこで皆様方のご確認をいただいた上で、知事に答申をしたいというふうに考えております。

それから資料の最後のほうに、一番上に「ファクスまたはメールでご送付ください、2月16日、金曜日、締め切り」という紙があると思いますが、これを使いまして、本日、発言できなかった、時間で発言できなかった、あるいは追加のご意見等ありましたら、事務局のほうに寄せていただければというふうに思います。これも答申書のほうに含めて取りまとめたいというふうに考えております。よろしいでしょうか。

どうもありがとうございます。それでは、議事を先に進めたいと思います。本日はもう1点議事がありまして、病床配分につきまして、事務局のほうから説明をお願いいたします。

○西塚医療安全課長 それでは、続きまして、医療安全課長より、保健医療計画に基づく病床配分につきまして、資料7-2及び資料7-3でご説明したいと思います。

恐れ入ります、初めに資料7-3をごらんいただきます。医療機関への病床の配分の手続のご説明をする前に、基準病床数制度について概略をご説明いたします。7-3でございます。

医療機関の病床の整備につきましては、病床が過剰となっている地域から、病床が不足している地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保することを目的に基準病床数制度が設けられているところでございます。その仕組みといたしまして、基準病床数については、全国統一の算定式を用いております。既存の病床数が基準病床数を超える地域、いわゆる病床過剰地域においては、病院等の開設、ベッドの増床を許可しないという仕組みでございます。

この基準病床数につきましては、東京都の保健医療計画において療養病床及び一般病床について二次保健医療圏ごとに算定し、残る精神病床、結核病床、感染症病床については、東京都全域を医療圏として算定しているところでございます。既存の病床数が基準病床数を超える病床過剰地域では、先ほど申し上げたとおり、これまで開設等を許可せず、一方で病床が不足地域においては、年に2回不足する病床数を公表し、病院の開設を希望する者を募りまして、基準病床数を超えない範囲で公平に配分しているところでございます。

続いて、7-2にお戻りいただきます。資料7-2で病床の配分方法を変更するというご説明をさせていただきます。

平成30年度から事務手続の方法を変更したいと考えております。これは先般、厚生労働省が都道府県に通知しております。都道府県が新たに病床を整理する際は、将来必要な病床数に留意して、医療審議会において十分な議論を経るよう求めたことに対応するものでございます。こちらの囲みにあるように、病床の配分を決定するに当たり、病院の開設予定者が今後地域医療構想調整会議において病床の機能区分などの計画を報告し、その後医療審議会の報告を経て、配分病床数を決定する、この二つの会議の手続を追加する変更を行いたいと思っております。

次に、病床配分の回数ですが、従前年2回のところ、地域医療構想調整会議等で報告するという事務手続上、年1回に改めたいと存じます。

続いて、都が病床を配分してから、開設者が病院の開設許可を申請するまでの期間、従前6カ月以内に申請を出していただいていたりましたが、今後は配分してから最長1年間に延長したいと存じます。これによりまして、開設者が地域のニーズを踏まえた建物の設計や人材の確保に時間的な余裕が出ると期待しております。

最後に、基準病床数の見直しの時期でございます。これまでは保健医療計画の計画期間、つまり5年間は見直しを行っておりませんでした。次期医療計画では、少なくとも3年後には見直したいと存じております。参考まで、下に病床配分に係る事務の流れについて、これまでと30年度以降を記載してございます。詳細については現在検討中でございます。

甚だ雑駁ですが、説明は以上でございます。

○小林会長 ありがとうございます。ただいま説明がありました病床配分につきまして、ご意見、ご質問等ありましたら、お願いいたします。いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。特にご意見ないようですので、異議はなかったということで、先に進めたいというふうに思います。

本日は、もう1件報告事項がございます。診療所の一般病床設置にかかわる報告事項。届け出による診療所の病床設置についてという報告事項が、あと1件ございますので、説明お願いいたします。

