

第2回

東京都保健医療計画推進協議会

会議録

平成27年10月8日

東京都福祉保健局

(午後 1時59分 開会)

○宮澤地域医療構想担当課長 それでは、ただいまから平成27年度第2回東京都保健医療計画推進協議会を開会させていただきます。

委員の皆様におかれましては、大変お忙しい中ご出席いただきまして、どうもありがとうございます。議事に入りますまでの間、私、医療政策部地域医療構想担当課長、宮澤が進行役を務めさせていただきます。どうぞ、よろしく願いをいたします。着座にて失礼いたします。

初めに、第1回の会議以降、新たにご就任をいただきました委員のご紹介をさせていただきます。

東京都歯科医師会の山本秀樹委員でございます。遅れてご出席になるとのご連絡をいただいております。

また、本日ご欠席のご連絡をいただいておりますが、西多摩郡町村保健衛生課長会で瑞穂町健康課長の福島由子委員にご就任をいただいております。

そのほか、本日の出欠状況でございますけれども、田中委員、田嶋委員、渡辺象委員、長瀬委員、秋山委員、福内委員からご欠席のご連絡をいただいております。

なお、本日はオブザーバーといたしまして、東京都地域医療構想策定部会の猪口部会長にご出席をいただいております。

なお、こちら東京都側でございますが、医療政策部長を初め事務局であります医療政策部のほか、福祉保健局の関係各部の職員も出席させていただきます。よろしく願いをいたします。

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第9に基づきまして、会議、会議録及び会議にかかる資料につきましては、公開となっておりますので、よろしく願いをいたします。

次に、本日の会議資料についてでございますが、議事の都度、資料についてもあわせてご説明をさせていただきます。落丁等ございましたら事務局にお申しつけください。

また、ご発言の際には、マイク下の赤いボタンによります操作をお願いいたします。

それでは、議事に入る前に、西山医療政策部長より一言ご挨拶を申し上げます。

○西山医療政策部長 東京都福祉保健局医療政策部長の西山でございます。委員の皆様には、日ごろより都の医療行政に多大なご協力をいただいております。厚く御礼を申し上げます。また、本日は大変お忙しい中、ご出席いただきまして、ありがとうございます。

さて、本日の議事は2つ予定してございます。

1点目は、東京都地域医療構想策定部会における検討状況でございます。構想の策定につきましては、策定部会において、猪口部会長を中心に検討を進めていただいておりますけれども、その検討状況についてまずご報告をさせていただきます。

2点目は、東京都保健医療計画の進捗状況についてでございます。現在の計画は平成25年の策定から2年半がたちましたが、計画に基づき5疾病5事業、在宅療養を初め、さまざまな医療体制の取り組みを進めているところでございます。委員の皆様からは、おのおのご経験、視点から、忌憚のないご意見をいただければと思っております。

委員の皆様におかれましては、引き続き、お力添えを賜りますように、よろしくどうぞお願いをいたします。

○宮澤地域医療構想担当課長 では、これからの進行を橋本座長にお願いいたします。

○橋本座長 では、これからの進行は私が進めたいと思います。会議次第に従いまして進行をさせていただきます。

今、部長からお話があったように、今日の議題は2つであります。地域医療構想の検討状況ということで、検討の中間報告より進んでいるとは思いますが、今、報告をいただくということです。

それから、もう1つは、保健医療計画の進捗管理についてのお話となっております。

まず、地域医療構想の検討状況についてでございます。

東京都地域医療構想の策定に当たりましては、今年の4月に開催されました第1回の本協議会におきまして、この協議会の下に策定部会を設置することということを決めて、その後、検討が進められてきたわけであります。

まず初めに、議題の1ですが、策定部会の猪口部会長から、検討の経過の概要についてご報告をいただき、その後の詳細を事務局からということになります。

まず、僕も時々オブザーバーとして参加させていただいておりました。この部会、猪口部会長を中心に、かなり積極的なご意見のやりとりがあつて、そのことにまずは感謝申し上げたいというふうに思います。

それでは、猪口部会長、検討状況をご報告ください。お願いします。

○猪口地域医療構想策定部会長 どうもありがとうございます。

東京都地域医療構想策定部会における検討状況について報告させていただきます。資料3をごらんください。

策定部会は4月30日に設置して以来、表にあるとおり6回の部会を開催いたしました。

大都市東京にふさわしい地域医療構想の策定に向けということでもありますけれども、この大都市東京というのが非常に大変なものでありまして、医療法に基づいて、この策定を行うわけですが、この医療法は、東京は日本の人口の10分の1が住んでいるところでもありますけれども、10分の9、その他の道府県を意識した、そういう医療法に基づいて策定することになると、なかなか思いどおりに行かないというところがあります。

今、橋本会長のおっしゃったとおり、委員から積極的な意見をいただきまして、精力的に議論を進めてまいりました。

私からは、部会案として取りまとめた東京の医療の将来像を示すグランドデザインと、機能区分ごとに将来の必要病床を定める単位である構想区域を中心に報告させていただきます。

第1回では、地域医療構想の策定に向けて国が示した策定ガイドラインの内容や、都における地域医療構想の策定スケジュールなどについて確認を行いました。

第2回では、3名の学識経験者から東京の医療資源の状況や、県域を越えた患者の流出・流入を初めとする受療動向などについてご講演をいただいたところでもあります。河原先生にもご講演をいただきました。

それから、第3回部会からは、将来のあるべき医療提供体制について議論を開始いたしました。地域医療構想は医療計画の一部として追記するものでありまして、本推進協議会以外から参加する専門委員もいることから、現行の保健医療計画の内容や、5疾病5事業の取り組み状況について確認を行いました。

また、6月上旬に国から提供を受けた医療需要推計データが示されました。東京は高齢化の進展による医療需要の増加に伴って、将来、病床が約7,000～8,400床ぐらい不足することとなることについて確認いたしました。

第4回部会では、グランドデザインの作成に向けた議論を開始し、第5回部会では、第4回部会において患者の受療動向を十分分析すべきとの意見を踏まえ、患者の受療動向に関するデータをもとに議論を深めました。

そして、第6回部会において、それまでの議論を踏まえ、グランドデザインと、その実現に向けた基本目標や取り組みの方向性について検討を行い、部会案を取りまとめました。

また、患者の受療動向や医療提供体制に関するデータをもとに議論いただいた内容や、関係法令等を踏まえた都における構想区域案について検討し、部会における案として取りまとめました。

これから事務局のほうから詳しい説明がございませうけれども、非常に第6回部会で定めた構想区域に関する案、それから、グランドデザインといったところは、理解しづらい部分もございませうので、説明後ももう一度補足説明をさせていただきたいと思っております。よろしくお願ひします。ありがとうございました。

○橋本座長 では、事務局から引き続き、説明をお願いします。

○宮澤地域医療構想担当課長 それでは、資料の4をごらんください。東京の2025年の医療グランドデザインにつきましてご説明いたします。

表題のすぐ下でございます、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」、これをグランドデザインといたしまして、東京の医療の理想とする将来像として掲げた上で、その実現に向けた4つの基本目標を掲げております。

基本目標でございますが、ローマ数字のI～IVで記載をしております、さらに基本目標には、それぞれに目標の達成に向けた方向性の例を記載してございます。

各例示項目の前に記しております黒いひし形の項目がございませうが、こちらは策定部会の中で、委員の皆様からご意見として挙げられた項目でございます。

また、丸印につきましては、部会における議論を踏まえまして、事務局として追加した項目でございます。

繰り返しになりますが、方向性につきましては、あくまでも例示として記載をしているものでございます。

まず、基本目標の1つ目でございます。

高度・先進医療提供体制の将来にわたる進展。～大学病院等が集積する東京の「強み」を活かした、医療水準のさらなる向上～でございます。

方向性の例示として3点挙げております。

13の大学、15の特定機能病院など、集積する高度・先進医療提供施設を東京の強みとして活用すること。

がんなどの疾病については、かかりつけ医等からの十分な情報のもと、患者自ら高度医療機関を選択することが可能であること。

こうした東京の強みを生かして、都民のみならず、日本全国から流入する患者も将来にわたって引き続き受け入れ、質の高い高度・先進医療を提供していくことを挙げております。

2つ目でございます。

都の特性を活かした切れ目のない医療連携システムの構築。～高度急性期から在宅療養に至るまで、東京の医療資源を最大限活用した医療連携の推進～でございます。

方向性の例示といたしまして6点挙げております。

切れ目のない医療連携を推進するため、交通網の発達や高度医療の集積など、都の特性を十分反映する必要があること。

長い年月をかけて、歴史的・文化的に構築されてきたものを踏まえて、東京の現状の医療提供体制を活用すること。

救急患者については、どの地域でも確実かつ迅速に医療につなげるとともに、在宅療養中の病状変化時には、身近な医療機関での受け入れを実現すること。

入院患者の円滑な在宅への復帰。必要な場合には、安心して入院継続が可能な体制を整備すること。

疾病ごとの医療資源の分布や患者の受療動向の視点を踏まえた適切な医療提供体制を構築すること。

認知症を抱えながら入院する患者が適切なケアを受けられる医療提供体制を整備することを挙げております。

3つ目は、地域包括ケアシステムにおける、治し、支える医療の充実。～誰もが住み慣れた地域で日常生活を継続できるよう、地域全体で治し、支える「地域完結型」医療の確立～でございます。

方向性の例示として6点挙げております。

かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師を持ち、いつでも相談できるプライマリ・ケアを基本とする医療提供体制を実現すること。

疾病予防や生涯を通じた健康づくりの取組を推進すること。

高齢者の増加に対し、医療・介護の多職種が連携して地域全体が一体となって、在宅療養患者を支援すること。

地域の診療所や中小病院等の身近な医療機関が在宅療養生活をバックアップすること。

地域で暮らす認知症の方に、介護サービスと連携して状態に応じた医療を提供すること。

人生の最期をどこで迎えようとも、さまざまな医療資源を活用した看取りを実現することを挙げております。

4つ目は、下段でございます。安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成～医療水準の高度化に資する人材や高齢社会を支える人材が活躍する社会の実現～でございます。

方向性の例示として4点挙げております。

大学病院や特定機能病院による、高度急性期医療を担う医療人材を育成すること。

医育機関や医療機関が、地域連携を担う総合診療医等を育成すること。

在宅療養を支える人材を確保・育成すること。

雇用形態の多様化やシニアの活用など、多様な価値観やライフスタイルに応じて働き続けられる環境を整備し、少子高齢・人口減少社会を支える医療・介護人材を確保することを挙げております。

この基本目標の構成につきましては、Ⅰ～Ⅲまでの医療体制と、それを支える人材の確保・育成を図ることをⅣといたしまして、グランドデザインとして掲げる東京の医療を実現していくというものでございます。

東京の2025年の医療、グランドデザインの説明は以上でございます。

続きまして、資料5をごらんください。東京都地域医療構想における構想区域（案）でございます。

まず初めに、資料には記載をしておりませんが、改めて構想区域の考え方につきましてご説明させていただきます。

構想区域は医療法におきまして、地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として定める区域とされております。

