

第2回
東京都医療審議会
会議録

平成24年2月3日
東京都福祉保健局

(午後 6時00分 開会)

○矢沢医療政策課長 恐れ入ります。定刻となりましたので、ただいまから平成23年度第2回東京都医療審議会を開会させていただきます。

本日は、委員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中、また年度末に向けてお忙しい中、ご出席いただきましてありがとうございます。議事に入りますまでの間、進行役を務めさせていただきます福祉保健局医療政策部医療政策課長の矢沢でございます。どうぞよろしくお願いたします。

それでは、まず委員のご紹介をさせていただきます。座席表に従いまして、会長のほうから左回り、次、右回りでご紹介させていただきます。

大道会長でございます。

林副会長でございます。

門脇委員でございます。

田中委員でございます。

平林委員、嶋森委員につきましては、欠席のご連絡をちょうだいしております。

小林委員でございます。

丸木委員につきましては、遅れてのご参加とのご連絡をいただいております。

飯山委員でございます。

土谷委員でございます。

小濱委員でございます。

奥田委員でございます。

南委員につきましては、遅れてのご参加とのご連絡をいただいております。

失礼いたします。近藤委員でございます。

竹下委員でございます。

猪口委員でございます。

稲波委員でございます。

松村委員でございます。

浅野委員でございます。

桑原委員でございます。

原委員でございます。

松原委員につきましては、欠席のご連絡をちょうだいしております。

加藤委員でございます。

河村委員でございます。

以上で委員の方々の紹介を終わらせていただきます。

続きまして、福祉保健局側の出席者を紹介させていただきます。

大変恐れ入りますが、杉村福祉保健局長は遅れての参加とさせていただきます。

桜山福祉保健局技監でございます。

重ねて恐れ入りますが、中川原医療政策部長も遅れての参加でございます。

高橋医療改革推進担当部長でございます。

山岸医療政策担当部長でございます。

大滝医療改革推進担当課長でございます。

小松崎歯科担当課長でございます。

越阪部救急災害医療課長でございます。

中澤事業推進担当課長でございます。

新倉医療調整担当課長でございます。

竹内災害医療担当課長でございます。

成田担当部長、医療安全課長事務取扱でございます。

前川医療人材課長でございます。

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程第3条によりますと、本審議会は委員の過半数の出席により成立するとされております。現委員の数は全部で24名、過半数は13名でございますが、現在19名の方に出席をいただいておりますので、定足数に達していることをご報告申し上げます。

次に、配付資料の確認をお願いいたします。

資料1といたしまして東京都医療審議会委員名簿、資料2といたしまして医療審議会の所管事項、2-2といたしまして医療審議会関係法令の抜粋、資料3といたしまして医療審議会の規程、資料4といたしまして東京都保健医療計画上の既存病床数の状況、資料5といたしまして医療法人部会開催状況、5-2といたしまして医療法人設立許可件数、資料6といたしまして「届出による診療所の一般病床の設置」制度を利用した診療所一覧、資料7といたしまして東京都保健医療計画の次期改定の動きについて、資料8といたしまして「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」に伴う医療法関係条例の制定について、8-2は、医療機関の構造設備、人員等に係る基準について、資料9といたしまして災害医療体制の充実について、資料10といたしまして平成24年度東京都予算案の概要、最後に参考資料をつけてございます。落丁等ございましたら、現在でも結構ですし、議事の途中でも結構ですので、挙手にてご連絡いただければと存じます。

それでは、早速ではございますが、大道会長、これより会議の進行をよろしくお願いいたします。

○大道会長 どうもありがとうございます。それでは、会議次第に従いまして、私のほうで会議を進めさせていただきます。

本日の議事は、全て事務局からの報告事項となっております。

では、事務局からご説明をお願いいたします。

○成田担当部長 それでは、東京都保健医療計画上の既存病床数の状況、医療法人部会の開催状況、届出による診療所の一般病床設置の状況について、ご説明をさせていただきます。

きます。

最初に、資料4をお開き願います。こちらは平成23年10月1日現在の東京都保健医療計画上の既存病床数の状況となっております。表の右のところに過不足が示されておりまして、三角で表示されているところが不足のある医療圏となっております。

資料4についての説明は、以上となります。

続きまして、資料5をお開き願います。東京都医療審議会医療法人部会の開催状況でございます。本日、平成23年度の第2回目の法人部会が開催されましたので、その状況についてご報告申し上げます。

表の一番最後をご覧ください。平成24年2月3日に開催した法人部会ですが、設立認可件数が112件、解散認可数が13件、社会医療法人の認定が1件ございました。こちらは特別医療法人社団慈誠会でございます。許可年月日は平成24年2月17日を予定しております。

資料5は以上となります。

続きまして、資料5-2をお開き願います。現在の医療法人の設立認可件数でございます。表の真ん中をご覧くださいと思いますが、こちらの計5,670件が平成24年2月3日現在、認可を行った医療法人の累計数となります。ただし、解散している法人等もございますので、本日現在、東京都にある法人数は5,084件となります。

続きまして、資料6をお開き願います。こちらは「届出による診療所の一般病床の設置」制度を利用した診療所一覧でございます。前回から1件新たに診療所が加わっております。番号は17番でございます。世田谷区の東京マザーズクリニック、開設者が医療法人社団準和会、設置病床数が一般9床、病床の種別は産科医療となっております。病床の設置時期が平成23年12月1日でございます。こちらは新規開設となっております。

資料6まで、以上でございます。

○大道会長 ありがとうございます。

それでは、引き続いて、資料7についてご説明をお願いいたします。

○大滝医療改革推進担当課長 それでは、資料7で東京都保健医療計画の次期改定の動きについて、ご説明をさせていただきます。

国は、医療の見直し等に関する検討会を平成22年12月から計10回開催し、現在その考え方についてまとめています。次期改定に向けて検討してきた内容のポイントとして基本的に六点あり、それを項目別に分けると大きく三項目になると考えております。3つの項目を評価・検証の方法、疾病・事業ごとの医療体制、その他の項目ということで整理させていただきましたので、各項目についてご説明いたします。

