

令和7年度第1回
東京都保健医療計画推進協議会
会議録

令和7年12月23日
東京都保健医療局

(午後 4時00分 開会)

○本間計画推進担当課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから令和7年度第1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、委員の皆様方には大変お忙しい中ご出席くださいます。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本間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ひします。

本会議はWEB会議形式となっております。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」をご一読いただきまして、ご参加くださいますようお願いいたします。

ここまでで何か、ございますでしょうか。皆さん、音声、聞こえていますでしょうか。ありがとうございます。

続きまして、本日の配付資料ですが、事前にメールで送付させていただいておりますので、各自ご準備をお願いいたします。

なお本日の会議でございますが、東京都保健医療計画推進協議会設置要綱の第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、委員の発議により出席委員の過半数で決議したときには、会議または会議録等を非公開とすることができますが、本日につきましては、公開としたいと思ひますが、よろしいでしょうか。

(異議なし)

○本間計画推進担当課長 皆さん異議なしということで、ありがとうございます。

また本日は傍聴希望者につきましては、既にWEBからの傍聴を許可しておりますので、併せてご了解くださいますよう、お願いいたします。

出席につきましてはですが、委員の皆様、本日は伏見委員、和気委員、吉井委員、高橋委員、前田委員から、事前にご欠席のご連絡をいただいております。

以上で参加状況のご報告を終わらせていただきます。

なお、こちらで東京都側でございますが、事務局である医療政策部のほか、関係部局の職員も出席させていただいております。

それではまず初めに、保健医療局技監の成田よりご挨拶を申し上げます。よろしくお願ひします。

○成田保健医療局技監 皆様、こんにちは。聞こえておりますでしょうか。

保健医療局技監の成田でございます。本日は都庁から参加できず、誠に申し訳ございません。

委員の皆様におかれましては、日頃から東京都の保健医療行政に多大なるご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本協議会の委員として、ご協力をいただき、またご多忙の中ご出席を賜り、重ねて御

礼申し上げます。

さて本日は、本年、令和6年3月に改定いたしました東京都保健医療計画の初めての進行管理、評価を行います。

また本議会の下に設置しております地域医療構想調整部会での議論の状況についてのご報告のほか、新たな地域医療構想の策定について、保健医療計画と関連する点もございますことから、ご報告させていただく予定でございます。

委員の皆様におかれましては、ご忌憚のないご意見をいただき、引き続きお力添えを賜りますようお願い申し上げます、冒頭のご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。

○本間計画推進担当課長 ありがとうございます。

それではここからの進行につきましては、橋本座長にお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

○橋本座長 それではお手元の会議次第をご確認いただきたいと思います。これに沿って進めてまいります。

本日の議事は、東京都保健医療計画の進捗状況についてです。

その進捗状況について、5疾病6事業及び在宅療養の取組を中心に、事務局から説明させていただきます。

まずその説明の様式について、事務局から説明させていただきます。申し上げます。

○本間計画推進担当課長 それでは、資料3-1でご説明させていただきます。

保健医療計画の進捗の確認方法ということで、私のほうから説明させていただきます。個別の疾病事業に係る進捗状況評価のご説明に先立ちまして、前回の第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、ご説明申し上げます。

都の保健医療計画では、計画全体を所管する本協議会と、この協議会と、各疾病ごとの協議会が情報共有、連携を図りながら、計画を推進する体勢を取ってございます。

計画で設定した評価指標の進捗確認につきましても、本協議会に先立ちまして、資料3-2に記載しております、各疾病事業ごとの協議会において、評価、検討を行っていただきまして、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採ってございます。

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。

そして委員の皆様からは、こちらについてご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6事業、在宅医療、その他リハビリテーション医療等については、資料3-3と、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、適宜ご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と資料3-2を使って行います。

では、資料 3-1 をご覧いただければと思います。

こちらの資料は左から、各疾病事業ごとにおける評価指標の名前、計画策定時の数値と目標値、1年目でございます令和6年度の実績、評価指標ごとの目標達成状況と、5疾病6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、などの事情によりまして、令和6年度以前で把握可能な直近の数字にお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、そのほか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、記載上はハイフンですね、一を、一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、評価を行っております。

各協議会の開催状況につきましては、資料 3-2 をご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、ありがとうございます。

事務局から説明がありましたように、各指標の実績、それから達成状況及び総合評価については、この協議会の前までに、それぞれの各疾病事業ごとの協議会に諮っていたでいて、事前に内容を確認していただいたものとなります。この方法は数回前からやっているというふうに思います。

それでは、早速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」から順番に説明をお願いします。

5疾病の取組の説明の後、質疑をお願いしたいと思います。

では、がんからお願いします。

○田村課長 がん対策の評価指標の達成状況につきまして、私からご説明させていただきます。

資料の 3-1 と 3-2 をご覧ください。

3-2 にありますように、東京都がん対策推進協議会におきまして、7月22日に審議をしていただいております。

主な意見にありますように、平均点が3.1点となることや各事業の取組状況なども勘案しまして、総合的な評価としましてはB評価となっております。

がんの指標につきましては、詳細は資料の 3-3 を見ていただきますと分かるのです

が、資料3-1にあります指標以外にも多数、指標がございます。3-1につきましては、現状で評価が可能となっている指標のみ掲載しております。

まだ評価していない指標につきましては、来年度、中間評価のために、患者調査や医療施設調査などを実施する予定でございますので、来年度は数字が出ないのですが、再来年度の本協議会におきまして、より多くの指標について、実績値を示すことができる予定となっております。

がんについては以上になります。

○橋本座長 続けて、江口さんから、脳卒中の取組をご報告いただくことになっていきます。

○江口課長 脳卒中の指標なんですけれども、こちらにつきましては、こちらの資料でいうと3-1になります。脳卒中の指標で12項目ありまして、その中の、達成状況がB以上の項目の割合ということで、12分の10ということになっていきます。B以上ということになりまして、各項目のそういう評価を合わせた総合評価としてはBというふうにしております。

資料の3-2をご覧くださいければと思います。

具体的には循環器病対策推進協議会、こちらが今年の8月に開催をしております、脳卒中と併せて心血管疾患のほうも、この協議会の所管ということになっております。

先ほど申し上げたとおり、この達成状況というところのB評価については、妥当だというふうに、この協議会の中でも、ご意見というか、承認をいただいたところでございます。

続きまして、もう一度、これでいうと3-1に戻っていただきまして、循環器病のもう一つの、心疾患のほうですかね。心疾患のほうについても、先ほどと同じような形で評価をさせていただいたというところですよ。

それで先ほど3-2のところでも述べたとおり、循環器病対策も推進協議会の中で、総合評価についてBというのは妥当だということで、評価、事務局案については妥当ということになっております。