また、策定ガイドラインにおいて、地域医療構想の検討を行うため、まずは構想区域の設定を行い、構想区域及び医療需要に対応する医療提供体制を具体化する必要があるというふうにされております。

続きまして、この資料の構成でございますけれども、疾病事業ごとの医療提供体制を推進する事業推進区域の記述に続きまして、都における構想区域として設定をいたします病床整備区域の順に記述をしております。

都における構想区域は、病床整備区域で設定するものであることを念頭に置いていただきまして、お聞きいただきたいと存じます。

まず、3つ目のパラグラフまでは、事業推進区域に関する説明となります。

東京は、交通網の発達や、高度医療の集積といった特性の下に、様々な医療連携体系がすでに構築されており、そうした自主的な取組を尊重しつつ、切れ目のない医療連携システムを構築する必要があること。

また、地域医療構想の策定にあたっては、医療提供体制の構築に加えて、福祉との連携や地域包括ケアシステムの構築についても見据える必要があり、例えば、プライマリ・ケアを基本とした医療提供体制は、区市町村単位で考えるなど、柔軟な運用が必要であること。

こうしたことから、疾病、事業ごとの医療提供体制を推進する区域を「事業推進区域」として設定することとし、今後の患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて、全都的なレベルから地域包括ケアのレベルまで柔軟に運用することとするものでございます。

ここからは構想区域として設定をいたします、病床整備区域に関する説明でございます。

医療法第30条の4第2項第12号「主として病院の病床」、こちらは一般病棟と療養病床でございますが、「及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分

する区域」、これは二次医療圏に当たる区域でございますが、これを「病床整備区域」といたします。医療法上の二次医療圏の定義や名称が改正されるものではなく、東京都地域医療構想において「病床整備区域」という呼称を用いるというものでございます。

なお、この「病床整備区域」でございますが、資料下段に記載をする区域でございます。区域数は13区域でございます。

地域医療構想では、医療法において機能区分別の将来の病床数の必要量、すなわち、4機能別の将来の必要病床数を構想区域ごとに定めて記載をすることとされておりますことから、都の構想区域は「病床整備区域」で設定をし、今後、「事業推進区域」とも十分な調整を図っていくこととするものでございます。

この「事業推進区域」と十分調整を図っていくという点でございますが、将来的に同じ区域とするための調整といった意味ではございませんで、各疾病事業の実施に応じて、病床の確保をあわせて考え、必要な調整をしていくというものでございます。

最後に、今後の考え方を記述しております。平成30年度からの東京都保健医療計画の策定にあたりましては、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化など、将来における要素を勘案し、現状の5疾病・5事業などの医療提供体制を十分検証した上で、今後示される療養病床、特定機能病院に対する国の方針、国が提供する基礎的データも踏まえながら、「病床整備区域」についても、必要な検証や見直しを検討することとするというものでございます。

構想区域の説明は以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。猪口さんのほうから補足があるということですね。

○猪口東京都地域医療構想策定部会長 はい。構想区域をどうつくるかということが、非常に策定部会のほうでは問題になりました。それは、とりもなおさず、今の説明もあったとおり、構想区域が将来の二次医療圏と一致させるというところであります。

皆さんはどうかはちょっとよくわかりませんが、大きな病院、大学病院だとか、それから、診療所の先生は、余り二次医療圏というものを、それほど意識しないでも診療行為ができるというところはあるのですが、その二次医療圏の中で医療連携体制が非常に必要な中小病院、それから、大病院にかけて、とにかく連携が必要なところにおいて、医療圏なんだから、二次医療圏の中で何とかできるだろうと思うと、実は東京の場合は医療圏の中に閉じていることがほとんどないということは、実感としてあったわけでありまして。

今回、この策定のガイドラインに基づいて考えますと、その実態として一体とならない区域は変えてもいいという記述がございましたものですから、この構想区域は新たに作りかえることができる。要するに、二次医療圏を実態に合わせて作りかえることができるのではないかとということで、非常にいろいろな検討をしてまいりました。

で、その中の検討では、第3回の策定部会、第4回の策定部会では、やはり医療連携、特に、がんにおいて高度急性期の医療においては、やはり県域を越えて大きな移動をしている、ダイナミックに動いているということも非常によくわかりましたように、それ以外のその慢性期の病床においても、かなりの移動をしているということが実態

的にわかってまいりました。

では、その構想区域を要するに医療圏としてとじる圏域というものが、実態としてつくれるのかどうかということの議論をしたわけですがけれども、なかなかいい案が浮かばない。こういうふうになったら医療圏ができるのではないかと、一つを注目してやるのであればできますけれども、例えば、私は区東北部の人間なんですけど、区東北部の中で葛飾区というものを中心になるんだとしたら、葛飾区と文京区、千代田区を結べば一つの医療圏にはなるんですが、そこに文京区、千代田区といったところは、ほかとも医療圏ができ上がっていますし、理想的な医療圏というのがなかなかできない。

で、これを医療圏というものができないとなると、先に進まないわけなんですけど、じゃあ、どうすればいいかということで、全都を一つの医療圏にしたらどうかという意見も出ました。で、そうしますと、今度は病床を決めていくのに非常に難しいだろうという意見もありました。

その中で、この実体的に合わないのは、何が一番実体として合わないのかと見たら、それぞれの医療圏を単位として、なるべく医療としてとじなくちゃいけないという、皆様方、この協議会が推進している医療計画。特に医療計画の中で、その中に一つつくればいいやというような何とかセンターとか、何とか協議会といったようなもの、こういうところがなかなかやっぱり合わない。

要するに、医療圏に持たされている機能は二つありまして、病床を整備する、病床規制といって基準病床数をつくっておるわけですがけれども、病床規制の部分、病床を整備する区域となっておりますから、今回、我々の構想の案では「病床整備区域」としていましたがけれども、この病床を整備する機能と、それから、やっぱり医療計画の単位となっている部分がございます。

ガイドラインによりますと、医療計画に関しては、何もその構想区域に限る必要はないという記載もございますが、一方で、二次医療圏を中心とした計画が進むのも、また確かなところがございます。その区域に投げる、区域単位で進めるほうが楽だという部分もございます。

ですが、東京においては、この二つの機能がなかなかうまくみ合わないということで、策定部会におきましては、どうしたらいいかということで、この二つを切り離してなるべく考えられるように持っていこうと。なかなかその完全に切り離してできるかということ、今回の構想区域が整備区域に決まったということで、その整備区域が今度は二次医療圏という名のもとにまたなりますと、なかなか難しいかなとは思いますがけれども、そこで「事業推進区域」として、別の概念を常に持たなくてはいけないよということで、この二つを挙げさせていただいております。

グランドデザインですが、このグランドデザインが、たかが策定部会ごときでグランドデザインを掲げるのは僭越だということはわかっておりますけれども、策定部会で今度は病床整備に関して、各構想区域ごとで病床を調整しなくてはいけないときに、どのような形で医療提供体制をつくるかといった柱がないと、なかなかうまくいかないものですから、東京の場合はグランドデザインというものを挙げさせていただいた上で、各構想区域間の病床調整といったもの、それから、今後その構想区域とは違うということになっておりますけれども、じゃあ、東京全体として医療計画をどのよう

に進めていくかということの両方を統合していく、2つの違う区域をつくり出したがゆえに、その2つを調整していくためには何か統一した考え方が必要だろうということで、グランドデザインというものをつくっております。

グランドデザインに照らし合わせてみて、その構想区域ごとの病床機能のその配分がうまくいくかどうか。それから、医療計画がその構想区域なり、事業推進区域なりに、グランドデザインと合っているのかどうか、これが僕は憲法の全文などというような言い方をしておりますけれども、今後いろいろ計画を立てていく上で、調整をしていく上で、このグランドデザインを考えながら進めていけば、うまくいくのではないかという意味合いでこれをつくったものでございます。

わけのわからないということが2つ出て、今日最後にまいりましたけれども、こういう意識でつくっておりますので、ぜひ、ご理解いただきたいと思っております。よろしくお願ひします。

○橋本座長 ありがとうございます。今の補足からおわかりのように、かなり白熱した議論があったということが推察されると思っております。

まず、皆さんからご意見を伺いたいと思っております。

まず、グランドデザインのほうから行きましょうか。今はそういう役割を持たせたいということで、部会長から補足のお話をいただきました。いかがでしょう。この辺、これからも多分、これも少し変えていったり、直したり、もっと議論が必要な部分が出てくるんだろうと思っておりますけれども、こういうグランドデザインを立てていただいて、これに基づいた形で今の二つの区域の考え方を進めていくということになります。ですから、まず、グランドデザインについてのご意見をもっと伺えればなと思っております。いかがでしょうか。

そもそも保健医療計画は、ある意味ではグランドデザインをつくりながらやっていくという作業なんですね。どうしてかということ、計画って何かという議論をするときに、計画というのは将来から見た現在の評価であるという言い方を僕らはずっとしてきたんですが、そういう意味では、2025年の東京の姿を描きながら、それをグランドデザインとしてある種記述をして、それに向かってさまざまなセクター、行政だけではなくて、民間のセクターも一緒に進んでいくというのは、計画のありようだと思います。

皆さんお考えの間にしゃべりますけれども、昭和60年に医療法が改正されて、医療計画というのをつくらなきゃいけなくなって、その前からいろいろ議論をしていたんですね。副座長も厚生省にいるときにはお話されたんだろうと思っておりますけど、我々は我々でやっていたんですね。

そのときに、この計画というのはどういう性格を持つんだろうという言い方の議論があって、それは東京都のその中で結構推進していた方なんですが、社会計画でしょうという形ですね。

これは要するに、ある医療をよくしていくということに向かって、行政だけではできない、そういったさまざまなセクターの人たちが、端的に言うと利害関係ももちろんあるわけですね。それらを調整しながら、ある目標に向かって進んでいく社会計画だという認識のもとにやってきたんですね。

だから、それが東京都の医療計画だって、僕、大体ずっと一緒にいるので、わかっているつもりなんですけど、野中さんが入ったりして、野中前都医師会長ですよ。彼の言い方はこうだったんですね。東京らしさを前面に出そうという言い方でした。ですから、余りとらわれないで、これはほかの県の医療計画と比べたら結構ユニークだよなというようなものは、多分あるときにはできていたんだと。

その後、5疾病5事業という国のある種の制度が入ってきて、少しそれには対応しなきゃいけないので、そういう形で、そういうものが記載されてきてということですね。

今回、ある意味では、その25年という日本全体の中での大きな変革の時期を、どういうふう乗り越えようかという全日本的な課題に向かって、今回の地域医療構想とかは出されてきているわけですけども、じゃあ、東京はどうするんだという話は必要で、グランドデザインとして出していただいたことは、僕はとてもいいプロセスだったなと個人的には思っています。私から言うと、そんな評価です。

地域包括ケアシステムと、はっきり出てきたのは今回初めてだと思うんですね。我々、口では言っていたし、世の中ではそう動いていたけれども、はっきり公式の文書の中に東京都として医療計画の中に出てきたのは、大きな柱としては初めてだと思うんですね。