まず、評価・検証の方法でございます。国は疾病事業ごとのPDCAサイクルの推進ということで、都道府県における医療計画の指標の採用率にばらつきがあることを課題としております。また、PDCAサイクルが有効に機能していないこと、指標の設

定や都道府県の中で異なっているために比較検証が困難なところも課題として挙げております。見直しの方向性として、都道府県で入手可能な指標を指針に位置付けた上で課題を抽出し、施策に結びつけていくこととしています。また、その施策等の進捗状況の評価と施策の見直し、これらの情報を住民に公表していくことについても見直しの方向性として示してございます。

次に、疾病・事業ごとの医療体制でございます。検討内容として、在宅医療、精神疾患、災害医療、この三つの項目となっております。現状と課題としまして、在宅医療は今般の重要性、精神疾患につきましては、患者数が増えていること、災害医療については、東日本大震災の影響を踏まえた災害拠点病院のあり方などを課題として示しています。見直しの方向性として、4疾病5事業に精神疾患を加えて5疾病5事業とすること、在宅医療につきましては、5疾病5事業と同等の扱いということを考えております。これから、在宅医療、災害医療、精神疾患につきましては、国が指針を示すことになっております。

最後に、その他の項目でございます。二次医療圏の設定について、国は都道府県に対してきちんと目安となる人口規模等を示していないため、医療圏の見直しがほとんどされていないことを課題としています。また、医療人材の確保策につきましても、医療計画へ記載する内容が都道府県に任せられているため、具体的な取組の記載がされておられません。見直しの方向性として、二次医療圏につきまして、国は概ね20万人未満の医療圏について見直すことを考えております。ただし、東京都の中では影響があるというものではないと判断しております。また、医療人材確保に関する取組も具体的に記載することを考えております。

これらの検討会の見直しの考え方におきまして、国は今月末に医療計画の作成指針と疾病事業ごとの指針を作成することとしております。そして、今年度末までに都道府県に通知する予定としています。東京都といたしましても、国が示すこの指針等を踏まえ、保健医療計画の改定作業に本格的に入っていくこととなります。

1枚後ろに付けているA4縦のスケジュールは参考ということで付けております。医療審議会に諮問をさせて頂くまでの流れですが、前回の四次改定時は改定部会を8月ぐらいまで月1回のペースで開催し、医療計画の構成、骨子、指標等の整理を行っていました。そして、保健医療計画推進協議会を経て、審議会にその骨子案を提示しております。その後、審議会でご意見等を頂きまして、素案、基準病床数の考え方等を再度整理し、11月頃に最終報告という形で推進協議会に報告、12月に区市町村等への意見照会、年明けて原案の決定、パブリックコメントの実施、2月に原案を審議会へ諮問、3月の答申というのが前回の流れでした。今回もこのような流れの中で進めさせていただくことになると思います。今後ともよろしくお願いいたします。

以上でございます。

○大道会長 ありがとうございます。

では、引き続き、資料8についてご説明をお願いいたします。

○成田担当部長 続きまして、「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」に伴う医療法関係条例の制定について、ご説明申し上げます。お手数ですが、資料8をご覧ください。初めに、改正の経緯についてご説明いたします。

平成23年8月30日に公布されました「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」において、都道府県の事務の市町村への権限移譲、施設・公物設置管理基準の見直し等を要する事項等が決定され、医療法の一部基準についても条例に委任されることとなりました。その後、基準につきましては、「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係政令等の整備に関する政令」及び「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令」が平成23年12月21日に公布され、平成24年4月1日に施行されることとなります。これに伴い、東京都において医療法施行規則の基準に従い、または参酌して基準を制定する必要が生じております。

なお、医療法18条に規定する病院または一部の診療所に薬剤師を設置することについての基準は、特別区及び保健所政令市において別途条例を制定することとなっております。

今回の法律には経過措置が規定されており、施行の日から起算して1年を越えない期間内において、都道府県の条例が制定、施行されるまでの間は、厚生労働省令で定める基準は当該都道府県の条例とみなすこととされておりますので、遅くとも平成25年4月1日までに条例を制定、施行することが求められております。今まで医療法の施行規則の中に定められていた規定については、その規定の基準に基づいて新たに都道府県が条例を定める。このような仕組みとなっております。

次に、権限移譲される基準及び基準の種類について、ご説明させていただきます。

先ほど申し上げましたとおり、今回、条例に委任される基準については2種類ございまして、「従うべき基準」と「参酌すべき基準」に分かれております。なお、新たに提示された基準ですが、現行の施行規則に定められた基準と全く同じ内容となっております。特に内容が変わるものではなく、これまでのものが「従うべき基準」と「参酌すべき基準」に分かれるということになります。

「従うべき基準」についてですが、資料8の左の表をご覧ください。項目といたしまして、既存病床数の算定のために行う病床数の補正について、病院及び診療所の専属薬剤師設置の基準について、病院の薬剤師、看護師及び准看護師、看護補助者及び栄養士の従業者の員数の基準について、療養病床を有する診療所の看護師、准看護師及び看護補助者の従業者の員数の基準についてとなります。

なお、医師、歯科医師の規定については、施行規則の基準がそのまま適用となり、条例で定めることはできません。医師、歯科医師の基準を除き、施行規則で人員の数が規定されている基準が「従うべき基準」に改正されております。