そのほか、この循環器病対策としましては、二つ事業として、この協議会の中でも、事業評価という形で話を入れております、一つはこの心不全サポート事業というのがあります。それが令和5年度から東京女子医大病院と榊原記念病院をモデル病院にしまして、都の委託事業で事業を開始したと。この中で地域のかかりつけ医の方を対象にしたいろんな連携構築ということで、研修の開催であるとか、いろんな取組を図っております。

その中で、心不全のサポート事業を通じて、かかりつけ医がこのような病院との関係が構築されることによって、よりその地域連携が促進されて、在宅復帰率の向上であるとか、平均在院日数短縮の傾向が見られるということで、この事業についての評価をいただいております。

また脳卒中・心臓病総合支援センター事業、こちらのほうが令和6年度から国の事業

としてスタートしております。3病院ということで、具体的に日本医科大学、それから榊原記念病院、武蔵野日赤病院ですね。こちらのほうが、この事業を実施していただきまして、心臓、併せて脳卒中に関する患者、家族からの総合的な窓口の設置、それから医療従事者からのいろんな相談を受けるような、そういう体制づくりというのを行ってまいりました。

そのほか脳卒中の取組として、急性期医療機関制度の見直しを行いまして、新たに血栓回収療法という、そういう、今までTBA療法が標準だったところを、このような新しい治療法がある程度普及してきたということもありまして、令和6年3月から、新しい脳卒中急性期医療機関の搬送制度というのを始めたというところでございます。

脳卒中併せて心血管疾患の取組としては以上となります。

○田村課長 では続きまして、糖尿病の評価指標の達成状況について、ご説明いたします。

糖尿病につきましては、資料3-2にありますとおり、糖尿病医療連携協議会におきまして、9月1日に審議していただいております。

各指標の達成状況につきましては、取組3の糖尿病の連携の登録医療機関数が減少したことから、C評価となっております。こちらにつきましては、登録している医療機関の中身を精査しましたところ、既に廃院になっている医療機関等がございまして、数字が若干減っているためC評価となっておりますが、その他の評価につきましてはA評価、B評価になっておりますので、総合評価としましては、A評価になってございます。

主な意見としましては、予防から治療までの医療連携の強化については、数の指標だけではなく、質的な評価指標も今後必要であること、また新しい薬剤の普及も進んでいますけれども、それを適正に使用していくためには、正しい知識の普及が重要であることとなっております。特に薬剤につきましては、最近糖尿病、新しい治療薬等が出てきていますが、その中でも痩身やダイエット等の副作用がかなり問題になっている点から、こういったご意見をいただいているところになります。

糖尿病については、以上になります。

○横井課長代理 続きまして、精神疾患の取組につきましてご説明いたします。

精神疾患につきましては、令和7年10月31日に集合とオンラインの併用方式で開催いたしました、東京都地方精神保健福祉審議会で協議を行いました。

評価指標の達成状況につきましては、資料3-1、2ページ目後半から3ページ目をご覧くださいと思います。

今回精神疾患の総合評価はBとしております。評価指標は10項目、記載のとおりでございます。

まず取組1-3、各時点の退院率についてですが、こちらはNCNPの公表するレセプト情報・特定健診等情報データベースの集計を使用しております、最新の値としては令和3年度に入院した方のデータとなっております。

実績としましては、策定時点とを比べ、大きな変化はございません。

これはコロナ禍の影響と見ておりまして、Cといたしました。

続いて長期在院者数、退院後1年以内の地域における平均生活日数につきましては、改善率が小さいことからBとしております。

続きまして、取組2-1、2-2、精神科救急医療機関数についてです。

令和6年度は常時対応型施設の仕組みを新たにしまして、9病院を指定、また外来対応施設は10医療機関増えまして、計42病院となりました。

精神疾患救急医療機関の拡充が進んだことからAとしております。

取組2-3、東京DPATの登録機関数については、東京DPATの隊員数が26名増え計325名に、日本DPATの登録機関数は1機関増え、計3機関となり、体制整備が進んだためAとしております。

こちら記載しておりますが、策定時点では先遣隊という名称でしたが、令和7年度から日本DPATという名称に変わりましたので、こちらの部分も日本DPATという表記にしております。

続きまして取組3-3、依存症専門医療機関数については、令和6年度に薬物依存症とギャンブル等依存症の専門医療機関をそれぞれ1機関ずつ増やしましたことからAとしております。

3-7の摂食障害支援拠点病院では、令和6年の6月に新拠点病院を設置しまして、運営を始めたことからAとしております。

最後に取組4、虐待防止研修の参加医療機関数についてですが、8割を超える病院からご参加いただきましたことから、達成状況はBとしております。なお、この項目は第8次計画で新たに設定したものでございます。以上の評価につきまして、東京都地方精神保健福祉審議会でご了承いただいております。

精神疾患に関するご説明は以上となります。

○並木課長 続きまして、認知症の取組についてご説明いたします。

資料の3-1をご覧ください。

認知症に関しましては三つの評価指標を設定しておりまして、いずれも達成状況Bとしております。

具体的には一つ目の認知症の早期診断・早期支援に取り組む区市町村数ですが、目標を令和11年度までに全区市町村、62区市町村で実施していただくことを目標としております。令和6年実績では、25区市町村に取り組んでいただきました。策定時の22区市町村と比較しまして、実績がやや伸びていることから、達成状況をBとしております。

二つ目の認知症サポート医養成研修修了者数ですが、令和7年度、今年度までに2,000人を目標としております。令和6年度実績では、累計1,852人になりました。策定時の1,668人と比較して実績が順調に伸びていることから、達成状況をBとしております。

三つ目のチームオレンジの整備に取り組む区市町村数ですが、令和7年度、今年度までに62区市町村全てで実施していただくことを目標としております。

チームオレンジとは、地域で暮らす認知症のある人や家族の困り事の支援ニーズと認知症サポーターを結びつけるための取組でございます。

令和6年度実績では、31区市町村に取り組んでいただきました。策定時の17区市町と比較して、実績が伸びていることから達成状況をBとしております。

以上、各取組の達成状況につきまして、全てBでありますため、令和6年度の総合評価をBとしております。

続いて資料3-2をご覧ください。

先ほどご説明した評価につきまして、10月に開催されました東京都地方精神保健福祉審議会におきましてご審議をいただきました。特段のご意見はなく、事務局案をご了承いただきましたことをご報告いたします。

ご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。それでは一旦ここで区切らせていただきます。

今説明がございましたけれども、5疾病の取組について、委員でご意見、ご質問があればお願いします。よろしくどうぞお願いします。

よろしいですか。土谷委員ですか。

はい、土谷委員、お願いします。

○事務局 音声が届いていないようです。

○土谷委員 すみません、聞こえていますか。

○橋本座長 はい、大丈夫です。お願いします。

○土谷委員 私からは取組の1-1-2、受動喫煙の機会を有する者の割合についてです。

策定時、飲食店18.3%、受動喫煙が出ているとっていたところが、目標が「なくす」になったんですけれども、実績1年目ではありますけれども、この割合がむしろ増えてしまってD評価と、まずそこです。こちらについて東京都のご認識と今後の対策・対応等をコメントいただけたらと思います。それが1点です。