それから、要するに基本目標の中で、東京は東京でしょうと、これはいいですね。日本の医療をある意味引っ張っていくものを担っていくんですよ。それは大学病院等が集積している、高機能の病院が集積していることのメリット、これもはっきり位置づけているというのは、僕はこれもいいと思います。

なおかつ、一番、一般的な議論の中で大事なものは、第2の医療連携をどうしていこうかというところは、これが一番課題になるところだとはずっと思っていますけれども、これをしっかり出していただいたということで、僕はグランドデザインについて出していただいたことについては、僕はまずは感謝申し上げたいという気持ちです。

中身に入りましょうか。何かご意見があれば自由に。今出ているものも例示ですので、こんなものもあるんじゃないという話は、この協議会の中から出てくることは歓迎です。どうでしょう。

○尾崎委員 私は、この間、東京都医師会として、この25年3月の東京都保健医療計画を見てみますと、第一部の総論にしても、社会の状況とか、医療制度の改善・改革の状況とか、東京都保健医療行政の状況とか、つまり東京はどういう都市であって、どういう医療が今は行われて、将来どうしていくのかというのは、多少は書かれていますが、余り書かれていない。

そういう中で、今、会長がおっしゃいましたけれども、25年に向かって、どういう東京の医療をつくっていくのかというところが絶対に必要だろうということで、猪口副会長と一緒に、この間、ぜひグランドデザインというものをつくってもらいたいということで、こういう形で動いてきたわけですけども、そういう意味で、ある程度の骨子ができたということが、非常にありがたいことだし、これに向かって、もちろん細部の調整、いろいろこれからいると思いますが、必要だろうと。

それから、従来の二次医療圏で構想区域をつくりなさいということについては、これ例えば5疾病5事業とか、みんなある程度、二次医療圏で今は動いているわけですね

れども、実際に二次医療圏でうまくいっている場所もあるし、でも、東京全体を見ると、5疾病5事業にしてもかなり無理があって、二次医療圏ではうまくできていないところもたくさんあるという現状があります。

そういう中で、事業を展開するには、もう一度、二次医療圏というものを見直して、新たな区域を模索してみてもどうか。せっかくこういうふうに医療・介護総合確保推進法ができて、2025年に向かって医療も介護も変えていこうという中で、そういう試みをしていったほうがいいんじゃないかと思って、この間、猪口部会長を通じて、いろんな意見発信を東京都医師会としてはしてきたわけですが、そういう意味で、区域が二つあったりして複雑ですけども、こういう考え、全体を見ながら事業の展開は事業のその推進区域で行っていくと。病床の調整については、従来の二次医療圏を使っていくというような、複雑になっていますけれども、そういう形で議論を進めていくという基本的な考えは、私は今の東京には必要だろうと考えております。

以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。はい、どうぞ。

○島田委員 勉強不足であれなんですけれども、I番のその高度・先進医療提供体制の将来にわたる進展の例示のところでの2番で、がんなどの疾病については、十分な情報のもと、患者自らが高度医療機関を選択可能という例示がちょっと引っかかりまして、患者自らがというところが、高度医療機関ってフリーアクセスにしようという方針では別にはないですよ。これが1点です。

それから、III番の地域ケアシステムにおけるというところで、例示のところの地域をいっぱい使っているんですけど、地域の大きさが、すごくいろんな大きさの地域を言っておられるような気がして、先ほど「病床整備区域」の地域であったり、本当に自治体、市町村レベルの地域であったり、いろいろ混在しているような気がいたしました。

その2点です。

○橋本座長 わかりました。まず1番目のほうは、これは部会でもたしかご意見があったと思いますけれども、事務局お願いします。

○宮澤地域医療構想担当課長 口頭で少しご説明をさせていただきましたけれども、この十分な情報のもとというのは、かかりつけ医をきちんと持って、そこからの十分な情報のもとという意味でございます。口頭では申し上げさせていただいたんですけども、これについては部会の中でも、そういったご意見が出たところでございます。

○橋本座長 ここはいいですね。当然、勝手に決めなさいという話ではないということが前提であるという意見でございます。

それから、もう一つのほうは行きますか。

○宮澤地域医療構想担当課長 ここでIII番の地域包括ケアシステムにおける、治し、支える医療の充実のところ、ここで言う地域というのは、市町村単位というんでしょうか、地域包括ケアシステムの構築は区市町村区市が中心となりますので、そういった身近な地域をイメージしております。

○猪口地域医療構想策定部会長 私もこの文章多少ひっかかって、「地域完結型」とこ

こにも出てきておりますので、構想区域で完結することを意味しているということではないというのは、事務局とも相談したところです。

やはり、「事業推進区域」に関しましては、それぞれの事業、それぞれの疾病に対して、適正な地域というものはそれぞれあるんだろうと思いますので、どう表現していいかというのは、ぜひご審議いただきたいところではありますけれども、さまざまな地域があるんだという認識であります。

- 橋本座長 私も今の猪口さんのお話、要するに、その事業ごとに、あるいは、何か活動ごとにそれを考えればいだけで、それで、それぞれの適切さを保てばいいんじゃないかという、コミュニティーの議論ってそうですよね。いろんなコミュニティーがあって、実は複層的にあるんだと。だから、どこかのコミュニティーだけを規定してコミュニティーという言い方はちょっとだめでしょうという言い方がある。地域も多分、今回の地域という言葉も同じだと思います。それから、人によって違ったりするわけですよね。

だから、その事業にとって適切な地域とか、個人にとって適切な地域ってそれぞれあるわけですから、どこかで行政的な対応をするとすると、そこである種の大きくくりをしなきゃいけない。そういう状況はあるけれども、認識としては、それぞれの事業とかということになると思います。かなり自由度を持った地域だと考えております。

- 河原委員 今の話ですけど、冒頭に住み慣れた地域という表現がついていますから、これで住み慣れた地域は個々それぞれ別々なので、思い抱く地域のイメージなら、いろいろあるということでもいいと思うんですけど。

- 橋本座長 一緒でもいいんですけども、構造区域についても議論を進めたいと思います。いかがでしょうか。

構造区域が、資料5のようにこの考え方が出てきましたけど、この考え方についていかがでしょうか。今の議論と多分、そんなに別個の話ではないとは思いますが。

これまでの医療計画の中で、ずっと何時間にわたる改正の中で、医療計画の区域ってこれでいいのっていう議論は、毎回確認することにはなっていたんですね。そのときの議論は、とりたててこれでだめだという考え方はないので、これで行きましょうというのは、落ちといえば落ちだったんですけどね。

でも、ある意味では、東京都の中での圏域設定という考え方自体が、ほかの地域と比べると、非常にそれほどの強度を持っていない。実際に動いているから、実態があるからということだと。でも、病床を整備していく上では、一定の効力はあったという考え方はあるし、実績もあるだろうと思います。そういう前提の話ですよ。

とりあえず、部会のお考え方を受けとめるということによろしゅうございますか。何か追加があるといいかなと、せっかく一つになると思ったのに、そうはいかないですか。

それでは、ご意見をお聞きして、大体理解できたということによろしいかと思いません。

今回、構想区域だからいいんですけども、区域が決まった後、さまざまなことを隣の県とかに交渉しなきゃいけないんですが、いろんなことは、また後、次の機会でお聞きするだろうと思います。

それでは、きょうはこのぐらいにさせていただきたいと思います。引き続き、策定部会の検討をよろしくお願ひしたいと思います。猪口部会長、ありがとうございます。

それでは、本日の2つ目の議事になります。保健医療計画の進行管理についてであります。東京都保健医療計画、25年の3月に改定されたわけですけれども、きょうは5疾病5事業、それから、在宅療養の取り組みを中心に事務局から説明をさせていただきます。

資料6において、5疾病の取り組みについて事務局から続けて説明いただいた後、質疑応答をまとめて行います。その後、5事業及び在宅医療の取り組みについて、同じく事務局からの説明があって、その後、質疑応答と、ちょっと分けて進めたいと思います。よろしくお願ひします。

それから、資料の7がありますけれども、その他の事業については事前にご案内がありましたので、説明は省略をさせていただきます。

それでは初めに、がん医療の取り組みについてご説明をお願いします。

○白井歯科担当課長 それでは、資料A3判の資料6になります。2枚おめくりいただきまして、3枚目になりますが、右下に1と振ってありますページをごらんください。

1番目の、がん医療の取組でございます。これまでの取組の状況の中で、特に26年度に進んだものを、時間の制約もございまして、かいつまんでご説明をさせていただきたいと思います。

では、施策目標の1、患者・家族が安心できる医療提供体制を推進するの、これまでの取組状況の欄をごらんください。

まず昨年、国が患者とその家族が納得して治療を受けられる環境の整備、チーム医療の体制整備に向けまして、国の拠点病院の指定要件を強化をいたしました。

これを受けまして、都では部会において、認定、協力病院の役割等の検討と合わせまして、指定要件や名称の見直しを行った次第でございます。

現在、平成27年4月ということで国のほうも出しているところでございますが、国指定の拠点病院が25施設、地域がん診療病院として1施設、また、東京都の指定につきましましては、以前の認定病院を東京都がん診療連携拠点病院としまして9施設、また以前の協力病院は、東京都がん臨床連携協力病院として24施設という状況になっております。

後段になりますが、平成26年度、拠点病院と地域との診療連携を推進するための、がん地域医療連携モデル事業を開始いたしました。この事業が今年度終了するため、今後この予定としましては、その結果を踏まえて連携体制を検討していく予定でございます。

1枚おめくりください。施策目標の2、がんと診断されたときからの切れ目のない緩和ケアの提供でございます。

これまでの取組状況の丸の1番目としまして、二つの医療圏で、モデルとして緩和ケア推進事業を実施してきたことを記載させていただいております。

本事業が昨年度で終了いたしましたことによりまして、今後の予定としまして、昨年度までの取組結果を踏まえて、緩和ケアの取り組みを、ほかの医療圏にも広めてい

くということを予定しております。

同じ欄の2番目の丸になりますが、26年度には、東京都緩和ケア連携手帳を新たに作成いたしました。こちらはこれから利用のほうを行っていく予定でございます。

施策目標の3、小児がんに対する総合的な支援体制を構築するのこれまでの取り組みにつきましては、平成26年度東京都小児がん診療連携協議会の取り組みといたしまして、小児がん早期診断ハンドブックを作成いたしました。

また、これを活用いたしまして、各診療連携病院が地域の医療機関を対象といたしまして、研修会を実施したところでございます。小児がんの協議会及び各部会が活発に取り組みを進めております。

施策目標の4になります。恐れ入ります。1枚おめくりください。

がんに関する相談支援・情報提供を充実するためのこれまでの取り組みにつきましては、取組状況の1番目の丸になりますが、平成26年度に東京都がん診療連携協議会相談・情報部会におきまして、がん相談支援のあり方がまとめられました。

また、このセンター機能の評価項目も、新たに策定されたところでございます。

7番目、一番下の丸になりますが、平成26年度には、がん患者の就労支援といたしまして、企業向けのハンドブック、研修用DVD、スライドなどを作成いたしまして配布するとともに、東京都がんポータルサイトにアップしております。