次に、既存病床数の補正について簡単にご説明させていただきます。例えば、東京都には八王子医療刑務所病院や宮内庁病院などのように、一般の方が使用しない病床を持つ病院が存在します。各医療圏の既存病床数の算定に当たり、このような病床を算定してしまいますと、一般の方が利用するための本来必要とされる病床数が確保できないこととなります。そこで、病床の利用形態に応じ、定められた基準に基づきまして毎年9月30日の基準日に既存病床数を再計算することで、実態に即した病床数を把握しています。この行為を病床数補正と呼んでおります。

続いて、同じ表の下の「参酌すべき基準」でございます。こちらは病院の診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、事務員その他の従業者の従業者の員数の基準について、病院の消毒施設、洗濯施設、療養病床を有する病院に設置する談話室、食堂などの施設の基準について、療養病床を有する診療所の事務員その他の従業者の員数の基準について、施設基準として談話室、食堂等が「参酌すべき基準」とされております。病院、診療所の構造設備のうち、例えば病室の床面積の規定等については、施行規則の基準であって、条例で定めることはできません。ただし、「参酌すべき基準」に示された従業員の基準は、施行規則で実情に応じた適当数と規定された種別についての基準となります。これらの基準のうち、専属薬剤師設置の規定、病院または常時3人以上の医師が勤務する診療所については、法律で規定されていたものでございまして、それ以外は施行規則に規定されていた基準となっております。

現在、施行規則で示されている基準は次の資料8-2に整理しております。文章で見ると分かりづらい部分がございますので、例えば、項目の三つ目、病院の従業者の員数の基準の薬剤師をご覧ください。「精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を150をもって除した数と」というような文言で始まっております。こちらは次の2枚目に「医療従事者標準数の算定方法」という資料をご用意しておりますが、具体的にはこの図の一番上に示されている数式となっております。後ほどご確認いただければと思います。

続きまして、資料8にお戻りいただければと思います。資料8の右側の中ほどの表でございまして、「従うべき基準」と「参酌すべき基準」について、ご説明申し上げます。

初めに、医療法は医療機関において最低守るべき基準を規定した法律でございまして、今回委任された基準についても、この基準を最低基準として条例を制定していく必要がございます。まず、「従うべき基準」でございまして、条例の内容が法令の「従うべき基準」に従わなければならないとされています。「従うべき基準」と異なる内容を定めることは許容されないが、当該基準に従う範囲内で地域の実情に応じた内容を求めることは許容される、と書いております。

具体的に例を挙げて申し上げますと、専属薬剤師の設置の規定についてですが、病院または常時3人以上の医師が勤務する診療所の部分が最低基準であり、これが範囲となります。最低基準である以上、「常時3人」を「常時4人」のように条件を緩和するようなことは認められないということでございます。また、範囲を超えて許容することはできませんので、この基準以外に条件を付加することも許容されません。具体的には、医師2人で内科を標榜していた場合、必ず薬剤師を置かなければいけないこととするなど、内科の標榜をプラスアルファで条件に付加することが許容できないこととなります。

続きまして、もう一つ「参酌すべき基準」でございます。条例の制定に当たっては、法令の「参酌すべき基準」を参照し、これによることの妥当性を検討した上で判断しなければならないとされています。法令の「参酌すべき基準」を参照した結果として、地域の実情に応じて異なる内容を定めることは許容されるとしております。

分かりづらいので、また例を挙げて説明させていただきます。例えば、療養病床を有する病院の食堂は、療養病床の入院患者1人当たり1平米以上という基準がございます。こちら療養病床の入院患者1人当たり1平米以上というのが最低基準となりますので、地域の実情に応じてこちらの基準を1人当たり2平米以上、より広く規定することは法的には可能となります。また、基準に範囲の制限がないため、地域として必要性があるとみなされれば、入院患者1人当たり1平米という原則を守りつつ、1部屋の広さの最低基準を設けたりすることや、療養病床と一般病床を有する病院であれば、一般病床の入院患者についても1人当たり1平米の広さを求めるといった独自の基準を設定することが可能でございます。これはあくまでも例でございます。また、「参酌する行為」、すなわち条例で規定する「参酌する基準」を決定する行為でございます。こちらを行わなかった場合は違法とされておりますが、法律などで具体的な手続が定められているわけではございません。

東京都としての手続きについて「今後のスケジュールについて（予定）」でご説明させていただきますが、条例制定に当たりまして、当医療審議会での説明のほか、都民や専門家のご意見などを伺う機会を設け、地域の必要性を考慮するために必要な手続きを踏まえ、条例案を作成する予定でございます。

なお、現在、東京都といたしましては、現行基準において開設許可を行っております。今後現行省令で示された基準をベースに検討を行ってまいります。

最後に、今後の条例制定までのスケジュールについて、ご説明させていただきます。資料8の右下の表になります。基準内容につきましては、関係者の皆様への意見照会、都民の方に対してはパブリックコメントを実施するなどして、ご意見等を広く伺いながら条例案を作成していきたいと考えております。条例の内容については、次回の医療審議会において皆様にお示しできればと思っております。議会への付議でございますが、平成24年の第3回定例議会を予定しております。その後、内容についての周

知期間を経た上で、平成25年4月1日からの施行予定となっております。

以上でございます。

○大道会長 ありがとうございます。ご質問は後ほど一括して承ることにいたします。

では、引き続き、資料9について説明を願います。

○竹内災害医療担当課長 資料9の「災害医療体制の充実について」ご説明をさせていただきます。

今回の東日本大震災の教訓を踏まえ、今まで以上に災害医療体制の充実を図るため、災害医療協議会を設置いたしました。この災害医療協議会は、昨年12月26日に第1回目の協議会を開催したところでございます。

その中で審議し、ご承認をいただいたものが3点ございます。1点目として、災害医療コーディネーターを都庁と各二次保健医療圏に設置するということです。災害医療コーディネーターの位置付けでございますが、資料の右側にありますように、災害医療に精通した医師を非常勤の公務員として任用していくということでございます。また、災害時には福祉保健局長の指揮監督を受けて職務を遂行していくといったところから、所属の病院から独立してコーディネーターを行っていただくところでございます。東京都は、災害医療コーディネーターと地域災害医療コーディネーター、この2系統のコーディネーターを設置してまいります。