もう一点は、脳卒中の取組3、リハビリテーションが実施可能な医療機関数（脳血管）のところですが。

こちらが策定時が604施設というのが、この目標値が維持する実績が162となっておりますけど、これは多分ちょっと転記ミスだと思いますので、これは修正をお願いしますということです。

私からは以上2点です。162が間違い、それが間違いかなと思って。ほかの5項目を入れちゃったみたいですね。

○橋本座長 じゃあ事務局、お願いします。

○田村課長 まずがんの取組1-1-2、受動喫煙の機会を有する者の割合ですけれども、

こちらに関しましては、健康推進プラン21推進会議の施策検討部会におきまして、専門の委員からは、令和4年度の結果につきましては、新型コロナの影響で飲食店利用が極端に減少した影響が考えられるとのご意見をいただいているところになってございます。飲食店での受動喫煙の機会は、令和2年度の受動喫煙防止の法律と条例の全面施行後、随時減少しておりまして、直近年度の比較では、令和5年度が24.2%、そこから令和6年度が19.9%と4.3ポイントの減となっておりますので、今後も受動喫煙機会の減少に向けた啓発等に務めていきたいと考えてございます。

以上です。

- 橋本座長 もう一つだけ、あれは数字を直せばいいわけですか。
- 江口課長 先ほど土谷先生からご指摘のありました、リハビリテーションの実施可能な医療機関数（脳血管）のところですが、正しくは638施設となっております。すみません、転記ミスというか、数字の間違いでございますので、訂正をさせていただきます。

○土谷委員 ありがとうございます。

○橋本座長 ありがとうございます。大丈夫ですか。

土谷委員、大丈夫ですか。いいですか。

○土谷委員 はい。受動喫煙については、オリンピックに向けて、随分取り組んでいたと思うんですけども、オリンピックが終わった後、町を歩くとやっぱりたばこ吸えますみたいな看板がまた目立つようになってきているかなと思いますので、対策・対応を一緒になって頑張っていきたいと思います。よろしくをお願いします。

○橋本座長 これは地域によってばらつきがあるとかというのは、あるんですか。それは分からないな、ここでは分からないですか。

○田村課長 そうですね、地域までは分かりません。

○橋本座長 よろしいでしょうか。じゃあそのほかはいかがでしょうか。

西川委員、どうぞ。

○西川委員 西川です、よろしくお願いたします。

資料3-1の一番最初のページなんですけど、すみません、ちょっと音声、大丈夫でしょうか。

○橋本座長 大丈夫ですよ、聞こえています。

○西川委員 退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合というところが増えているという結果になっていますが、行政の普及啓発の活動もあって、がん患者の治療と仕事の両立の環境整備に取り組む企業が増えているのではないかという印象があったのですが、実際このように数値が上がってしまっているというのは、どういう原因が考えられるのでしょうか。

以上です。

○田村課長 ご質問ありがとうございます。

こちらのデータなんですけれども、ベースになっているデータの出展が、国立がん研

究センターの患者体験調査の都道府県別の集計となっております。

こちらの数値なんですけれども、都道府県ごとの数字は出てはいるんですけど、非常にN数が少ないところはございまして、そういったところから、かなりブレがあるのかなと、こちらとしては考えているところです。

実際、今言われましたように、仕事と治療の両立につきましては、かなり企業でも取り組んでいただいておりますし、我々も普及啓発に取り組んでいるところになります。また、来年度から、がんに限らず、治療と仕事の両立支援に対して、法律が改正されて企業に対して努力義務が課せられることとなりますので、そういった点からも今後は取り組んでいく企業が増えていくことによって、こういった数字に関しても、今後は改善していくものと考えてございます。

○橋本座長 西川さん、よろしいですか。

○西川委員 分かりました。ありがとうございます。

○橋本座長 実態が西川さんの感じているようなものという話ですが、じゃあDをつけるなよという感じですけどね。

もともとの策定時の数値がNが少なかったりして、あまり比較対象にならないのであれば比較しないほうがよろしいですね。無理して比較する必要はないと。

はい、ありがとうございます。でも実態はそれを、悪いほうに向かっているということではないという、そういうことだろうと思います。

ほか、いかがでしょうか。

よろしいですか。

僕、ちょっと聞きたいところがあって、認知症のところの、取組5-2です。チームオレンジ、結構いろいろやっている市町村は多いと思うんですけども、あまり増えていないというふうに、の評価ですか、これは。

○並木課長 おおむね達成という。

○橋本座長 ああ、おおむね達成か。

○並木課長 ただ、全区市町村に取り組んでいただきたいと考えていますので、まだまだ東京都としてもできることがあるのかなと思っております。

○橋本座長 そうですか。もうちょっと長いスパンで見ていこうという観点はありますね。

○並木課長 はい。

○橋本座長 それからもう一つ、それから派生するんですが、市町村によくやっているところは、自治体からもうちょっと企業の単位でやり始めていると思うんですね。この辺は、把握されていますか。

○並木課長 はい。基本的には区市町村を通じての調査になってはいますが、かなり区市町村が結構民間事業者と一緒にやっていますので、そういう取組を東京都も財政支援を行っていますし、好事例も共有して、続けてまいりたいと思います。

○橋本座長 そういうものも含めた評価が、これ、決めちゃっているから、これでしょう

がないと思いますけど、ちょっとあってもいいですね。

○並木課長 はい。

○橋本座長 はい、ありがとうございます。

ほか、いかがですか。よろしいですか。

それでは、次に行きましょうか。

それでは続きまして、6事業及び在宅療養の取組について、ご説明をお願いしたいと思います。質疑は一応これが終わってから、区切りでやりたいと思います。

ではまず「救急医療」から、お願いします。

○江口課長 救急医療につきまして、ご説明させていただきます。

まず資料のほうですけれども、資料の3-1に記載をさせていただいているとおりでございまして、策定時がコロナ禍ということもありまして、若干その数字は、もともと少し低いところからスタートしたということも影響していると思われましても、実際令和6年度の実績で見ますと、救急の各指標の取組のところについては、A評価というのがかなり多くなっております。

そのほかB評価も含めると、この8項目のうちの8分の8ということになりますので、総合評価はAというふうに行っているところではあります。

それで資料の3-2に移っていただきまして、救急医療対策協議会、こちらは令和7年9月に書面開催をしております。総合評価については妥当ということで、事務局案了承ということになっております。