また、シンポジウムや就労支援を実践している、優良企業の表彰を実施したところでございます。

施策目標の5、がん登録とがんに関する研究を推進するにおきましては、院内がん登録の参加病院は、協力病院も含め順調にふえております。

また、地域がん登録の普及啓発や研修も、順調に進んでいるところでございます。

今ご案内いたしました取り組み及び記載しております各取り組みをそれぞれ勘案いたしまして、これまでの取組の評価のところにつきましては、それぞれBというふうにさせていただいております。

今後の予定につきましては記載しているとおりでございますが、特に最初にご案内いたしましたとおり、国の拠点病院の指定要件が、いろんな側面から強化されておりました、拠点病院の機能の強化とともに、東京都が取り組んでまいりました、さまざまな取り組みの成果を踏まえまして、今後の取り組みの予定としていきたいと考えております。

評価指標をごらんください。4ページ目にあります。

まず、がんの75歳未満年齢調整死亡率の20%減少ということでございますが、こちらは国の中間評価で達成が難しいのではないかという評価をされておりましたが、東京都27年度で80.6という数字が出ておまして、20年度から開始しておりますので、この時点で約10%の減少という状況になっております。

また、次の全拠点病院・認定病院の緩和ケア外来受診者数につきましては、順調に伸びております。

3番目の、がん対策情報センターによる研修を終了した相談員数につきましても、少しずつ順調に伸びているところでございます。

がん医療に対しましては、以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

引き続きまして、脳卒中医療の取組について、説明をお願いします。

○新倉地域医療担当課長 2番の脳卒中医療の取組について説明させていただきます。地域医療担当課長の新倉でございます。

脳卒中医療につきましては、主にその急性期の医療体制、こちらについては一定程度整備、また、地域連携の体制が進んできたところでございます。現在特に力を入れているところが、こちら資料の目標1の部分でございます。都民に対する普及啓発でございます。

脳卒中にしましては、発症から119番するまでの時間、これをできるだけ短縮させていくことが重要であり、さまざま工夫を凝らして現在、普及啓発活動を行っているところでございます。

目標1の欄、これまでの取組状況のところをごらんください。最初の丸のところ、これまでの取組ということで①～④まで記載がございます。

昨年度行った新たな取り組みといたしましては、③番のところ、クリアファイルの作成、配布をしてございます。主に各種イベント、東京マラソンエキスポや大学ラグビーの試合会場、また、都内全て国立・公立・私立、全ての高校に作成したクリアファイルを配布いたしまして、主に今回、普及啓発のターゲットとしても、若年層に広げた形で普及啓発を実施しております。

また、④の電車・バスの車内広告でございますが、こちら昨年度はその広告予算を確保いたしまして、地下鉄やバスなどの車内広告を約1カ月間集中して実施をしたところでございます。

普及啓発の右側の欄、今後の予定のところをごらんいただきたいと思います。

一番上の丸に、引き続きの普及啓発とともに、今年度27年度につきましては、「早期発見及び予防」をテーマとするシンポジウムを、本年12月12日に開催を予定しております。

各種、現在の脳卒中の医療を取り巻く状況のご講演のほか、今回はテレビ東京のアンウンサーでございます大橋未歩さんをお招きいたしまして、大橋未歩さんご自身が脳梗塞のご経験があったということで、そちらの経験なども踏まえてご講演をいただく予定となっております。都民を広く対象に、都庁の大会議場で行いたいと考えているところでございます。

また、その下の今度は目標の2の部分でございます。救急搬送受入体制の充実を図る。この取り組みにつきましては、今年度新たな動きといたしまして、一番右の欄、今後の予定のところをごらんいただきたいと思います。東京都脳卒中医療連携協議会の下に、「脳血管内治療検討ワーキンググループ」を設置いたしました。

つい先日、おととい、10月6日にその第1回目を開催し、検討をスタートさせたところでございます。

これは脳血管内治療、その技術の進歩を踏まえて、脳卒中の急性期医療の充実に、それをつなげられないかということで、今後の仕組みづくりを検討してまいりたいと思っております。

少しページをおめくりいただきまして、8ページのほうを飛んでごらんください。脳

卒中医療に関する評価指標でございます。

直近の26年度の実績については、こちら表に記載のとおりでございますが、下段の地域連携クリティカルパス参加医療機関数については、計画時が延べ1,048機関、ここからふやすということで、微増というところでございますが、昨年度から若干、医療機関数が減少をしておりました。これにつきましては、主に維持期の医療機関でパスの活用事例が少ないというようなところで、一部、この機関から抜けたというところが幾つかございました。全体としてはプラスでふえた部分と減った部分ということで、減った部分が若干多かったというところの状況でございます。

脳卒中医療については以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

それでは、次が、急性心筋梗塞医療の説明をお願いします。

○八木救急災害医療課長 それでは、9ページ、急性心筋梗塞の取組の状況についてご報告させていただきます。私、救急災害医療課長をしています八木と申します。

まず、目標1でございます。CCU医療機関の連携強化と質の向上でございます。

急性心筋梗塞の患者が、発症初期の段階に速やかに専門的な医療につなげる体制を確保するために、東京都では、東京都医師会、東京消防庁、それから、私たち福祉保健局で、東京都CCUネットワークを構成しております。現在、71の心臓疾患の専門の病院が参画をいただいているところでございます。

具体的には、輪番制での患者の受け入れ、また、救急隊からの相談の応需の耐性を確保しているところでございます。

記載にございますように、この東京都CCUネットワークでは、年に4回連絡会議を開催しております。四半期ごとに当番病院の調整を行ったり、また医師や救急隊が参加する研究会やシンポジウム等を開催し、質の向上に努めているところでございます。

続きまして、次の丸でございますけれども、平成22年から急性大動脈スーパーネットワーク事業を開始しております。この事業におきましては、急性心筋梗塞よりも死亡率の高い大動脈解離などの急性大動脈疾患に対して、循環器内科と心臓血管外科が協力して、緊急の診療体制をとるものでございます。

現在、先ほどネットワークに加盟しているとお話ししました71病院のうち、37病院がこのネットワークに参画をいただいております。

平成26年度につきましては、記載のとおりスーパーネットワーク会議を2回開催しまして、急性大動脈症候群等について講演をしているところでございます。

目標2、在宅生活の支援でございます。生活習慣を改善する普及啓発を推進するため、健康づくり事業推進指導者養成研修を実施しております。

また、二つ目の丸でございますけれども、平成20年度よりホームAEDプロジェクトを開始し、命にかかわる危険な不整脈を起こしやすい患者、また、その家族に対しまして、AEDを貸し出す事業を実施しているところでございます。

また、全ての一般の都民の方を対象に、AEDの使用方法を含む救命講習会を開催しております。この講習会、年間25万人の方に毎年受講をいただいているところでございます。

今後の予定でございますけれども、引き続きCCUネットワークにおける連携体制を、

持続的・安定的に維持運営していく予定でございます。

評価指標としましては、年齢調整死亡率、ネットワークの参画医療機関、ごらんのとおり推移しております。

以上になります。

○橋本座長 ありがとうございます。

それでは、次、糖尿病医療の取組、お願いします。

○新倉地域医療担当課長 4番、糖尿病医療の取組でございます。再び地域医療担当課長、新倉のほうで説明させていただきます。

糖尿病医療連携の取組につきましては、主な取り組みといたしましては、目標の2番、地域連携に係る実効性のある取組を行うということで、これまでの取組状況の欄、一番上段の丸にございますとおり、糖尿病地域連携の登録医療機関制度の運用でございます。

現在、登録医療機関数2,811医療機関となっております。この、ただ糖尿病地域連携の登録医療機関制度というものは、それぞれの地域において医療機関がかかりつけ医や専門医、また、かかりつけ眼科医、かかりつけ歯科医と、さまざまな立場から糖尿病の医療連携を進めていただくものとなっております。

制度をスタートしてまだ2年程度でございますが、徐々に医療機関数を今拡大をしているところでございます。

右側に今後の予定とございます。丸の一番上でございます。今後の予定のところでございますが、引き続き登録医療機関数が増えるような、東京都としての広域的な普及啓発の実施とともに、東京都糖尿病医療連携協議会におきまして、制度を運用していく上での課題などについても、引き続き検討をしまいる予定としてございます。

資料を1枚おめくりいただきまして、11ページの一番下、欄外下、評価指標でございます。4つの項目記載してございまして、それぞれ指標の数値については記載のとおりでございます。

一番下の登録医療機関数でございますが、25年度1,267医療機関から26年度では2,811医療機関ということで、各関係機関のご協力を得て、大きく登録医療機関数がふえている状況でございます。

簡単ではございますが、説明は以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

それでは、引き続き、精神疾患医療の取組ということでお願いします。その中の精神疾患医療体制の充実について、まずはご説明いただくということになります。お願いします。

○行本精神保健・医療課長 12ページ、5、精神疾患医療の取組について、精神保健・医療課長、行本から説明させていただきます。

まずは、目標1、日常診療体制の構築を推進ということですが、精神疾患を早期に発見し、適切な治療に結びつけるための精神疾患早期発見・早期対応推進事業、それと、地域における精神科病院と診療所、または、精神科と一般診療科の連携強化を図るための精神科医療地域連携事業を実施してまいりました。

地域連携事業につきましては、25年度は4圏域で実施しまして、26年度は6圏

域に拡大し、今年度はさらに3圏域加えて9圏域で実施してまいります。

次に、目標2、精神科救急医療提供体制の安定的な確保についてでございますが、できる限り地域で患者を受け入れられるように、一般救急医療機関と精神科医療機関の連携を強化するため、地域精神科身体合併症救急連携モデル事業を実施しております。

こちらは25年度に北多摩北部、北多摩南部の2圏域でスタートしまして、26年度は区西北部を加えた3圏域で実施しております。

精神科の医療資源については地域偏在が非常に大きいことから、精神科病院がほとんどない圏域も存在しております。そのため本事業では、モデル実施の検討の中で、隣接する複数の圏域を一つのブロックとして実施していくこととしました。

今年度については、先ほどお話した北多摩北部、南部に西部を加えた、北多摩地域を一つのブロックとして実施しております。

次に、13ページの目標3、地域生活支援の取組の推進についてです。こちらは、まず主に長期入院患者を対象とした、地域移行・地域定着支援を円滑に進めるために、精神障害者地域移行体制整備支援事業を実施しております。実績についてはこちらに記載のとおりです。

また、入院後1年以内の患者の早期退院を図るために、精神科病院の内外の調整や連携を強化するために、精神保健福祉士配置促進事業を実施しております。26年度は本事業の要件であります研修を実施しまして、46病院に参加いただいております。

続いて、14ページから個別課題になりますが、こちらのほうについては記載されている内容をごらんいただきたいと思っております。

飛びまして、16ページの下段の評価指標でございますが、早期発見・早期対応の推進、精神科医療地域連携体制の構築、それから、精神身体合併症救急医療体制の整備につきましては、先ほどのご説明のとおりで、ここに記載されているとおりでございます。

下二つのうち、1年未満入院者の平均退院率については計画時実績76%に対して、25年度実績が75%、それから、1年以上入院者の退院率が当初27.5%でスタートしたところ、25年度では25.2%ということで、若干下がってしまっているんですけども、これは地域移行への取り組みを進めていく中で、さらに取り組んでいきたいと考えております。