次に、コーディネーターの役割についてご説明いたします。東京都災害医療コーディネーターは、災害時には都庁に参集し、都内全域を調整していただくこととしています。具体的には東京DMATのほか、他県から来る医療チーム等の方々の効果的な配分や地域災害医療コーディネーターとの連絡調整などを行っていただきます。それ以外にも、平時から災害医療体制に対して医学的な助言をいただいているところもございます。その3名ですが、医療審議会の委員でもあります東京都医師会、病院・防災担当理事の猪口先生のほか、東京医科歯科大学の大友先生、そして杏林大学の山口先生でございます。このお三方を東京都災害医療コーディネーターとして平成24年1月27日に任用させていただきました。

地域災害医療コーディネーターについてですが、こちらは二次保健医療圏ごとに災害拠点の中核病院が1個ずつありますので、その中核病院にこの地域災害医療コーディネーターを設置することとしています。そこに地域の災害医療に関する情報を一元化し、医療の配分等の采配を振るっていただきます。地域災害医療コーディネーターについても、順次、年度内もしくは年度初めまでには任用をしていくスケジュールで作業を進めているところでございます。

資料の左側に戻っていただきまして、ご承認頂いた2点目です。より具体的・専門的なものを検討していただくため、協議会の下に部会を設置したところでございます。こちらは、平成24年1月27日に第1回目を開催しているところでございます。

3点目が、地域の実情に応じた具体的な方策を検討するため、「地域災害医療連携会

議」を二次保健医療圏の単位で設置していきます。

この3点が災害医療協議会で承認をいただいた事項でございます。その下にある部会での検討事項でございますけれども、全部で7点あります。まず、今後の災害医療体制のあり方でございますが、例えば災害時には重症者を引き入れるのは後方医療施設になっております。この後方医療施設というのは、災害拠点病院、それと救急告示医療機関、その他被災を免れた病院がこの後方医療施設として指定されておりますが、重症者をより円滑に災害拠点病院に引き入れるため、それぞれの医療施設を十分機能分担をしていくことを検討していきます。2点目にありますフェーズごとの必要な医療救護活動と各機関の役割分担と連携についてですが、今、現段階では48時間と48時間以降と2段階のフェーズしかありませんが、今後、超急性期、急性期、亜急性期、慢性期、それと中長期、こういった5段階のフェーズに分けていくことを検討しております。5段階のフェーズに分けていくと、それぞれの医療ニーズが違っていくことや変化をしていくことが分かります。それに伴って、どのように関係機関と連携していかなければいけないかなど、そのような具体的な内容もこの検討部会で検討していくといった内容でございます。その他医療資源の効果的な配分とその搬送手段、割り振りなども検討部会で検討していきます。

一番下の系統図でございますが、災害医療協議会がありまして、その下に災害医療体制のあり方の部会を設けて検討をしていくことにしています。また、その下に地域災害医療連携会議を12の医療圏に設置していきます。そして、中核病院を中心に運営していくところでございます。

もう1枚おめくりいただきまして、災害医療体制の検討に係る今後のスケジュールでございます。2段目の災害医療協議会・部会がございますが、12月26日に災害医療協議会を開催しております。そして、平成24年1月27日に部会の開催、3月・4月にも各1回開催し、親会である協議会に中間報告をしていきます。5月に部会をもう1回開催し、6月に親会である協議会に最終報告をしていきます。協議会でまとめた内容を地域防災計画もしくは保健医療計画、予算要求等に反映させていくところでございます。地域災害医療連携会議が現在、区市町村等に協力依頼を求めているところでございます。予定として、3月ぐらいから各医療圏で準備会を行いまして、準備が整った医療圏ごとから第1回の地域災害医療連携会議を開催していきます。

そして、先ほどご説明させていただきましたが、平成24年1月27日に東京都災害医療コーディネーターを任用させていただきました。また、地域災害医療コーディネーターは準備が整った各医療圏ごとに任用していきます。このようなスケジュールで今後進めていくといったところでございます。

私からの報告内容は以上でございます。

○大道会長 ありがとうございます。

それでは、引き続いて、資料10についてご説明をお願いいたします。

○矢沢医療政策課長 それでは、資料10、平成24年度東京都予算案の概要についてご説明をさせていただきます。

平成24年度の東京都の一般会計予算案の概要でございます。一番下のところがございますとおり、合計額としては、復活額を含めまして6兆1,490億円、1.4%の減となっております。福祉保健局は真ん中より少し上のところ、上から10行目ほどのところがございますが、9,371億4,100万円でございます、5.2%の増となっております。

1枚おめぐりください。医療政策部の予算案の概要でございます。表の下から2行目のところがございますとおり、医療政策部全体で477億1,653万9,000円、4.8%の増となっております。

次のページ以降に予算案の福祉保健局部分の抜粋したものをお付けいたしました。内容が多ございますので、医療政策を中心に説明をさせていただきます。少し多くめぐっていただきまして40ページをご覧ください。右下にページ数を振らせていただいております。

地域医療対策のがん対策でございます。都は平成20年のがん対策推進計画を作成いたしました。国が指定するがん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院に加え、都独自に東京都認定がん診療病院を認定し、計画目標数である34病院の指定を既に行ったところがございます。24年度は新たに地域がん拠点病院を中心とした、病院から在宅までの切れ目ない緩和ケアの地域連携を推進する事業を開始いたします。また、次のページにかかって記載させていただいております地域がん登録、院内がん登録につきましても、継続して実施をまいります。