ご意見としては、ここに記載をさせていただいているとおりでありますが、COVID-19や医師の働き方改革などの外的要因の変化による影響を考慮する必要がある、心肺機能停止傷病者の1か月後生存率について、十分ではないが改善傾向が見られる、三次救急医療機関の収容可能回答率や東京ルール事案に該当する救急搬送患者の割合について、策定時よりCOVID-19の影響が薄れて大幅に改善したがまだ不十分、救命救急センターの充実段階評価「S」の割合について、今後医師の働き方改革の影響を注視する必要がある、二次救急医療機関の応需率については、応需数も同時に評価すべき、救急活動時間（出動から医師引継ぎ）について、出場から現着、現場活動時間、現発から医師引継ぎまで分けた分析が必要、というようなご意見をいただいたところです。

救急医療については以上となります。

○上村課長 続きまして、「災害医療」についてです。

資料の3-1の3ページ目になります。

災害医療、全部で8の指標です。おおむね達成率が1指標のみ達成できず「D」という評価で、全体は「B」の総合評価になっております。

1指標、災害拠点連携病院の指定が達しなかったということで逆に減っているということです。これは指定病院の診療休止に伴う結果というところで、それが原因としてなっております。

続きまして、資料 3-2 をご覧ください。

この内容につきまして、本年 8 月に開催いたしました災害医療協議会で意見をいただきました。

総合評価は妥当というところですが、2 点ご意見をいただきまして、1 点目は災害拠点連携病院が減っているという状況に対しまして、候補となる指定二次救急医療機関が候補になりますので、そういった機関、医療機関に働きかけをして、災害拠点連携病院を増やすことが必要というのが 1 点です。

あともう一点、病院の B C P の策定率、あるいはその浸水想定区域に所在する病院のうち、B C P へ、その水害対策を記載しているかどうか、その率について、私ども、対象となる病院に調査をお願いしまして、その回答があった病院のみが把握できるという状況です。回答率が 100% でないので、100% に近づけて、全体を把握すべきということで、二つご意見をいただいております。

以上です。

○神野課長 続きまして、「新興感染症発生・まん延時の医療」の取組について、ご説明をさせていただきます。

新興感染症発生・まん延時の医療につきましては、令和 6 年 3 月に改定した保健医療計画で、新たに事業の一つとして位置づけられてございます。

資料 3-1 をご覧ください。

目標値につきましては、感染症法に基づいて改定しました、感染症予防計画の中で定めております、感染症有事に備えた医療機関などとの協定締結数ですとか、確保病床数などを設定してございまして、おおむね目標を達成している状況でございます。そのため、全 14 項目中 12 項目が A となっております。

下から 2 行目の協定締結医療機関の感染症に係る研修・訓練の実施、または医療従事者を参加させている割合ですとか、一番下の行の、個人防護具を 2 か月以上備蓄している協定締結医療機関数につきましては、目標値をやや下回っているということで、引き続き協定締結医療機関の皆様への周知ですとか、研修受講の機会の提供などに取り組んでまいりたいと思っております。

続きまして、資料 3-2 をご覧ください。

新興感染症につきましては、令和 7 年 8 月に開催しました感染症対策連携協議会において、進捗のご報告をさせていただきます、総合評価 A ということでご了承いただいております。

新興感染症についてのご説明は以上となります。

○江口課長 「へき地医療」ということとなります。

資料の 3-1 をご覧いただければと思います。

取組としては、ここに記載をしている取組なんですが、特に医師の充足率、これは継続して 100% になっております。そのほかの新しい取組として行っているところで、

遠隔での連携診療を実施する医療機関の医療機関数であるとか、それから島内で回復期リハビリテーションを実施する島の数、こういったところが、まだ取組として新しくスタートしたところが十分でないということで、Cということにしております。

ということでB以上が3項目ということで、5分の3、60%ということになりますので、総合評価はBというふうにしております。

それで、へき地医療につきましては資料の3-2の、東京都へき地医療対策協議会、これが令和7年9月に書面開催をしております。

先ほど述べました評価については妥当というふうにしております。妥当というふうなご意見でありました。

そのほか、医療体制が脆弱なへき地町村に対する、東京都の各種取組は評価できる、ただ進展していない取組については、今後に期待をしているというご意見をいただいております。

へき地医療については以上となります。

○佐藤（大）課長 続きまして、「周産期医療」の取組について説明をさせていただきます。

資料3-1をご覧ください。

周産期のところですがけれども、総合評価はAとなっております。10項目中8項目、Aとなっております。大体が策定時と数値は近いんですがけれども、妊産婦死亡率だけ大きく下がる形になっております。令和4年のときに、6人の方がお亡くなりになっているという統計になっておりますけれども、この年を除く10年間につきましては、おおむねゼロから3人という形で推移しております。今回の策定時1.1という、1人という形になっておりますので、平時に戻ったという形で評価のほうはBというふうにさせていただきます。

資料3-2をご覧ください。

東京都周産期医療協議会のほうでお諮りしております、令和7年9月に書面のほうで開催しております。コメントをいただいているご意見としましては、Aは妥当であるという方と、無痛分娩の実施に伴う項目やメンタルヘルスに関する項目も入れておくのが、今後考えたほうがいいのかというご意見もいただいておりますし、今後集約化に向けて、どうしていくべきかということを考えてほうがいいのかというご意見もいただいております。

引き続き、「小児医療」のほうに移らせていただきます。

もう一度、資料3-1のほうをご覧ください。

小児のほうですね、総合がCとなっております。軒並み悪い形になっておりますが、まず搬送のところですがけれども、令和3年の1,789件から大幅に増加しております。5,600件という形になっております。令和3年のときも過去5年、コロナ前に比べますと多い数字にはなっておりますけれども、さらに多い状況になっております。

あと死亡率につきましても、前回のときより悪い形になっておりますので、評価とし

ては下がる形になっております。

資料 3-2 をご覧ください。

こちらのほうは東京都小児医療協議会でお諮りしております、令和 7 年 10 月に書面開催をしております、評価は C という形です。先生方からもご意見いただいておりますけれども、やはりコロナの関係で搬送の受入れ状況は非常に厳しいという状況になっております。増加の背景につきましては、やはり不要不急な要請もあるのではないかとご意見もいただいております。

また死亡率につきましても、乳児についてはもう全世界的にトップレベルという形になっておりまして、これ以上下がるのはちょっと難しいのではないかと。実際に亡くなっている原因としましては、先天奇形や周産期障害などが原因となっておりますので、周産期のほうを充実していくのが重要ではないかというふうに言われております。

児童死亡率、5 歳から 9 歳につきましても悪性新生物が主な死因であって、年度によってやはりばらつきがございますので、指標として、ちょっとこれで評価するのはどうかというご意見をいただいております。

また年齢が上がりまして、10 歳から 14 歳につきましては、自殺が理由としては一番大きい形になっております。数字の変動につきましては、上の奇形とか悪性新生種のほうが多いんですけれども、そういった形で自殺のところについては、医療以外、保険医療以外での普及啓発も必要だというご意見をいただいております。