○橋本座長 では引き続き、認知症の強化ですね。

○坂田在宅支援課長 それでは、認知症の強化につきまして、17ページをごらんいただきたいと思っております。高齢社会対策部在宅支援課長の坂田のほうでご説明を差し上げたいと思っております。

まず、目標の1、地域連携の推進と専門医療の提供を図るところでございますけれども、これまでの取組状況というところで、1、認知症疾患医療センターの整備でございますが、平成24年度に二次保健医療圏ごとに1カ所ずつ、認知症疾患医療センターを指定いたしました。

各認知症疾患医療センターにおきまして、専門医療相談、鑑別診断、身体合併症と行動・心理症状への対応、地域連携の推進、人材育成等の取り組みを実施してきたと

ころでございます。

また、各センターの取組状況につきましては、情報交換会等を定期的に開催して、情報交換ができるような取り組みを実施しているところでございます。

今後の予定でございますけれども、これまで指定をしてきた12の疾患医療センターにつきましては、「地域拠点型認知症疾患医療センター」に移行させまして、そのほかに島しょ地域を除く全区市町村に、認知症疾患の関係の地域連携型センターというのを公募して選考指定をするということで、今年度実施をしているところでございます。既に、9月1日に新たに29カ所を追加いたしまして、現在は拠点型連携型合わせて41カ所で運営を行っているところでございます。

続きまして、これまでの取組状況のところの2の地域連携の推進でございます。

認知症疾患医療センターにおきましては、地域の医療機関、地域包括支援センター、区市町村等々を集める協議会を開催しているところでございます。その中で地域連携の推進に向けた検討を実施しており、今後とも引き続き実施をしていく予定でございます。

3つ目の丸のところでございますけれども、認知症早期発見・早期診断事業において、認知症のコーディネーターを配置しており、今年度も拡大をして実施をしているところでございます。

おめくりをいただきまして、18ページをごらんいただきたいと思います。

目標の2、認知症の早期発見・診断・対応を可能とする取組を推進するということで、普及啓発というところがございますけれども、これまでの取組状況のところの二つ目の丸でございますけれども、自分でできる認知症の気づき、チェックリストというものを作成いたしまして、そのチェックリストを盛り込みました認知症の普及啓発用のパンフレット、「知って安心認知症」というものを作成いたしまして、区市町村と連携をして普及啓発をしているところでございます。

また、昨年10月には、全戸配布ができるように新聞折り込み広告として、このチェックリストを記載したリーフレットをつくりまして、広報を実施したところがございます。こちらにつきましても、引き続き区市町村と連携して、普及啓発を図っていきたいと考えてございます。

続きまして、目標の3、専門医療や介護、地域連携を支える人材を育成するところがございます。

こちらにつきましては、これまでの取組状況のところがございますように、平成25年度より、東京都健康長寿医療センターに委託をいたしまして、医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議を開催したところがございます。

その中でワーキンググループを設置いたしまして、看護師だとか、多職種協働のカリキュラムやテキストを検討し、評価・研修を行ってきたところがございます。そうしたことを踏まえまして、看護師の研修だとか、多職種協働の研修を実施したところがございます。

今後の予定でございますけれども、今年度、東京都健康長寿医療センターに認知症支援推進センターを設置をいたしまして、認知症ケアに従事する医療・介護専門職及び区市町村で認知症施策に携わる人材等を育成するためのセンターということを設置

をいたしまして、取り組みを強化しているところでございます。

また、その下に行きまして、認知症疾患医療センターにおきまして、先ほど申し上げたように、看護師だとか多職種協働の研修を実施しているところでございますが、今年度よりかかりつけ医の研修も実施をしていく予定となっております。

続きまして、おめくりをいただきまして、次のページ、ちょっとおめくりをいただきまして、20ページのほうをごらんいただきたいと思っております。

目標の4、地域で生活・家族の支援を強化するといったところでございます。

これまでの取組状況の一つ目でございますけれども、東京都におきましては、若年性の認知症の総合センターというものを設置いたしまして、相談を実施しているところでございます。

今後の予定でございますけれども、こちらのセンターで引き続き相談を実施するとともに、区市町村による若年性認知症の人の居場所づくりだとか、家族への支援もしている取り組みを行っているところでございます。

続きまして、評価の指標でございますけれども、認知症疾患医療センターの指定数でございますが、先ほど申し上げましたように、昨年度までは12カ所といったところでございますけれども、今年度以降は、全区市町村に設置をするということで進めさせていただいているところでございます。

また、研修につきましても全センターで実施をするということで、今年度の計画を進めているところでございます。

そのほか、参考資料のほうで、参考資料の2の①、②というところで、東京都の高齢者保健福祉計画というのを添付させていただいているところでございますが、こちらについての説明は割愛をさせていただきたいと思っております。

そのほか、事前に質問がございますので、それについて回答させていただきたいと思っております。

参考資料の2のご質問につきましては、所管がまたがりますので、私のほうからまとめてご報告を差し上げたいと思っております。

1点目といたしまして、介護サービス基盤の整備に関してということで、複数の区市町村が共同で特別養護老人ホームを利用できる仕組みの構築について、近隣自治体の現状を見ると、入所待機者の解消が進まない事情を抱え、さらに、介護需要が増加する状況を考えた場合、果たして共同利用が可能でしょうかというご質問をいただきました。こちらのほうは所管が違いますけれども、回答させていただきたいと思っております。

都は、特別養護老人ホームの整備を進めるため、施設整備費や土地賃借料の負担軽減など、さまざまな施策を講じております。複数の区市町村が共同で利用できる特別養護老人ホームの整備は、そのような多様な施策の1つとして整備を進めているところでございます。

続きまして、2つ目のご質問ということで、先ごろ国の報告でも、2025年までに38万人の介護人材が不足するとの推計が示されましたが、絶対数の確保や定着が困難な状況において、都として2025年までに10万人増やす見通しはどうかというご質問をいただいております。こちら所管が異なりますけれども、回答

させていただきたいと思います。

都においては、これまで介護人材を確保するため、将来の介護ニーズの増加を見据え、介護人材の確保・定着、再就労に向けたさまざまな取り組みを行ってまいりました。

今年度から国の介護キャリア段位制度を活用し、職員のキャリアアップに取り組む事業者を支援する都独自の補助制度を創設するほか、紹介、予定、派遣を通じた介護人材の確保など、新たな取り組みを実施しております。

また、求人情報を効果的に発信するため、離職者等の人材情報を一元的に管理する人材バンクシステムの構築に向けた検討を開始しているところでございます。

今後とも将来を見据えた介護人材の確保、定着、再就業に向けた取り組みを積極的に進めてまいります。

続きまして、参考資料について、もう1問質問がございます。

介護予防の推進と支え合う地域づくりに関してということで、多くの自治体が2019年ごろまでに設置を計画しているようですが、要介護者の日常生活を支える生活支援コーディネーターの育成状況、今後の見通し等についてというご質問をいただいております。

平成27年4月の介護保険制度改正では、生活支援、介護予防サービスの提供体制を構築していくため、各区市町村において平成30年4月までに、生活支援コーディネーターを第1層として区市町村区域、第2層として中学校区域に配置することとしております。

本年6月にコーディネーターの配置予定時期を調査いたしましたところ、平成27年度中に配置するのは、62区市町村のうち第1層で26区市町、第2層で4区市でございます。実施未定としている自治体が多く、第1層で20区市町村、第2層で32区市町村でございます。

東京都は、区市町村において生活支援コーディネーターを適切に配置できるよう、今年度から養成研修事業を実施していることとしております。

参考資料についてのご質問は以上でございます。

もう1点、認知症に関係の進捗状況についてご質問をいただいております。

認知症の関係で、予備軍も含め全国で800万人とも言われる認知症対策、地域での見守り、支え合う地域づくりの重要性が指摘される中、各自治体とも講座を開くなど、サポーターの育成に努めているが、数はふえても実際にはサポーターの機能を果たしていないケースが多く、実効性の上がる取り組みを検討する必要があるというご質問・ご意見をいただいたところでございます。

こちらに関しましては、認知症のサポーターは何か特別なことをする人ではなく、認知症について正しい知識を持ち、認知症の人や家族を温かく見守る応援者のこととございます。

しかしながら、地域で役割を担い活躍をすることを希望している認知症サポーターに対しては、多くの区市町村が認知症の家族会の運営支援や、高齢者への声かけ、見守りなどのボランティア活動に従事できるよう、フォローアップ講座を開催しているところでございます。

また、講座の中には、特別養護老人ホームや認知症のグループホームの見学会や、体験学習も取り入れて、認知症高齢者との接し方など、現場で学ぶ機会を設けている区市町村もごさいます。東京都は、こうしたフォローアップの取り組みなどを行っている区市町村を支援しているところをごさいます。

長くなりましたが、私の説明は以上でございませう。

○橋本座長 ありがとうございます。今、5疾病の取り組みと、そのほかプラスのところがありましたけれども、ご説明がありました。ご意見とか、ご質問とかお願いしたいと思ひます。進捗状況の説明をいただいたという前提であります。よろしいでしょうか。

まだ、かなり膨大な事業がこの中に乗っかっているんだなという実感はあって、かなり精力的な展開があるのかなと僕は思ひました。もっと細かいところを見ていくと、いろんなご意見があるかと思ひます。いかがでしょうか。

○河原委員 私も策定部会の部会長なので責任あるんですけども、あるいは、この委員会自体も責任あると思ひますが、今、みんなB評価ですよ。この事業のプロセス評価をしているわけですが、つまり、達成可能なのがほとんどなんですよ。目標というか、取組に挙がっているのが。

それともう一つ、違和感を感じるのは、計画を策定したところが、進捗を報告を受けて評価する、策定者と評価者が同じというのはおかしいような感じがするわけですよ。

だから、次期の医療計画、平成30年からの医療計画は、ぜひ、そういうあたり、評価に関しては我々自体、委員会のメンバー自体が評価されることも必要だと思ひますよ。本当にきちっと議論してきたかとか、目標を設定したのは合理的かということが問われるべきですので、評価の仕組みにはもっと客観性を持っていただく必要があるかと思ひます。

それから、個別に申し上げると、例えば8ページの脳卒中医療の取組、本当は評価指標、これが例えば医療計画5年間の最終的な評価の項目になると思ひますが、例えば、年齢調整死亡率、これは医療が、医療技術というか、医療が進歩すれば、今でも当然下がってくるので、医療計画が影響するかどうかというのはちょっとわからないんですが、例えば、これが本当は脳卒中の医療を見るときしたら、高障害を有する人を減少させるとか、そういう指標も必要になってくると思ひますね。

それから、例えば、あと20ページ、精神疾患。認知症医療センターの数、これはどこの都道府県でも認知症疾患医療センターの整備というのを挙げるんですが、医療計画で。認知症疾患医療センターというのは、相談機能と研修機能が主です。精神神経研究センターの630調査というのがありますが、それで見ると、東京都の単位人口当たりの認知症病床の数というのはワースト10に入っているんですよ。