○西塚医療安全課長 それでは、資料8をごらんいただきます。届け出による診療所の病床の設置についてでございます。

我が国では、医師などが診療所を設置するときには、都道府県知事の許可は必要なく届け出だけ、いわゆる自由開業制となっているところでございますが。診療所に19床以下のベッドを設置する場合、つまり有床診療所を開設する場合には、都道府県知事の許可が必要で、病床規制の縛りがかかっているところでございます。

こちらの資料8の右側に示しておりますが、今申し上げた病床規制の例外といたしまして、右が従前のものですが、4種類の診療所、つまり居宅医療、へき地医療、産科医療、小児医療を提供する診療所については、従前から都知事の許可は必要なく、特例により届け出だけで診療所に病床を設置できる制度を設けているところでございます。これまでに39施設の有床診療所が、この特例により届け出だけで一般病床を設置しているところでございます。

資料8の左側でございます。基準の改正案をごらんいただきます。変更点を下線に引いてございます。本年4月、医療法施行規則が改正され、地域包括ケアシステムの推進等に必要な有床診療所について、さらに設置を促す目的で要件の見直しが行われるところでございます。

変更点を説明いたします。まず、リード文の2行目でございますが、設置できるベッドの種類、種別です。従前は一般病床のみ特例が認められていたところ、新たに療養病床も設置できるようになります。これは厚生労働省令の改正によるものです。

続いて、リード文の3行目、届け出の前に医療審議会の議を経ることに変更いたします。これは従前医療審議会の諮問は必要でしたけれども、厚生労働省の通知によりまして、あらかじめ審議会で基準を定めておけば、事後報告でよいということになっていたところでございます。本年4月以降ですが、医療法施行規則が改正されまして、診療所が地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所であるかなど地域の実情を踏まえて検討する必要が新たに生じ、そのため国の通知でも知事が届け出を受け付ける前に、本医療審議会に事前にお諮りするよう求めているということに対応するものでございます。

続いて、その左側の資料の1番、地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所



という文言が整備されております。先ほどの厚生労働省令の改正で、これまで居宅診療というものが、新たに地域包括ケアシステム構築を省令でうたったということに対応し、再編したものです。

そして、下線がイからキまで書いてありますが、こちらの6項目について、新たに対象を拡大したというものでございます。

飛んで、5番目、救急医療の提供のために必要な診療所についてでございますが、こちらも厚生労働省令の改正によって追加するものでございます。こちらの要件としては、二次救急医療機関として告示を受けている医療機関を条件として、認めていきたいと考えております。こちらの新たな基準につきましては、平成30年4月1日から適用したいと存じております。

説明は以上でございます。

○小林会長 ありがとうございます。基準の要件が広がったということでございます。報告事項ですが、いかがでしょうか。審議会の負担はふえるということですね。ということだと思っておりますが、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。書いてある事項はわかりやすい事項ばかりだと思いますので、また審議会の委員の皆様にはご負担がふえると思いますが、よろしく願いいたします。

以上、用意した議案、審議事項、それに報告事項は終了ですが、何か事務局のほうから追加の情報等ございますでしょうか。

○遠藤医療政策課長 本日も大変熱心にご審議をいただきまして、まことにありがとうございます。

資料でございますが、お持ち帰りいただくか机の上に置いていただければ、事務局のほうから郵送させていただきます。また、お車でいらっしゃる方で駐車券ご利用になる場合は、事務局までお申しつけをいただければと存じます。

委員の皆様には、既にご案内をさせていただいておりますが、次回の医療審議会、3月29日の午後6時から開催の予定でございます。場所につきましては、次回は東京都庁第一本庁舎、42階北側です、いつもの会議室で開催をさせていただきます。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。

○小林会長 それでは、これもちまして、本日の東京都医療審議会を終了したいと思います。

どうも皆様、お疲れさまでした。

(午後 8時28分 閉会)