42ページをお開きください。在宅医療対策でございます。先ほど保健医療計画のところでもご説明申し上げましたとおり、国は在宅医療を5疾病5事業と同等に位置づけるといたしておりますが、都は、これに先立ちまして在宅医療体制の推進に取り組んでおります。

予算資料の最後にA3横の「地域における医療と介護の連携強化について」をお付けいたしました。この資料を用いまして、都の取り組みを簡単にご説明申し上げたいと存じます。

現状では、在宅での療養を続けたいと考える高齢者が3割を超える一方、訪問介護や在宅医と介護サービスの連携がいまだ不十分であるといった状況でございます。今後は課題がございますとおり、訪問看護サービス拠点の増加、また人材の確保・育成、あるいは医療と介護の連携を強化する必要があると考えてございます。このため、下の図にございますとおり、区市町村におきまして在宅療養支援窓口の設置を推進しております。在宅療養支援窓口では、病院で作成したケアプランに基づき、患者が退院する前から身近な地域の在宅医や介護サービスとの調整、相談を行い、患者が安心して在宅療養に移行できるよう取り組みを進めております。また、右側にごございますと

おり、訪問看護ステーションやサテライトの設置の促進、訪問看護の経験のない看護師のためのマニュアルの作成、ケアプランを作成する介護支援専門員の養成、また、在宅医、訪問看護ステーション等の連携による24時間の診療体制を確保する取り組みを進めておりまして、高齢者施策と医療政策を重ね合わせまして在宅療養を推進するための対策を講じているところでございます。

恐れ入ります。先ほどの予算の資料に戻りまして、予算の概要を説明申し上げますので、42ページをご覧ください。

在宅医療普及事業では、在宅療養推進会議におきまして、引き続き在宅医療の先進的な取り組みについて取り上げ、検証するとともに、普及啓発を行ってまいります。また、24年度は、先ほどの説明で申し上げましたとおり、在宅医等相互支援体制構築事業を創設いたします。この事業は、複数の在宅医、あるいは在宅医と訪問看護ステーションが連携して、相互に補完し合いながらチームとして24時間の医療体制をとる体制の確保を進めるものでございます。ウの在宅療養患者緊急時対応支援事業でございますが、こちらは東日本大震災の教訓を受け、人工呼吸器を使用する在宅療養患者に対する電力確保対策でございまして、昨年、補正予算で対応したものの24年度継続です。また、24年度も引き続き、急性期病院と在宅医療スタッフにおける相互研修でございますとか、在宅医療に関わる様々な職種の理解を深めるための研修事業を実施する予定でございます。

次に、43ページをご覧ください。救急医療対策でございます。救急医療機関の連携体制をもとに、受入先の調整を行います地域救急医療センターの運営、救急患者受入コーディネーターの配置を進めることにより、搬送困難事例の地域間での調整を進めてまいります。また、休日・全夜間診療、あるいは次の44ページの小児初期救急運営費補助事業、救命救急センター運営費補助事業などによりまして、初期から三次までの救急医療体制を確保してまいります。

次に、45ページの災害医療対策でございます。先ほどご説明したとおり、都は昨年12月、災害医療連絡会を改組して災害医療協議会を立ち上げ、新たに二次保健医療圏ごとに地域災害医療連携会議を設置いたします。災害医療コーディネーターを中心に、都内での大規模災害発生時に、発生直後から傷病者対策を迅速かつ円滑に行うよう対策を検討、実施をしてまいります。また、東京DMATの編成、医療機関の耐震化といった災害医療の取り組みについても、引き続き実施をしてまいります。

次に、46ページをご覧ください。周産期医療対策でございます。周産期医療システムの整備では、NICUを整備した周産期母子医療センターの運営費補助を行ってまいります。NICU入院児支援コーディネーターの配置補助加算額を設けたほか、麻酔医や臨床心理技術者の配置につきましても新たに補助を行うなど、26年度末までにNICU病床を320床整備するための必要な支援を行ってまいります。母体救命対応総合周産期母子医療センター、いわゆるスーパー周産期センターの運営、周産期

搬送コーディネーターの配置につきましても、引き続き実施をしております。また、47ページから48ページにかけて様々な事業を実施いたしまして、周産期医療施設入院児の退院後の移行を支援する事業のほか、周産期医療施設の確保、連携強化の取り組みを実施しております。24年度は、48ページのウにございます新生児医療担当医育成研修事業を新たに実施いたします。新生児医療技術等の向上、質の高い医療提供体制の安定的な確保のため、周産期連携病院等の新生児医療の担当医と小児科の担当医を対象といたしました研修を実施することとしております。

次に、49ページの医療施設近代化施設整備費補助の事業について、ご説明します。

この補助による病院整備につきましては、国の予算額が大幅に減額されており、事業全体に大きな影響が出ることが予想されておりますが、補助につきましては継続実施するとともに、(7)の公立病院運営費補助についても、引き続き支援を行っていくこととしております。

50ページをお開きください。地域医療再生基金の事業でございます。都では、東京都地域医療再生計画を策定いたしました。こちらの計画の策定に当たり、当審議会でご議論いただきましたものでございます。この計画に基づきまして、小児医療体制の強化、医療機関・大学双方を支援する事業のほか、小児の重篤患者を迅速に受け入れるこども救命センターの運営など、引き続き実施をしております。

最後の事項でございます。51ページをご覧ください。医療人材確保対策でございます。まず、医師確保事業の医師奨学金につきまして、平成24年度は医師定数の地域枠を25名増加しております。また、病院勤務医の離職防止、離職した女性医師の復職支援における医師勤務環境改善事業、へき地等の医療確保のための東京都地域医療支援ドクター事業や、僻地勤務医師等の確保事業も引き続き行っております。