そのほか、整形外科のほうについては、コロナの影響で評価が難しいという形で、この指標について、少し、どうしていくのかというのを検討が必要ではないかというふうに、ご意見をいただいております。

小児医療につきましては以上になります。

○道傳課長 続きまして、「在宅療養」の取組についてご説明をいたします。

資料の 3-1 をご覧いただければと思います。

取組が四つございまして、指標が訪問診療を実施している診療所数から、次のページの一番下、退院支援を実施している診療所数、病院数まで、16 の指標がございます。

達成状況としましては、A が 12、B が 3、C と D が一つずつとなっております、ほとんどの項目で A または B となっております。

訪問看護を実施している診療所数が横ばいで C、訪問看護を実施している病院数が減少し D となっておりますが、介護保険で訪問看護を取り扱っている病院、診療所、訪問看護ステーション数は増加しております、全体として順調に取組が進んでいるものと認識をしております。

続いて資料の 3-2 をご覧ください。

在宅療養につきましては、在宅療養推進会議を令和 7 年 8 月に開催をし、進捗状況をご報告しております。

総合評価は A 評価となっております、主な意見としましては、内容について、その

質が評価できるような指標を考えていく必要があるといったご意見をいただきました。

また訪問看護ステーションが増加する一方で訪問看護を実施している病院、診療所については、看護師の不足であったり、経営面の制約などの背景があるため、増加しにくいといったご意見や地域性を踏まえて検討すべきだといったご意見をいただいております。

在宅療養についてのご説明は以上です。

○橋本座長 はい、ありがとうございます。

それではここが区切りですので、ただいまご説明のありました6事業及び在宅療養の取組について、ご意見、ご質問をお願いします。いかがでしょうか。

訂正がある、はい、どうぞ。

○江口課長 「へき地医療」のところになります資料3-1なのですが、取組の4のところ、リハビリテーション、島内で回復期のリハビリテーションを実施する島の数、実績（1年目）3島となっていますが、これゼロが正しいこととなります。すみません、評価はCは変わらないんですけど、ゼロということになります。訂正させていただきます。

○橋本座長 3島からゼロになったということですか。

○江口課長 はい。

○橋本座長 はい、訂正がありました。CはCなんですね。

これ、Cをつけるときにはゼロという数字でつけたんですね、きっとね。

○江口課長 ええ。

○橋本座長 3から3でCをつけたわけじゃないですね。

○江口課長 実際、この回復期のリハビリテーションを実施する島の数が策定時にもこれ、3島とあるんですけど、回復期をやっていないで、実際にはゼロだったところがゼロからゼロということになっていますので、増やすというよりは変わっていないということになります。

○橋本座長 設置することができなかった。

○江口課長 はい。今モデル事業としてやり始めたところですよ。

○橋本座長 Dじゃないんですか、これ、その趣旨から言うと。

何もなかったところをやろうとしたけど、何もできなかった。

○江口課長 そうですね、モデル事業は今年度から。

○橋本座長 やる。

○江口課長 やっているところなんですね。

○橋本座長 ああ、やっているんですね。じゃあ、現時点では1なの。1ですか。何か分からないけど。

○江口課長 そうですね、1ですね。

○橋本座長 動き始めたというところがちょっとあるわけね。はい、分かりました。Cも

Dもあまり変わらないと思いますけど。

ほかいかがでしょうか。

島田先生。どうぞ。

○事務局 声が届いていないようです。

○橋本座長 ミュートになっています。

○島田委員 聞こえますでしょうか。

○橋本座長 はい、大丈夫です。

○島田委員 妊産婦死亡率が大幅に下がっていてとてもすばらしいんですけど、これはそもそも、あれですよ。母数が一桁とか、そういう意味なのか、何か要因があったら教えていただきたいと思います。

○佐藤（大）課長 妊産婦死亡率のところですけども、出産10万対、10万人に対する割合でやっておりまして、1というのは基本的に1人という形になっております。令和4年のときには6名の方がお亡くなりになっているという形になっておりますので、そういった数字になっております。

母数としては、ずっと統計を取っている関係で、同じ統計で取っておりまして、過去10年ぐらい、多くて3人というのが続いておりましたけれども、この年だけ少し多かったというような統計の資料になっております。

○島田委員 特に令和4年だけが多かったということでしょうかね。

○佐藤（大）課長 そうですね、はい。令和4年度だけ多かったというふうに、周産期医療協議会のほうでも原因を確認したんですけども、ちょっと搬送とかされたような人数という形でもないため、ここだけちょっと多かったのかなという形で、一応議論のほうはさせていただいております。

○島田委員 ありがとうございます。

○橋本座長 僕も気になったのでちょっと調べたら、やっぱり1.1とかその辺りが普通なんだよね。ここだけ多いんですよ。

でも、6人おられて、それがよく分からない。でもたまたま6人いるでしょ、たまたま6でしょうということで変わらないじゃないかという評価というのは、じゃあ指標に挙げるなよって話になりますよね。

○佐藤（大）課長 下がってはいる形にはなりますので。

○橋本座長 いや、下がっているからじゃなくて、今の話は6という数字が高かったという評価じゃないですか。数字としては高いんですけども、何かが起こったかよく分からないけどという話を組み立てるのであれば、あまり指標としての意味はない。高かったらどうするんだ、高かったらどういうふうに解釈するんだというような話なので、たまたまこういうふうに高いこともあるよねという話は、なかなか、論理的にはあまりいい論理ではないなと思いますけどね。こういう日もあるんでしょうね。多分数が少ないから、発生する数が少ないから、多分こういうことはあるんだろうと思いますけど。もう

ちょっと、例えば、聞いたかったのは、この6例についていろんなケースを調べましたと、そうすると大きな問題はなかったですというようなことがあれば、施策としても問題がなくて、数字はたまたま高かっただけでしょうという、そういう落とし方はできると思うんですが。たまたま高かっただけですという話になると、研究レベルでいうと、もうちょっと調べなさいよという話になりますね。

○佐藤（大）課長 先生のおっしゃるとおりでございまして、周産期医療協議会のほうでもそういったお話が出ているところではあるんですけども、搬送とかの数字については当然、その搬送時の死亡事例とかを含めて、検証するところがありますので、そういったところのデータは取ってはいるんですけども、そういったところにも上がってこない形で統計上ここで出ているので、ちょっと現状として追いようがなかったというのが、すみません。

○橋本座長 分かりました。だから周辺の情報は見たんだけど、これが上がってきているわけではなかったということですね。

○佐藤（大）課長 そうですね、はい。

○橋本座長 分かりました。全く満たないわけじゃないということです、ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。

よろしいですか。

在宅のほうも結構しっかりとしたデータが出始めているなという感じはしました。

訪問看護ステーションがやや経営が不安定になってきているという感じが僕はしているんですよ。地域で見ていると。それは何か対処方法というのは、行政的には、看護師さんの数がちょっと頭打ちになってきているかなというのは一つあるかと思えますけれども。もうちょっと何かうまく応援することによって、経営の危なさが解消されないかな、なんて思っているんですけどね。