だから、本当は認知症を患った人の受け入れ態勢、医療・福祉領域の受け入れ態勢の整備というのが本当の目標ではないかなと思ひます。

評価指標に関しては26年まで出ていますよね。評価指標をよしとして、次が中間年の27年度、本年度の状況が数字として出てくると思ひますが、次回は、来年度は実績が悪いところは、多分、今後の予定を見直さないといけないと思ひますよ。それが事業計画の変更になると思ひますね。

だから、評価指標、27年度は中間年ですから、それがいいのはそのまま続けていい

と思うんですが、悪いところは、ぜひ来年度の今ぐらいの時期に、今後の予定、28年度、29年度の計画の実行に向けて、今後の予定の内容を検討する必要があると思います。

以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。3点あったように思います。

評価ということのある種の客観性を担保するために、もうちょっと仕組みを考えた方がいいのではないかとということだろうと思います。

それから、指標の適切性というのは、いつも付きまとう問題ですけれども、それももう一回、見直したほうがいいかもしれないと。

それから、これは事業推進に対してだけれども、今お話ししていただいて、ただ、余りよくできていない、進んでいないところは、計画の見直しが必要だと判断されるだろうとか、そうしたら、そこをきちっとやりましょうというお話だったと思います。事務局から何かお答えありますか。

○宮澤地域医療構想担当課長 ありがとうございます。評価に関してでございますけれども、今現在は、各所管が中心となって評価をしております。それは事業がどこまで進んでいるのか、詳細についてきちんと状況が把握できているところで評価するのがいいのではないかとこの考え方のもとで、こうした手法をとっております。

先生からのお話もございましたので、今後の予定の部分についても、次回以降のところ、少しお話しいただきましたので、考えさせていただきたいと思います。

○橋本座長 頑張っている話なんですけど、難しいところですよ。福祉なんかだと、県がある種、計画を立てたときに、基礎自治体がいろんなサービスをそれを受けてやるので、県の事業を自治体が評価をするという手法を考えたりもするんですけれども、ここは難しいかなと思います。

それから、もう一つ、今のやり方のメリットもあると思うんですね。担当事業局がやるということは、自分たちの作業というか、事業の進め方をしっかり、じっくり見るチャンスだと思うんです。だから、やっている人たちは一番よくわかるというのがあって、ただ、そこを前提に評価をするのはどうかという議論はあり得ると思います。だから、そういうふうに客観性を持たせる、評価するのはある意味ではないかとは思いますが、客観性を持たせる工夫は、何かあってもいいかもしれないですね。

それで、部局全体でこの評価について、これBだけど、本当はCじゃないとかという話はあるんですか。

この行政が進めてやっていく計画で、いつもできることしかやらないよねという言い方ですよ。ある程度、見通しがつくことを目標として掲げてやるという。だから、できないかもしれないけどトライするというのは、どこかで必要かもしれないですよ。ある程度、皆さん頭がいい人ばかりだから、事業の進め方とか、そういうのが見えているんですよ。そこはあるなと思いながら聞きました。だから、それよりいいものがあるかどうかというのは、そういう意味ではちょっと難しいですよ。

○竹川委員 病院の立場からなんですけれども、医療計画に関しては、現在の二次医療圏にとらわれずに柔軟に行われていくべきだろうということは、今までもずっと言われていましたけれども、例えば、脳卒中医療の取組の6ページになります。

これまでの取組状況のところの白丸の上から3番目の、各二次保健医療圏に地域リハビリステーション支援センターを指定しというふうにあります。二次医療圏でも、それぞれ80万人のところもあれば、140万近く人口もいるところもあって、1カ所に一つではなくて、人口に対応して数も見えていくことが必要であろうということと、今回、構想区域を決めるに当たって、事業推進区域と病床整備区域ということで、分けて考えていくというのは、これはすばらしいと思うんです。

ランドデザインで少しつなげて戻らせていただくと、四つの基本目標のⅡの例示の白丸の交通網の発達、高度医療の集積、中小病院数の多さ、昼間人口の流入など、都の特性を十分反映というところで、中小病院数の多さというところなんです。今後、本当にこの中小病院が残っているかどうかというところというのもあると思ひまして、数で中小病院というのが、中小病院というか、病床数が東京都は8,000床近く足りないというのがデータで出ましたけれども、このデータとかを見るときも、高度急性期75%、急性期78%、それで、回復期92%という病床利用率で見ていると思うんです。

ただ、例えば地域、これから高齢社会になるに当たって、地域の中小病院というのは、ほぼ100%で回しているような状況が続いておりますので、実際に8,000床も足りなくなるのかどうかというところも気をつけて考えていかなければいけないということと、あと、病院が都内に足りなくなると、いろんなところから新しく病院が進出してつくられてくるというところもあるので、そういったところも、今までやっている中小病院、こういったものの機能とかもきちっと見ながら、それから、数も見ながら、その中でそういったものを認めていくかどうかということも考えていかなければいけないと考えています。

それと、あと精神のところなんですけれども、今回の病床整備に当たって、精神病床が数に入っていないので、このあたり現実を見ますと、その精神病院に認知症の方も随分多く入られているという情報がありますので、そういったところも実際縦割りではなくて、広い視野で見えていかなければいけないのかなと考えております。

○橋本座長 ありがとうございます。全般にかかわるお話だったと思います。

○尾崎委員 前も5疾病について、各二次医療圏といいますか、進捗状況が出てきているわけですが、全部Bというのは僕もよくわからないんですが、ただ、現場でいろいろ見ていると、例えば心臓の心筋梗塞とかは、実際にCCUネットワークというのが動いていて、それでうまくいっているようなところもあるし、必ずしも、みんな二次医療圏でなかなかうまくいっているかなというところと、そうではない気がします。

それから、例えば糖尿病のことだけ言いますけれども、ここに登録医の機関数がどんどんふえているということがあって、これは確かにいいことかもしれませんが、でも実際に、病院の先生と診療所の先生、それから、眼科、歯科の先生が連携すれば、もちろん網膜症がどうか、歯周病がどうか、そういう診断としてはわかるわけですね。それから、腎症が進んでいったら、どこで透析に持っていくか、これもわかるわけですが、本当にこうした透析の新規導入とかを減らすためには、糖尿病のコントロールをよくしなくちゃいけないわけですよ。

現在、いろんな薬が出てきて、インシュリンも大分進歩しましたが、そこだけのテ

クニック、どういうときにはどういう薬を出しなさいというの、かなりできてきているんですが、糖尿病の場合はそこだけではどうしてもコントロールがうまくいかないんですね。

例えば、高血圧の場合だと今は薬がいいので、減塩しなくても、運動しなくても血圧下がるんですよ。それから、コレステロールが高い人もスタチンというのを飲むと大体下がっちゃうんです。そうすると、食事療法とか運動療法ほとんどなくても行っちゃうんですけども、糖尿病に関しては残念ながら、食事、運動がきちっとできていないと必ずコントロールが悪くなるんです。

そういったものをきちっとやっていくためには、二次医療圏の中で病院と診療所、あるいは、非専門医と専門医がくっつくだけじゃだめで、地域包括ケアみたいなもっと狭い領域で、その例えば栄養士さんとか、それから、理学療法をやる方とか、そういう人が一緒になって、地域の人たちの食事とか運動にかかわって、地道にやっていくことを、これからやっていかないと、私はこれ以上は糖尿病のコントロールってあんまりよくならないと思うんです。

そういう意味で、発想の転換でせつかく地域包括ケアシステムをやるわけですから、糖尿病の治療というのは、もっとそちらのほうにシフトしていくとか、そういう小さな地域で住民を巻き込んでやっていく、そこに例えば、フレイルですとか、それから、そういった今問題になっているロコモとか、いうものも入れながらやっていく、そういう形にすると、もっと私は糖尿病のコントロール全体がよくなって、本当にこういう目標に向かって透析に導入されるのが少なくなるとか、そういうことが実現するよな気がするんですね。

ですから、そういった意味でも、二次医療圏にこだわらない形で、今後、検討をしていただきたいというのが、私ども医師会の思いでございます。

○新倉地域医療担当課長 ありがとうございます。委員おっしゃるとおり、糖尿病の地域連携、これは必ずしも二次医療圏単位というよりか、もっとさらに狭い地域のところでのまた連携というのも重要でございます。

現在の保健医療計画の中でも、患者さんを中心にこの登録医療機関、さらには、薬局薬剤師、管理栄養士、理学療法士、臨床検査技師、看護師を含めて、多職種でかわりながら登録医療機関とともに支えていくというような考えを示してございますので、それをさらに地域レベルで取り組みを進めてまいりたいと考えております。

○橋本座長 よろしいですか。ありがとうございます。

これはかなり大きな、今も大きいと思いますけど、もっと大きな問題、地域展開の問題が、地域の中でのチーム医療みたいな話だと思いますけども、ぜひ議論していただければと思います。

ほかいかがでしょうか。どうぞ。

○西川委員 今の糖尿病のお話に関連するんですが、治療もそうですし、それから、予防や早期受診も大変大切だと思うので、私たちの患者の生活に密着している、例えば地域の保健所ですとか、保健センターをもっと巻き込んで、その啓発・啓蒙もそうですけれども、例えばチラシを配るとか、講演会をしますとか、そういうことだけではなくて、もっと、アクティブにそういう患者を救い上げて、拾い上げて、どこかにつなげていくよ

うな、そういうまとまった連携プレイをぜひお願いしたいと思います。

○橋本座長 今のような話で、形が見えているものってありますか。

○山下健康推進課長 予防のお話ですので、保健政策部健康推進課の山下より若干説明させていただきます。

委員ご指摘の通り、予防は非常に大切ですので、一次予防としての糖尿病にならないためのさまざまな取組の普及啓発と同時に、健診をしっかりと受けていただいて、治療を必要とされる方を医療につなげる二次予防について、医療機関だけではなく、保健センター等の行政の取り組みが住民にしっかりと届くようにしていくことが大切と考えております。

糖尿病予防につきましては、東京都としても普及啓発のリーフレット等を作成しお配りするなど取り組みはしているところでございますが、住民に浸透するようにしていきたいと考えております。ご意見どうもありがとうございます。

○橋本座長 ありがとうございます。これは知られていることですが、企業の場合には健保組合が検診をして、さまざまな、メタボという言葉に代表されますけれども、そういう危険性がある人については、かなり積極的な介入をやるということをしていますよね。

それをやらなければ、健保組合にある種のペナルティーを課せられるというところまで来ています。

国保は国保で同じように動いているんですよね。

○加島委員 国保も昨年からKDBという国保データベースシステムができて、特定健診、特定保健指導もデータが入ってきまして、先ほど言われた糖尿病なんかの場合ですと、糖尿病になって2回目で重症化するケース、それで病院にかからないで重症化するケースが多いということで、それぞれの市町村の国保保険者のほうが、重点的にこの人は将来危ないから早目に検診をうけさせようとするとか、そういうことでピンポイントで電話をかけたり、検診の慫慂ですとか、病院を勧めたりとかということは、それぞれの保険者でようやく進んできたところです。