52ページをご覧ください。看護師確保対策でございます。看護師確保事業につきましては、(ア)の就業協力員の二次保健医療圏ごとの配置、(イ)の新人看護職員研修体制整備事業による新人看護師に対する研修体制の整備を引き続き支援をしております。(ウ)及び(エ)は、中小病院の看護職員を確保、定着する対策を強化するため、24年度に新規に立ち上げた事業でございます。看護職員就業強化事業では、中小病院を対象とした就職相談会等を実施いたします。認定看護師資格取得支援では、中小病院の看護職員を対象といたしまして、認定看護師資格の取得に支援をしていくこととしております。看護職員地域確保支援事業では、離職した看護師の再就業について支援をしております。

駆け足で予算概要を説明させていただきましたが、24年度は東京都保健医療計画の改定を行います重要な年となっております。さきに制定を予定しております東京都高齢者保健福祉計画、東京都障害者計画、第3期東京都障害福祉計画、また、東京都地方精神保健福祉審議会の最終答申など、これらの施策と密接に連動しまして、都民に最適な保健医療福祉政策を提供いたしますよう、国、区市町村及び関係機関と連携

をして取り組みを進めてまいります。

なお、予算案につきましては、今月から始まります都議会の議決を経て確定となる予定でございます。

来年度予算案の概要は以上でございます。

○大道会長 どうもありがとうございました。

それでは、ご説明のありましたそれぞれの報告事項について、しばらくご意見あるいはご質問をいただきたいと思っております。順序はどちらからでもよろしいと思っておりますので、まずご質問をいただいて、関連のご意見等を承りたいと思っております。

それでは、猪口委員、どうぞ。

○猪口委員 資料7の保健医療計画の見直しに関するのですが、国がいろいろ定めてきて、東京都もこれから作業を行っていくということでスケジュールが出ております。東京都医師会の病院会でもいろいろ話し合っているところですが、保健医療計画を定めるに当たり、二次医療圏が基準になっています。5疾病5事業、それから、今度の在宅療養という問題も二次医療圏の中で完結させようとするのは、今までの医療計画においてもなかなか難しかったと思っております。例えばがんに関して言うと、全都的な患者さんの流れがありますし、在宅の患者さんでいえば、その二次医療圏では広過ぎます。もっと生活圏に密着したような医療圏で在宅の患者さんは動いておりますので、二次医療圏にこだわったような医療計画にしないでいただきたいというのが希望であります。

○大道会長 よろしいですか。今のご意見ないしご指摘について、都として今日の段階でお答えいただければと思います。

○矢沢医療政策課長 ご意見については承りまして、検討させていただきたいと存じます。

○大道会長 25年度からの医療計画は、国の指針もこれからみたいなどころもございまして、内容については今後の問題ということで、ご指摘いただくことは大変ありがたいというか、重要だと思います。今の医療圏、いわゆる二次医療圏と連携等の医療計画の内容についての議論は、繰り返されたところです。今、改めて猪口委員からの指摘でございますので、よろしく願いいたします。

医療計画についてのご意見が出ました。医療計画関連で他の委員のお立場からご発言ありませんか。

○奥田委員 医療計画をよく見せていただけていないため、もしかしたら記載されているかもしれませんが、消費者の間で非常に話題になっているのが3点ございまして、一つは歯科のインプラントの件です。歯医者さんであれば誰でもやっていいということで、上手に処置された方は助かっているというお話も聴きますが、困っている人もいるという事実もございまして、自由診療だから余り研修の機会がないということでしたが、都でそういう研修を実施する計画があるのかどうかということが一つです。

それからもう一つは、アートメイクについてです。こちらはすごく人気があり、高齢

者や若い人も行っています。本来は、医師じゃないと手術できませんが、医師ではない人にもできるような感じがしています。町の美容院などの場所でやりかねないようなものもありますが、医師に1回手術してもらおうと、次々販売ではありませんが、他のアートメイクから次々に勧められてという問題があります。消費者も意識が甘いとは思いますが、そういう倫理的なものは何とかならないのでしょうか。

もう一つは、ちょっと後でいいです。

○大道会長 今、奥田委員から、消費者の立場からの二つのご質問と言ってよろしいと思いますが、出ました。では、医療政策課長お願いします。

○矢沢医療政策課長 今、歯科インプラントの研修の計画、それからアートメイクの2点のご質問だったというふうに承っております。まず、歯科インプラントの研修について、現在予定しているものはございません。ご意見として参考にさせていただきます。それから、アートメイクにつきましては、先ほど委員からのご発言がありましたとおり、医師がということで規定をさせていただいております。その実態について、今おっしゃったような実態について、厳密には把握しておりませんので、その辺りの情報収集をさせていただいた上で、今後の検討とさせていただきたいと思っております。

○大道会長 これは、医療審議会委員のお立場で個別のご質問が出るというのは重いことです。今、奥田委員からのご指摘は、都として責任を持って、今日の段階で今のよう回答となりますので、よろしくどうぞお願いいたします。

他に、どちらの論点でもよろしいと思っております。ご意見、ご発言があれば、いただきます。では、竹下委員からどうぞお願いします。

○竹下委員 予算のところで在宅医療の連携強化についてご説明いただきましたが、これは区市町村でもかなり取り組んでおりまして、東京都として区市町村でやっていることをどのように支援するのかを教えて欲しいと思っております。少し細かい話で申し訳ありませんが、例えば在宅時に老人が肺炎などにかかれた時の後方支援の病院の確保が難しいということで、新宿や中野でも予算を付けて実施しておりますが、区の予算状況が悪く、中野などは予算を減らされている状態で、非常に厳しい状況が続いております。これについて、協議会を設けることは分かりますが、その後の予算的な裏づけがないとなかなかできない部分があります。この42ページでは呼吸器のことだけ書いてありますが、予算的には何か新しいものが付いたのでしょうか。