一つは訪問看護ステーションの規模が小さいことだと僕は思っているんですよ。スウェーデンだと1事業所当たり10人ぐらいなんですよ。もうちょっと多いという話もありますけど。日本の場合少ないでしょう。東京都は何人か知りませんが、数人でできますよね。そうすると数人でできるということは、ある施設を回すのに、その数人で回さなきゃいけないからアローアンスが少なくなるんですけどね。そういうことをもうちょっと。田舎のほうだったらしようがないかなと思うんだけど、東京都のように、割に人がたくさんいるところで事業規模を何らかの形で拡大ができるのであれば、そういう流れのほうで安定的な供給になるかなと、実は思っていて。ちょっとそこら辺も、今後考えていただければなというふうに思います。

ほか、いかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、最後の塊になります。5疾病6事業以外の取組ですね、リハビリテーション医療、外国人患者への医療及び歯科保健医療について、ご説明をお願いします。

○道傳課長 それでは「リハビリテーション医療」につきましてご説明をいたします。

資料の3-2をご覧ください。

リハビリテーション医療につきましては、令和7年11月に開催しました東京都リハビリテーション協議会で進捗状況のご報告をしております。

総合評価はございませんが、資料の3-3のほうに記載しておりますけれども、リハビリテーションが実施可能な医療機関数と回復期リハビリテーション病棟の病床数の二つの指標がございまして、どちらも達成状況がB評価となっております。

その上で、資料の3-2にございますように、特段ご意見はなく、達成状況についての事務局案についてご了承をいただいております。

リハビリテーションにつきましては以上です。

○佐藤（大）課長 続きまして、資料3-2を、リハビリの下にある外国人患者への医療につきまして、ご説明いたします。

こちらの指標につきましては、資料3-3の57ページにございます、外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関数を指標にございまして、こちらは計画策定時よりも拠点的な医療機関は着実に増加をしておりますので、達成状況はAとさせていただいております。このAの内容で9月に行われました協議会でもご了承をいただきました。

主な意見としましては、今後は数の増加だけではなく、対応の質も向上することが重要だという意見が出されております。

以上でございます。

○田村課長 続きまして、「歯科保健医療の達成状況」についてご説明いたします。資料の3-2にありますとおり、東京都歯科保健対策推進協議会で9月19日に審議していただいております。

内容としましては、総合評価はないんですけれども、資料3-3の59ページに歯科保健医療につきましては、各指標の達成状況を載せてございます。5項目あるのですが、そのうち達成状況につきましては2項目だけ、現状で評価指標として数字が取れるところで評価させていただいております。

その中で主な意見としましては、周術期における口腔機能管理につきまして、歯科を標榜している病院と標榜していない病院とで取組に差があるのではないかという意見がございましたけれども、一方で診療報酬の算定件数が大幅に増加していることから、全体的に見た場合は、評価に値するという意見をいただいているところでございます。

歯科については以上になります。

○橋本座長 はい、ありがとうございました。

それでは、ただいまご説明のありました三つの取組、それからその他、本日説明していない項目等も含めて、全体でのご意見、ご質問をお願いできればと思います、いかがでしょうか。

よろしゅうございますか。1回目ですので、また引き続き報告があったときに、問題

はそれなりに出てくる可能性はあります。少なくとも今の三つについては、そこそこ進んでいるなという感じはしています。

よろしいですか。

それでは、報告事項に移りたいと思います。

報告事項の(1)「地域医療構想調整部会開催状況報告」について、事務局よりご報告をお願いします。

- 本間計画推進担当課長 私のほうから、資料4-1を使ってご説明させていただきます。地域医療構想調整部会、今年度第1回目の開催状況についてとなります。

10月8日に開催した第1回の部会では、7月から8月にかけて開催した第1回地域医療構想調整会議において主に意見交換をさせていただきました、来年度の新たな地域医療構想策定を見据えた内容について、報告しております。

下の青塗りのところにありますけれども、調整会議では、構想策定当初の地域における意見と構想策定後の取組を振り返った上で、国の新たな地域医療構想の概要や直近の調整会議における意見から抽出される都の課題例などを踏まえまして、2040年に向けて、それぞれの圏域として重点的に協議すべき課題と取組の方向性について、各圏域ごとに意見交換会をいただきました。

続いて資料4-2のほうに具体的にいただいたご意見について、まとめさせていただいております。調整会議のほうですね。2の下の意見の部分に主な意見を分類分けしてまとめております。救急の受入れに関するもの、あとは急性期治療後の転退院に関するもの、病病連携に関するご意見、あとは医療・介護連携を含む病診連携に関するご意見、続いて医療・介護・人材に関するご意見、最後はAPCに関するご意見、以上様々な分野について意見交換をして、貴重なご意見をいただいております。

報告事項、調整部会の開催状況の報告については、以上となります。

- 橋本座長 はい、ありがとうございます。

何かご意見、質問はありますか。

遠藤先生、お願いします。

- 遠藤委員 よろしく申し上げます。今の下のことでは直接関係ないのですが、東京都の地域医療構想についてのお考えをちょっとお聞きしたいなと思って、この場でよろしいでしょうか。

この後、どういうふうにお話があるのか、報告されるのか、よく分からなかったので申し上げたんですけれども。もし座長がお許しいただければ。

- 橋本座長 はい、結構です。事務局、よろしいですか。

はい、事務局から説明します。

- 遠藤委員 新たな地域医療構想を今検討しているところですが、東京都の場合は、特別区の構想区域が七つに分かれている。要するに二次医療圏が七つに分かれているということですけれども。これが狭過ぎるのではないかという議論は多々あると思うんで

すね。交通アクセスが非常に良好で、面積も狭いところということで、この構想区域についての考え方、場合によっては二次医療圏についての見直しということも絡むのかもしれませんが、そういうことが議論されていないのか、あるいは今後どうなるのかという辺りについて、事務局からお聞きしたいということが一つであります。

もう一点が、必要病床数と基準病床数との関係でありまして、これも東京都の場合は、特に課題になっている問題だと思えますけれども、高齢化が進みますから、必要病床数、今の計算方法でやりますと、増えていくと思えますけれども、基準病床数よりも必要病床数のほうが上回るという場合の対応を今後どういうふうに考えていくのか、事務局としてのお考えがあればということが二つ目であります。

三つ目は、この必要病床数と関連する話なんですけれども、今の必要病床数の求め方について、計算式については、一定の理解はあるものの、様々な問題点の指摘もあります。特に現状投影型というんでしょうか、ある時期の入院医療のパターンが変わらないということ的前提に必要病床数を推計しているわけです。慢性期病床数だけは在宅医医療へのシフトを前提に必要病床数を減らしていますが、他の区分の病床数の変化は人口動態の変化にのみ依存しています。これについて現実とは乖離しているというような意見が、構想会議等々で出てきているのかどうか。これは今後の、2040年の必要病床数の推計をする上でヒントになるかなと思いますので、何かその辺、お考えがあればお聞きしたいということです。もちろん正確なことではなくて結構なんですけれども、何かコメントいただければありがたいと思っております。