先ほど座長言われたように、健保組合のほうはかなり進んで動いていますけれども、国保もようやく動き始めてきているという今の状況です。

○橋本座長 ありがとうございます。少しずつ動いているけれども、住民の側から言うと、積極的な介入だとかもまだまだかなと。ただ、ヘモグロビンA1Cという言葉自体を住民が普通に使うようになってきましたよね。これはすごいなと思います。

○当真委員 今出たヘモグロビンA1Cということで、予防の観点から今は生活の身近なところで、それだけをチェックできる、たしかシステムができています。

例えば薬局なんかで片隅に置いて、それをチェックするだけで、自分の血糖値の状態がわかるというような、普及しているかどうかわかりませんが、そういう生活の身近なところでチェックできるということもありますので、その辺のことも検討するといいかと思います。

各市町村とも、いろいろ健康づくりイベントとか、いろんなものをやっていますので、その中で取り組めたら、取り組んでいくことも可能かと考えます。

○橋本座長 ありがとうございます。医療費の観点から見て、アメリカのデータ分析な

んですが、要するに、この手の慢性期の病気の重症化を予防することは、一番医療費を高騰させない大きなやり方である。リリースマネジメントという議論の中で出てきているんですが、それもアメリカは保険会社が仕切っている医療制度ですから、それをやっていくようなことが進んでいるみたいですね。

日本でも多分、実際のメタボ健診のようなものが出てくるときの、ある種の根底の議論にあったように思います。田中先生がいれば、もうちょっと詳しくお話しいただけるだろうと思います。

○山本委員 先ほどの尾崎先生の意見に大変賛成なんでございますけども、例えば歯周病の観点から言いますと、今現在行われている歯周病の健診というのが、昔の老人保健法を引きずっているものですから、どうしても40歳以降というものを視点にしているんですね。その時点になると、ほとんどの方が歯周病は中等度から重症度になってくるというようなことですので、できれば若い年代、特に18歳で高校を出ると、そこから40歳まで歯科の場合は健診のシステムが全くないので、その辺に対する施策みたいなものをつくっていただけると、我々としては大変ありがたいし、日常、臨床で診ていまして、糖尿病じゃないかなと感じる場合が多くて患者さんに聞くと、いや、そんなことはありません、私は元気ですと言って、それから何年かしてくと、やっぱり糖尿病になっていましたと言われることがかなり多いので、その辺の健診のシステムをもう少し具体化していただけるとありがたいと思っています。

○橋本座長 どうぞ。

○永田委員 先ほどのA1Cの簡易測定の件でございますが、薬局で簡易測定の装置を設置するというのは認められているわけでございますが、最初は足立区から始まっておりますけれども、実際に全ての薬局が置いているわけでもございませんし、薬剤師会として、それを推進していこうというわけではないということをご理解をいただいて、結果として測定をされた、来局をされた方々が、いかに数値を見て受診をするという、動機づけという位置づけにあるんだということを、ぜひご理解をいただければと思います。

○橋本座長 そのとおりだと思います。

時間がシビアになってきたかなと思いました。それでは、先に進めさせていただきます。よろしいでしょうか。

それでは、続きまして、5事業、在宅医療の取り組みについてご説明いただきます。

まず、救急医療の取組についてご説明をお願いします。

○八木救急災害医療課長 救急災害医療課長、八木でございます。21ページごらんください。

目標の1でございますが、救急医療体制を再構築するとなっております。

具体的な取組の要旨をごらんいただきまして、高齢化や核家族化など、社会構造の変化に対応するため、救急医療対策協議会において、「休日・全夜間診療事業」等の効果検証をし、見直しを検討するということ。

また、2つ目の丸ですが、救急医療の東京ルールにおきまして、搬送先選定困難患者の受け入れについて中心的な役割を担っております地域救急医療センターへの一層の参画、また、センターを中心とした連携体制を促進することと記載してございます。

これまでの取組でございますが、入院が必要となる中等症の患者を受ける病床を確保

するための、東京都独自で実施しております「休日・全夜間診療事業」につきましては、平成27年の1月、見直しをしまして新たな制度に移行しております。

具体的な内容としまして、2つ目の丸でございます。救急搬送の受入実績の評価、また、医療連携体制や医療機能の充実強化、こういったものを促進する内容と見直したところでございます。

さらに、地域救急医療センターにつきましては、平成23年75病院だったものが、平成26年には85病院まで拡充し、地域の状況に応じて固定制、または当番制で、圏域内での搬送調整を行っているところでございます。

26年度新たに開始した事業としまして、それから、上から6つ目の丸になりますけれども、開放性骨折の患者を受け入れた医療機関で継続的な治療が困難な場合には、指定病院での受け入れを支援するという事業を新たに開始したところでございます。

また、医療機関の整備だけではなく、このブロックの下から2つでございますけれども、救急専門医の養成事業、また、各医療機関におきます勤務医師の確保事業と医師確保、育成についても取り組みを進めているところでございます。

1枚めくっていただきまして、目標の2、救急車の適正利用でございます。こちらの具体的な取り組みとしましては、かかりつけ医や高齢者施設との連携や情報共有のあり方について検討し、円滑な搬送体制を構築すること。

また、こちらも東京消防庁、医師会、地域の先生方の多大な協力をいただいて運営しております救急相談センターの相談機関の普及啓発、こういったものを進めるとしております。

これまでの取組でございますが、高齢者の搬送体制の構築につきましては、1つ目の丸でございます。葛飾区、町田市、八王子市におきまして、自治体、医師会、関係機関との協議会を設置し、患者情報の共有化、また、病態急変時の受入医療機関の確保を、病院救急車等を使った搬送体制の構築をしているところでございます。

また、このブロックの一番下、3つ目の丸ですけれども、救急相談センター#7119の実績ですが、平成26年は受付件数が33万件となっております。

また、目標の3、救急搬送時間の短縮を図るということで、これまでお話ししました「休日・全夜間診療事業」の見直し等を再掲してございますが、ここの3つ目の丸になります。

救急隊からの養成につきましては、各病院で受け入れの可否を3分以内に回答するという収容連絡時間3分ルールにつきましては、こちらも医師会、東京消防庁、福祉保健局の三者連名で、各医療機関に協力を依頼する通知文を送付したところでございます。

評価指標でございますが、先ほどお話ししました目標3に掲げております救急搬送時間ですが、平成25年の53分から、平成26年は50.1分と救急搬送件数が増加する中、救急搬送時間は短縮をしているという状況となっております。

以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

それでは、次に、災害医療の取組について説明をお願いします。

○瀧澤災害医療担当課長 災害医療担当課長の瀧澤でございます。説明させていただきます。

ページ、23ページからとなります。目標1、災害医療コーディネーターを中心に情報連絡体制を強化するという内容でございます。東京都の災害医療体制については、ご承知のとおり、区市町村レベル、そして、二次保健医療計画のレベル、そして、東京都のレベルという三層構造でございますけれども、東京都並びに二次保健医療圏における災害医療コーディネーターの任用は、既に終了し、既に活動を開始しております。

また、区市町村で指定していただく災害医療コーディネーターの任用も進んでおります。

その中、情報連絡体制については、二次保健医療体制の図上訓練を推進し、体制の検証を進めているところです。

さらに、また情報連絡体制の確保という実質的な手段の確保ということについては、EMIS、広域災害医療情報システムの運用範囲を区市町村にも広げるとともに、コーディネーターに対する衛星電話の整備、そして、災害拠点連携病院への衛星電話の整備等々、複数の連絡手段の確保を進めているところでございます。

今後も区市町村に対して、災害医療コーディネーターの設置の働きかけを行うとともに、体制強化に向けた訓練というものを進めていくという予定でございます。

目標の2でございます。医療機関の受入体制や搬送方法など、医療救護活動を確保するといううちの1番、医療救護活動の確保というところでございます。

これまで二次保健医療圏を単位とした連携を強化し、さらに地域の実情を踏まえるため、図上訓練並びに地域災害医療連携会議を開催し、医療普及活動の運用について検討・確保並びに検証をしてまいりました。

なお、今後としては、今まで行っているとおりの、地域災害医療連携会議や図上訓練を継続実施して、地域の連携体制強化と実践的な運用を検討していきたいと考えております。

また、この実践的な運用を行うに当たっては、区市町村の役割や都外から医療チームの詳細の部分を示すガイドラインの作成ということが必要であり、これを取り組みとして示しているところでございます。

本年中に、間もなくもう公表、周知を行うところでございますけれども、これを公表の上、各区市町村並びに東京都全域に周知をしていく予定でございます。

なお、このガイドラインについては、周知後についても適宜見直しを行い、検証を行って、周知を訓練等で行って、検証を行っていく予定でございます。

次ページになります。2、医療機関の受入体制確保でございます。

災害時も医療機関が診療機能を継続して、さらに、医療機関の役割分担に基づき、それぞれの機能を十分に発揮させるということが災害時には必要でございます。

さらに、災害拠点病院の整備を推進するというのも具体的な取組としているところでございます。

これまで医療機関に対してBCP策定の働きかけや、ライフラインの確保などの財政支援を行ってまいりましたところでございます。

さらに、災害時における医療機関の役割分担を明確にした上で周知を進めて、図上訓練を推進することで、区市町村を含む医療機関との連携強化というものを図ってきたところでございます。

今後でございますけれども、今後もBCP策定などに関する支援を行うとともに、先ほどありました地域の連携会議や訓練を通じて、受入体制の確保を進めてまいるところでございます。

なお、現在、災害拠点病院は現在80病院を指定し、今後も東京都の災害時における被害想定を精査し、追加していくという予定であります。

3番でございます。搬送体制の確保というところになります。

これまで、総合防災訓練にて、民間救急車を活用した傷病者の搬送訓練などにおいて、搬送手段の確保というものについても検証を行っているところでございます。

さらに、陸路による、つまり車を使用した搬送だけではなく、被災地外に傷病者を搬送するため、東京国際空港や立川基地などを搬送の拠点とし、これをSCUと言いますけれども、そこに被災地外へ傷病者を搬送するというための資機材の整備等々を今進めているところでございます。

今後も東京直下地震を想定した訓練を通じて、関係機関との連携・調整を含めて、搬送体制の確保をとということを今後も進めてまいりたいと考えております。

目標の3となります。東京DMAT体制の強化となります。

大規模地震や都市型災害、さらにNBC災害に対応するために、東京DMATの体制強化を進めているところでございます。現在、東京DMATの指定病院25病院でございますけれども、その職員の方々に対して研修や訓練を実施しまして、現在、1,087名に対する隊員を養成、これを継続して確保しているという状況でございます。

さらに、災害のみならず、NBCなどの災害もこれから危惧されているところでございます。そのために教育訓練や資機材の整備を行って、対応訓練を実施して備えているという状況でございます。

今後とも、このような隊員の養成並びに訓練を踏まえて、NBC災害、特殊災害への対応を準備していくところでございます。

目標4でございます。医薬品等の供給体制確保というところでございます。

災害時においても医薬品等が確実に供給されるよう、東京都の薬剤師会の皆様や、医薬品の卸売業者等の皆さんと協定を締結しているところでございます。

なお、これまで災害時の供給体制確保のために、緊急車両として搬送用車両が使えるということを目的に、緊急車両の届け出を行うことや、あとは、協定団体との連携が災害時でもできるように、通信手段の確保ということを行ってまいりました。