○大滝医療改革推進担当課長 私からお答えさせていただきます。今のご指摘のところではいきますと、最後に添付してある参考という資料をご覧くださいと存じます。こちらの左下の図でございますが、東京都の基本的な考え方として、在宅療養は、区市町村の主体的な取り組みがまず重要であると考えております。そこを基盤とした多職種連携があり、そこを東京都がいかにサポートしていくかが求められると考えております。その中で、委員ご指摘のとおり、左下に書いてございます、具体的にはどういう応援をしているかということにつきましては、ここの医療保健政策の区市町村包

括補助事業というメニューの中に、まず一番初めの協議会、後方支援病床の確保、在宅療養支援窓口の3本につきましては、取組スタートから3年間は、1,000万を上限に10分の10補助を行っています。それ以降につきましても、包括補助事業のメニューの2分の1補助で対応させていただきたいと考えております。

国に先駆けて都は始めたわけですが、今度定める保健医療計画の中でニーズをくみ取りまして、どういうものが東京都として支援していくべきなのかについて、この計画も含めてしっかり整理していきたいと思っております。

なお、ご指摘の42ページにつきましては、全体の東京都の予算の主要事業というくくりで抜粋して掲載しているものでございまして、在宅の事業がこれだけというわけではありませんので、ご理解いただければと思っております。

○竹下委員 10分の10補助を3年間やるということですが、区市町村と話をしますと、4年目からどうなるのだという話が出ます。そういうことで足踏みをする区市町村が結構多いです。その辺について、どう考えているのでしょうか。

○大滝医療改革推進担当課長 在宅の取り組みをするに当たって、区市町村に現状を聞きに回らせていただいているところでございます。やはり昨今、予算が厳しい中であって、まず4年後のことをご心配されるのですが、この後方病床の確保もなかなか難しいというのは分かっております。その中で、病床確保料という形で支出している区市町村が多いのかなと思っておりますが、その連携の中で、お互いの協力関係のもとに相談し合える、探せる体制の仕組み構築も考えていかなければ、東京都はこれだけの人口を抱えておりますから、それぞれ各区市町村の置かれている状況も違いますので、区市町村のお話も聞かせていただきながら、仕組みを一緒に考えていきたいと考えております。単純に4年後に補助が2分の1になるからというのは、やはり我々といいたしましても、区市町村の主体的な取り組みをご理解いただいた上で、どのような施策展開が必要なのかを考えていただければと思っております。

○竹下委員 わかりました。医師会としても連携してやっていきたいと思っております。ありがとうございました。

○大道会長 在宅関連、ありますか。

では、丸木委員、どうぞ。

○丸木委員 同じページのアの説明を聞いていましたら、何かベストプラクティスを検証し、その普及を図るといふふうに聞いたのですが、例えばどのようなものがベストプラクティスとして検証されたのかをご紹介いただけないかなと思っております。

○大道会長 どうぞ、お願いします。

○大滝医療改革推進担当課長 前回の医療審議会でも在宅療養推進会議の報告書をお示しさせていただきました。例えば、今ありました窓口の事業のほか、協議会の設置やいわゆる多職種連携のカンファレンスの実施など、そういうものをモデル事業として区市町村にお願いし、その中から吸い取ってきたものがこの事業の中で取り組んできた

ものになります。その中の一つの成果として、東京都としては、区市町村に三つのポイントがあるだろうと思っています。多職種の連携をするための協議会、名称はかた苦しくなくても、きちんと連携をしていくような打ち合わせをする仕組み、また、スムーズに急性期から地域に戻っていくためのコーディネーターを行う窓口の役割、そして、地域として後方の病院と地域の協力病院との連携の中でベッドを用意しておいて、何かがあった時の対応ができるような形というもので、この三つというものが、今回のモデルケースの中で検証した上で報告書としてまとめさせていただいている。これが具体例という形になります。

○丸木委員 わかりました。

○大道会長 よろしいですか。

○丸木委員 はい。

○大道会長 在宅関連でご質問が相次いでいます。どうぞほかにご意見、ご質問等があれば、いただきます。

先ほど医療計画の報告がありましたが、25年度からは国の指針でも在宅医療に関連したものは5疾病5事業相当の扱いをする、ないしはそれぞれの領域の連携体制等に在宅を意識した計画的な対応を求めているというふうに理解はしております。国の言うところの税と社会保障一体改革でも、消費税の問題はともかく、サービスの内容については、在宅の位置付けはご案内の向きは多いと思いますが、この辺を含めて東京都としてもぜひ最終的には予算化をしっかりとさせていただいて、適切な整備をお願いしたいというのが今日のご意見だと思います。

それでは、在宅関連はとりあえずということで、他の視点から何かご意見あれば、いただきますが。

どうぞ、門脇委員、お願いします。

○門脇委員 申し訳ございません。私たちは議会で質疑ができますので、こういった審議会で発言は控えたほうがよろしいかと思うのですが、先ほど猪口先生がおっしゃったことに対し、医療政策課長から検討しますと言っていただきましたけれども、この問題の重さというのはかなりあると思います。もちろんがんにしる、脳卒中にしる、あるいは災害にしる、二次医療圏の中で分母となる地域がなければ、これは決められませんから、それはよくわかります。特に三次救急などは非常に時間的にも差し迫ったことでありますので、この新宿も区西部医療圏ですが、東京医大と東京女子医大が三次救急指定病院になっており、プラス国立国際医療センター病院も追加をしていただき、このこと自体は大変ありがたかったです。私、選挙区は杉並区ですが、例えば、杉並区の皆さんがその三次救急病院に搬送される場合は、新宿で一つプラスになっても、ほとんど関係がないのですね。実際は杏林であるとか、それから武蔵野日赤に搬送されるケースが非常に多いということです。これから予算特別委員会もありますので、そちらでお聞きをさせていただきたいと思いますので、今日、お答えは必要あり

ませんが、いずれにしろ、先ほど猪口先生が言われたことというのは非常に重い課題だということではないかと、私もそのように思いましたので、会長が質問ではなくて意見も言っているということでございますので、この場で申し上げておきたいと思えます。