以上でございます。

○橋本座長 よろしいですか、事務局。

○本間計画推進担当課長 ご質問ありがとうございました。

1点目の新たな地域医療に向けて構想区域の在り方について、何か検討されているのかというご趣旨のご質問だと思いますが、今回の調整会議ですとか、その地域の医療機関の皆様からも、医師会の皆様からも、そういったご意見をいただいておりますので、新しい地域医療構想策定に向けて、区域も含めた見直しを検討して、見直しの必要性も含めて、幅広に検討していきたいなと思っております。

あと2点目の必要病床数のほうが基準病床数を上回っていて、必要病床数が過大になっている、大きくなっている場合の、そういったケースの状況に対して都の対応という質問のご趣旨ということだと思っております。

○遠藤委員 要は基準病床数が必要病床数よりも下回っている場合はその基準病床数を超えた増床ということに対して、どういう行政としてのお考えがあるのかという、そういうことです。

○本間計画推進担当課長 すみません、ありがとうございます。

東京都の場合には、これまでもなんですけど、基本的には基準病床数を超えない範囲で

病床配分を行っておりまして、必要病床数の取扱いについては、圏域ごとに必要病床数は定めておりますが、取扱いとしては、あくまでも目安というような扱いをしております。

大体、その多くの二次保険医療圏では、必要病床数のほうが基準病床数より上回っていますので、あまり、これまで問題になってきている、必要病床数を上回っているというようなケースがあまりないのかなというふうに感じております。

すみません、これで回答になっていればと思うんですが。

あと最後、今の必要病床数の考え方についてでございますけど、これまでも国に対して東京都のほうでは、定期的に提案をしている場があるんですが、その計算式の考え方のところで実態と乖離している部分があるんじゃないかですとか、やはり地域医療構想を最初に策定した数字がずっと動かないというのも、そういったところも含めると、より実態に、地域の実情だとか、最新、最近の情報に合わせた更新ができるようにすべきだとか、そういったところは国にも提案させていただいているところでございます。

○遠藤委員 ありがとうございます。

大体検討会等が出てきているのとほぼ同じ意見を言っていました。

○橋本座長 遠藤先生、いいですか、質問して。

○遠藤委員 どうぞ。

○橋本座長 国のほうだと、どういう議論になっているんですか。

○遠藤委員 必要病床数の推移、必要病床数の推計の話ですか。

○橋本座長 要するに最後のほうの先生が提案された、今の必要病床数の計算方式自体が古い考え方であって、もうちょっと新しいほう、新しい何かいい方法があるんじゃないかという、そういう議論はたしかあったと思うんですけど、その辺はどう進むんですか、国のほうは。

○遠藤委員 基本的には、そういう意見が委員の中からは出ております。つまり、例えば在宅医療が進むのに同じような病床利用率を考えて計算をするということはどうなのかとか、いろいろ議論は出ています。今後どのような形で必要病床数を推計していくのかということについては、まだ具体的な議論には進んでおりません。今後の議論になってくると考えますので、そういうことも含めて、様々なご意見をお聞きしたいなということです。

結論から言うならば、現状は委員からはいろんな意見が出ている。課題もあるということですが。

だけど、どういう方法がいいのかという、そういうアイデアがまだ具体的には出てきていない、これが現状ですね。

ありがとうございました。

○橋本座長 ありがとうございます。

ではほかに、ほかいかがでしょうか。

ちょっと今の続きになるかもしれないけど、構想区域をどういうふうに形成していくとか、それから保険医療圏を、今までのあまり、ほとんど変えていない、全く変えていないですけども、これをもう一回組み直したほうがいろいろいいんじゃないかという話はあるんですよ。結構あるんで。この東京都の保健医療計画が始まる前もいろんな議論があって、すごいのは、中央線で上下で分けたらどうだという意見はあったんですね。今、またちょっと似たような意見が出てきていますけれども。ただ、構想区域の考え方とか論理をしっかりとっておかないと、時々、あまり根拠のない意見に流されちゃうところがあって、それはしっかり議論していった上で決めるなら決めたほうがいいと思います。

横浜市は、市自体が二つの医療圏があったところを一つにしちゃいましたよね。そういうのは、それはそれで行政単位としての利便性だとか、いろんな考え方を鑑定するためにはよかったのかもしれないけれども、370万人いるところを一つかよという議論も実は市民の中にあって、なかなか調整が難しいかなというふうに思いますけどね。

これからも議論は進んでいくし、新たな地域医療構想のところでも議論されていくというふうになります。それが報告事項の2になります。

何か、じゃあ土谷先生、どうぞ。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。

今の調整会、地域医療構想における構想区域についてです。東京都医師会も、同様に考えています。今の区分はちょっと細か過ぎるんじゃないか。もっと広く、あるいは東京1個でもいいんじゃないかというふうには考えているところなんですけれども。

それで私の質問は、じゃあこの構想区域について東京都はどういうふうなスキームで徹底していくんでしょうか。

いろんな意見が調整会議でも出ているのは先ほどお話したとおりなんですけれども、その意見を実際に集約して、ちゃんと今構想区域に位置しているところですけど、構想区域を変えるのはどこで変えるのか。変えるとすればどういった会議体で決めるのか、その辺りがまだちょっとはっきり決まっていないところです。

新たな地域医療構想調整会議、調整会議の中で決めていく、決まっちゃうのか、それとも別の会議体をつくるのか、その辺りはまだお示しされていない部分と思うのですが、その辺りの方向性を教えていただければと思います。

○本間計画推進担当課長 ご質問ありがとうございます。

次の、報告事項の2番目にも関係するんですが、来年度、調整部会を策定部会というふうに組み替えまして、そこで新しい地域医療構想の在り方について検討していきたいと思っておりますので、区域の在り方についても、そこでまずは検討させていただきながら、調整会議などでも地域の皆様のご意見もいただきながら、ご相談させていただきながら、決めていきたいというふうに思っております。検討していきたいと思っております。

○橋本座長 これからということだなと思いますけどね。

いずれにしても、決めるどこかはあるわけだから、それは議論が無駄になることはないと思います。

それでは、今のところと関係あるので、先に進めます。

報告事項（２）「新たな地域医療構想の策定に向けて」について、事務局より報告をお願いします。

○本間計画推進担当課長 資料５をご覧ください。

令和８年度に予定しております、新たな地域医療構想策定に向けた動きについて、ご説明いたします。

スケジュールの一覧がございますけれども、まずこの本協議会の下に地域医療構想調整部会が設置されておりますけれども、来年度の新たな構想策定に際しては、調整部会を策定部会に改組しまして、医療計画の中間見直し検討部会も別途設置いたしまして、それぞれ新たな地域医療構想策定と医療計画の中間見直しを議論していきたいというふうに考えております。

構想の策定部会につきましては、来年度１０回程度、実施することを予定しております。

あとは来年度の地域医療構想調整会議についてですけれども、開催時期とか実施単位、範囲についてはまだ未定のところがございますけれども、例年の年２回の開催に加えて、臨時の会議なども想定しております。国のガイドラインの内容に基づく新構想の概要ですとか、医療事業の推計などの情報については、なるべく早い段階でお伝えできればと考えております。

あとは下の段につきましては、国の検討会の動きなどは、ご参考までに記載しておりますのでご覧いただければと思います。

いずれにしても来年度、新しい構想と医療計画の中間見直しが重なりまして、この協議会の皆様ですとか、各部会の皆様にもご参加いただき、ご参加いただいておりますけれども、大変なご負担をおかけすることになると思いますが、なるべく多くの皆様の意見を頂戴しながら、都民にとってよりよい計画、構想にしていきたいと思っておりますので、引き続きご協力いただければと考えております。どうぞよろしく願いいたします。

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す。

資料５が、これからの調整部会から策定のほうに入るのかなという絵です。

こういうふうに進むんだというお話ですけれども、何か質問ありますか。もしくはご要望があれば、お聞かせいただければと思います。

川島委員、どうぞ。

ミュートが外れているんですが、音声。チャットにさせていただけると。

○事務局 東京ならではの医療介護連携を望みます。

○橋本座長 ご意見ということで、よろしいですね、これで。

はい、分かりました。

なかなかすみません。ちょっと個人的な感想なんだけども、前の地域医療構想って病床だとか機能別の病床を整理してきましょうよという話だったと思うんですね。新たなというのは、もう少し地域を考えて、地域包括ケアに向かっていく地域医療構想にしるよという話だったんだけど、東京都がそれに向かうかどうかは、僕は疑問だと思っているんですよ。

まだその議論ができていない。それからもう一つは、今川島さんがおっしゃったように、僕もある区で高齢者のいろんなことを見ているんですけども、それを担当している人たちから見ると、地域医療構想って何のことなんですよ。

地域包括ケアという言葉自体は聞いていて、それは分かっている、自分たちの活動と近いものだって。そこでの地域包括ケアの地域は、やっぱり中学校区みたいな、古典的な福祉計画みたいな、そういったことがベースになっているんですね。ちょっとそこに距離感だとか空間の広がりとかって、それから何をするのかということにまだ隔たりがあるなって、僕は思っています。そこを埋めていくようなことを、東京都はちょっとしなきゃいけないのかなというふうに思っています。

今チャットでいただいているようなことは確かにそのとおりで、部分的には多分できているんだと思います。それなりにできている区は、それぞれの現場の人たちの努力によって、そういうつながりができているし、それぞれの質問、それなりにいいものができています。それから情報をちゃんと、いろんな職種が連携できるような情報もしっかりできている、そういう区もあります。ですからそこは、そんなに心配要らないんだけど、大きい上位概念のところは、まだもう一つ整理できていないなという感じが、僕の個人的な観察をしている意見です。

ほかはありますか。

じゃあ、土谷先生、どうぞ。

○土谷委員 東京都医師会の土谷です。

私も新たな新構想において、介護の在り方をどういうふうに位置づけていくか、本当に重要な課題だと思っています。今まで地域医療構想調整会議でやっていなかったの。

私の質問は、先ほどの話にまた戻っちゃうんですけども、構想区域の範囲をどういうふうに決定していくのか。それに伴って病床配分が関係してきます。来年1年間だけで、もし構想区域を変更するとなると、大きな話になって、それもこの1年間で周知して変えていくというのは、結構、現場は混乱まではいかないかもしれませんが、インパクトの大きい話だと思いますので、この辺りについて、僕は慎重にというか、しっかりと話し合っていかなきゃいけないと思っています。

繰り返しますが、私は東京都医師会としては変えるべきだと思っているんですけど、

この影響のことも十分考えてやっていければと思います。意見です。

以上です。

○橋本座長 はい、ありがとうございます。

下田さんが、ちょっとご意見があるようです。どうぞ。

○下田委員 ありがとうございます。

やっぱり二次医療圏というのは、普通の人からすると、あまりなじみのない区分けかなというのが一つあるんですけど、どこの病院にかかるかというところが、一番患者側とか患者さんの家族からすると、第1かなというところで。多分、そのがんとか認知症とか、あと今回、難病のことがあまり、今回取り上げられていないかなとは思いますが、例えば高齢者の方だとパーキンソン病も併せ持つてという方になると、いろんなところをかからなきゃいけないというのが多分ありまして、そこでやっぱり、かかりつけの先生をキーとして、いろんなところを、今自分もそう、自分の家族もそうなんですけれど、いろんなところに紹介していただいているというところで、豊島区なんですけれども、新宿区の病院に行ったり、ちょっとここでMRIを撮ってほしいからということで、ちょっと大きい病院に行ったりとかというところで、なかなかちょっと、都が考えていらっしゃる枠、どこかで線は引かなきゃいけないとは思いますが、そういうところでもう少し患者さんがどういう動きをしているかというのを含めて、あと救急車でどこまで搬送されちゃうかというのも、運ばれる立場からするとかなり遠方まで運ばれてしまって、その後通院が難しくなるということも結構多いので、そういったところも区分けも少し考慮に入れていただければというのが、皆さんの議論を聞いていて思ったところなんです。本当に意見です、すみません。

○橋本座長 ありがとうございます。

東京都、何かありますか。いいですか。

貴重なご意見ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。

高野委員、お願いします。

○高野委員 ありがとうございます。東京都病院協会の高野です。

先ほどから地域医療構想の構想区域についての話題になってはいますが、私どももまだ答えはあるわけではありませんけれども、区域を見直すことは非常に必要だというふうに考えています。

病院協会といいますが、東京都医師会と共同で検討しているようなところがございますので、まずは私どもも、その必要性を強く感じているということだけ発言させていただきます。

以上です。

○橋本座長 はい、ありがとうございます。

このラウンドは次の会議でやっていただければいいかなというふうに思います。ぜひ

都民にいい情報の発信をしていただければというふうに思います。

なければ、予定されていたことは終わりました。ほかに事務局から何かございますか。

○本間計画推進担当課長 いえ、ないです。

○橋本座長 特にないようです。

それでは、本間課長、何かご挨拶とか。

○本間計画推進担当課長 本日は、長時間にわたりまして、活発なご議論をいただきまして、ありがとうございました。

次回の推進協議会は、また開催時期が近づいてまいりましたら、改めて日程調整をさせていただきますので、よろしく願いいたします。

事務局から以上でございます。

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

(午後 5時21分 閉会)