以上です。

○大道会長 ありがとうございます。ただいま医療審議会の委員の立場からの意見ということで、東京都のほうに差し上げさせていただきます。

他はいかがでございますか。

○竹下委員 東京都医師会の竹下です。がん検診対策について、予算書の41ページにオのがん検診の質の向上及び職域との連携による受診率の向上と書いてありますが、がん検診につきましては、国で指針を定めて区市町村で実施することになっております。東京都がそこにどのように関係するか、このオの具体的なことについて、少しご説明いただけないでしょうか。

○大道会長 はい。お願いします。

○矢沢医療政策課長 すみません。少々お時間いただけますでしょうか。申し訳ございません。

○大道会長 それでは、資料を検索してください。

○山岸医療政策担当部長 よろしいでしょうか。

○大道会長 では、関連でどうぞ。

○山岸医療政策担当部長 内容といたしまして、所管が他部になっている事情もございしますが、がん検診の質の向上につきましては、精度管理ということで、それぞれのがん検診に取り組んでいる事業主体等からデータを集め、その検診が有効に機能するような支援を取り組みとして行っております。それから、職域との連携につきましては、「検診推進サポーター制度」のようなものを設けて、がん検診に積極的に取り組んでいる事業者とタイアップして、その従業員の方に対する検診を進めるというような取り組みを今進めているところでございます。

○竹下委員 今、お答えはいただかなくていいのですが、私の質問は、区市町村で行っているようながん検診の受診率がなかなか上がらないということが、日本全体の問題となっていますけれども、その辺についてのサポートをどのように東京都としてやるのかについての質問でした。これについては、部署でまた検討していただいて、お答え願えればと思います。

○大道会長 趣旨を今改めてのことで、その上でご回答がありますか。

○山岸医療政策担当部長 区市町村もがん検診を実施する上で、例えば節目検診とか、特定の年齢にターゲットを当てたような検診の勧奨をするなど、それなりの工夫をしているところもございます。そういった他で実施している効果的な取組を全体にフィードバックするようなことも含め、今、進めていると聞いております。また、所管とも

連携し、より一層受診率が向上するように進めてまいりたいと考えております。

○大道会長 それでは、そのようなことでお願いをいたします。

さて、では関連で、近藤委員、どうぞ。

○近藤委員 近藤でございます。医療保健の考え方ですけれども、5疾病それぞれに、例えばがんならば初期治療は東京都全域からという感じですし、区の中央部だと周りの県を含め、初期治療に関しては圏域をものすごく広くとらえたほうがいいですし、その後の慢性期、その後となってくると、また地域に戻って小さな領域で考えていかなければならない。糖尿病だと初期からある程度小さい領域で済むし、脳卒中もそうですが慢性期になると今度はリハビリになってくるため、広い領域で考えないと受け皿がありません。だから、疾病それぞれに二次医療圏で完結というよりは、ストーリーがそれぞれにあるのだなということ、もうちょっとフレキシブルにとらえていけばよいかなと思います。また、合併症がある時は、またその応用問題になってきますので、次の医療計画はもっと具体的なパターンを幾つか示せばなと考えています。

○大道会長 これも先ほど申し上げた流れでの議論だと思います。医療計画で言う区域、いわゆる二次医療圏の意味合いというのは、ご案内のとおり、病床規制の流れというのは厳然と今に続いているわけです。ただ、一方で、4疾病ならぬ5疾病5事業、さらに加えて在宅ということ、今言った病床規制とはよほど意味合いが異なる状況になってきているわけで、国の指針、一部仄聞するところでは、医療圏の見直しをするよう言われておりますが、どうも人口規模の話が先行していて、20万床に及ばない地域の話がまず出てくるわけです。東京は桁が違うぐらい大きいわけですので、そのあたりの考え方は、今、近藤委員のご指摘の点もあるし、ぜひ東京都の場合は推進協議会ですか、そちらで専門家を含めた議論をしっかりといただいて、国の指針もさることながら、東京都の地域特性はかなり特異なものがありますので、受療行動との関連をぜひ、都民に分かりやすいようにと言うべきか、実効の上がるような形での25年からの医療計画にしていきたいと、こういうふうなご意見にもなるかと思っておりますので、よろしくどうぞお願いいたします。

○近藤委員 DPC病院のデータを使うと、患者さんの受療行動が全部疾病ごとに出ますよね。そのデータをいい形で使っていただければなと思っております。

○大道会長 これは方法論までご提示でございますので、先ほどの話でございますので、よろしくどうぞお願いいたします。

さて、大分ご意見も出たところです。他にご意見、ご発言ございませうか。今日は、審議事項はまた次回ということでございますので、かなりの報告事項を立て続けに事務局からご説明をいただきました。再度ご覧をいただいて、これでよろしいというのであれば閉会ということになります。せっかくの機会でございます。どうぞご意見をいただければと思います。

よろしゅうございますかね。

(なし)

○大道会長 さて、それでは、また個別で何かございましたら、審議会の事務局にご提示
いただいて一向に問題はないと思います。本日の議事は以上で終了です。

事務局から何かご連絡ございますか。連絡事項がありましたら、お願いいたします。

○矢沢医療政策課長 本日は、たくさん貴重な意見をいただきまして、ありがとうございます。
受けとめまして検討を進めさせていただきたいと考えております。

本日使用しました資料につきましては、お持ちいただいても結構でございますし、机
上にお残しいただければ、後日、事務局から郵送いたしますので、よろしくお願いい
たします。

なお、お車でお越しの委員の方におかれましては、出口で私どもにお申し出ください。
駐車券をお渡しいたします。

以上でございます。

○大道会長 それでは、散会をいたします。ご苦労さまでございました。

(午後 7時13分、閉会)