これからもこの体制を継続するとともに、おめくりください。ちょっと、4が二つのページにわたりますので。

あと、区市町村という場面というところもございまして、区市町村についても、医薬品を確保するため、区市町村と、あと、卸売業者の協定の締結に関する支援、そして、いろんな各医療機関や薬局に対しても、備蓄ということに対して働きかけを継続している最中でございます。

以上のような目標四つに向けて、今は体制で進捗している状況並びに今後の予定でございます。

なお、評価指標については記載のとおりでございます。

以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

それでは、へき地医療の取組をお願いします。

○八木救急災害医療課長 へき地医療の取組でございます。

目標 1、医療従事者確保支援でございます。

へき地医療対策協議会を設置しておりまして、各町村から医師派遣要請に対しまして、この協議会で医師の派遣計画を作成し、大学病院等の医師を現在 15 名派遣しているところでございます。

続きます、自治医科大学を卒業した義務年限医でございますが、事業実績はごらんのとおりとなっております。

さらに、都独自の制度としまして、地域医療支援ドクター制度というのを実施しております、この制度で平成 26 年度、6 名の医師を町村立病院等へ派遣をしております。

また、各町村が行います医療従事者の確保支援としまして、無料職業紹介事業を実施しておるところでございます。

1 枚おめくりください。平成 21 年度からですが、東京都地域医療医師奨学金を開始しております、こちらに記載してございます 3 病院で定員増を実施しているところでございます。

目標 2、へき地勤務医師等の医療活動の支援でございます。

へき地勤務医師の代替医師の派遣要請につきましては、平成 26 年度の実績で 469 日の派遣を行っておりまして、充足率は 100% となっております。

また、島しょ医療の基幹病院でございます都立の広尾病院のほうに、画像伝送システムを設置しております、各島しょ診療所の医師の診療を支援しているところでございます。実績はごらんのとおりでございます。

ヘリコプターによる救急患者の搬送体制につきましても、実績ごらんのとおりとなっております。

続きまして、目標 3、へき地医療体制の整備でございます。

へき地の診療所、医師住宅の新築等に対する補助、また、医療機器の整備に対する補助を実施しております。

実績は記載のとおりでございます。

今後の予定でございますが、先ほどご説明いたしました遠隔診断の支援のシステムでございますが、こちらは 27 年度中に新たなシステムに更新をし、利便性の高いものにしていきたいと考えております。

説明は以上となります。

○橋本座長 ありがとうございます。

それでは、周産期医療についてお願いします。

○諸星事業推進担当課長 それでは、資料 29 ページ、周産期医療の取組をごらんください。事業推進担当課長の諸星が説明いたします。

周産期医療の取組の施策の目標 1 でございますけども、周産期医療センターの機能強化につきまして、具体的な取組の一つ目の丸でございますけど、NICU の運営や整備への支援を行い、周産期医療センターの機能を強化し、妊婦・新生児の搬送、受入体制を強化することとしております。

また、2つ目の丸にございますように、医療機関の機能分化を進めるため、ミドルリスクの妊婦に対する周産期連携病院の整備を促進することとしております。

中ほどをごらんいただきまして、これまでの取組状況でございます。

NICUの病床整備につきましては、26年度末までに315床が整備されたところでございます。今年度に入りましてから、医療機関の体制等が整いまして、現在NICU病床につきましては321床となっております。

周産期母子医療センターにつきましては、25病院が整備されるとともに、ミドルリスクの対応をするための周産期連携病院11病院を確保しているところでございます。

今後につきましては、NICU病床について、都全域で320床を確保するとともに、周産期医療センターの機能維持強化を図ってまいりたいと考えております。

施策目標の2でございます。周産期搬送体制の整備についてでございます。

具体的な取組としまして、1つ目の丸に、母体救命搬送システム及び周産期搬送コーディネーター制度により搬送先の強化を図ること。

また、二つ目の丸にございますが、近隣県との間で搬送状況の情報共有や、県域を越えて搬送体制づくりを検討することとしております。

これまでの取組でございますが、スーパー総合周産期医療センターを4病院確保してきたところでございます。この4月に杏林大学病院を指定しまして、5病院を確保しております。

また、搬送コーディネーターの配置によりまして、全都を対象とした搬送調整を進めているところでございます。

また、神奈川県、埼玉県とは連携の試行を行っているところでございます。

今後につきましては、引き続き、母体救命搬送システム、搬送コーディネーターの制度の適正化を進めるとともに、神奈川県、埼玉県とは、この実施状況を検証するなどの連携体制を検討してまいりたいと思っております。

目標の3の周産期医療施設間の連携の推進でございます。地域の医療関係等の従事者等で構成する会議を開催することによりまして、搬送ブロックへの搬送基準とか、ルールの共有化を図ることとしております。

これまでの取組としまして、四つの搬送ブロックに、さらには、多摩ブロックについては六つのサブグループを設置しまして、連携会議による症例検討などを行い、連携の充実・強化に努めているところでございます。

今後も引き続き、このネットワークグループを活用しまして、連携の充実・強化に努めてまいります。

ページをおめくりいただきまして、30ページをお開きいただきたいと思います。

目標の4、NICU等入院児の在宅療養等への移行支援についてでございます。

1つ目の丸でございますけれども、NICU入院児支援コーディネーターの配置や、在宅移行支援病床、レスパイト病床の整備の促進等をしております。

2つ目の丸にございますように、在宅生活を支える療育環境の整備を進めることとしております。

これまでの取組でございますけれども、周産期医療センターにおけるNICU入院児支援コーディネーターの配置につきましては、26年度3施設増加しまして、22施設

で配置がされております。

また、在宅移行支援病床と在宅療養児一時受入支援事業につきましては、それぞれに5病院、13病院で実施をしております。

N I C U等入院児在宅移行研修として、医師や看護師、保健師の職種別、また、多職種での合同での研修を実施しているところでございます。

今後も在宅移行支援病床等の整備やN I C U等入院児在宅移行研修の実施により、在宅移行の支援の充実に努めてまいります。

下段になります。評価指標でございます。

2段目の、周産期医療センターにおける搬送受入件数に対する搬送要請件数については、数値を下げるということを目標としております。産科については2.01から1.18、N I C Uにつきましては26年度若干上がりましたけれども、1.12と下がっております。

恐れ入りますけど、参考資料の3をお開きいただきたいと思っております。一番最後の資料でございます。

本年3月に策定いたしました周産期医療体制整備計画の内容をつけさせていただいております。この計画については、22年10月に5年間の計画を作成したものを、N I C Uの整備とか搬送体制の充実などの取り組みを進めてまいりましたけれども、5年が経過したというところに伴いまして、都における出生状況とかN I C Uの増床等を踏まえまして、この3月に27年度から5カ年の計画として策定したものでございます。

今回の改定に当たりまして、右の方に書いてあるとおり、3つの視点と、それを支える視点という形で、周産期医療協議会のもとに部会を設置しまして策定をいたしました。

この計画も踏まえまして、先ほどご説明させていただきました取り組みを推進してまいりたいと思っております。後ほどごらんいただければと思っております。

周産期医療については以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

それでは、小児医療の取組をお願いします。

○諸星事業推進担当課長 引き続き、諸星から、小児医療の取組についてご説明いたします。31ページをごらんいただきたいと思っております。

小児医療の取組についての施策目標1でございます。

小児救急医療体制の確保につきまして、具体的な取組として、1つ目の丸に、小児の初期救急を推進すること、また2つ目の丸として、休日・全夜間診療事業を参画する医療機関の支援を通じて、二次医療救急機関の体制の強化や充実を図ることとしております。

これまでの取組についてでございますけれども、1つ目の丸になります。小児初期につきましては、1自治体の新たな取り組みがございまして、現在は35自治体で実施をいただいております。

また、二次救急医療機関につきましては、休日・全夜間診療事業に参画する医療機関に施設整備の支援を行うことによりまして、現在51施設、80床を確保しているところでございます。

今後につきましても、初期救急、二次救急医療体制の充実等に努めてまいりたいと考

えております。

目標の2、こども救命センターの機能強化についてでございます。

具体的な取組としまして、1つ目の丸でございますけれども、こども救命センターにおける転院・退院に向けた取組の支援を検討すること、また、地域研修会等の実施を通じたこども救命センターの事業を周知することによって、ネットワークの一層の推進など、こども救命センターの機能強化を図ることとしております。

これまでの取組の状況でございますけれども、こども救命センターからの転院・退院につきましては、2カ年にわたりまして転院・退院支援検討部会により検討させていただきました。26年度末に取りまとめ、小児医療協議会のほうに報告させていただいたところでございます。

また、事業の周知につきましては、二次救急医療機関の救急部門とか、小児科標榜の医療機関に、こども救命センターの事業案内を送付するとともに、地域ブロック会議で情報提供するなどの取り組みを行っております。

今後は、こども救命センターからの円滑な転院・退院につながるよう、対策を推進するとともに、引き続き事業の周知にも取り組んでまいりたいと思っております。

目標の3、小児医療の普及啓発は再掲になっておりますので、説明は省略させていただきます。

1枚おめくりいただきまして、32ページとなりますが、目標の4、地域の小児医療体制の確保についてでございます。

1つ目の丸、奨学金制度を活用した医師の小児医療への定着支援につきましては、これまでの取組としまして、東京都の貸与条例に基づきまして、26年度までに193名に貸与を行っております、卒業された医師14名が小児周産期医療に従事している状況でございます。

今後、大学と連携した奨学生への効果的な地域医療研修の実施等を行っていきたいと考えております。

2つ目の丸、病院勤務医師の負担軽減のための環境改善の取り組みとしましては、26年度から医師勤務環境改善事業を都内の全病院に拡大し、36病院が実施しているところでございますけれども、そのうち小児二次救急医療機関や周産期医療センターなどでは、16病院が実施をしておる段階でございます。

さらに、26年の10月からは、医療機関が自主的で計画的な勤務環境改善に取り組める環境を整備するための支援を行うため、医療勤務環境改善支援センターを設置したところでございます。

具体的な取組の3つ目の丸になりますけれども、小児救急医療等に従事する専門研修につきましては、26年度に234名の医師に小児の二次救命研修としてPALS研修を受講していただいたところでございます。

1枚おめくりいただきまして、33ページの中ほどにあります評価指標をごらんいただきたいと思っております。

1段目については、救急専門医療の養成の実績数で記載しております。

2つ目の段の幼児死亡率についてでございますけれども、下げることを目標としておりますが、18.5から13.7に減少をしております。

また、3段目の乳児死亡率につきましては、24年度は少し上昇したところでございますけれども、2.0という形で、同様の数字となっております。

小児医療につきましては、説明は以上になります。

○橋本座長 ありがとうございます。

それでは、次が、在宅療養の取組ですか、お願いします。

○新倉地域医療担当課長 在宅療養の取組について、地域医療担当課長、新倉のほうからご説明させていただきます。昨年度大きな動きのあった取り組みについて中心に説明させていただきます。

この資料にはまずございませんが、国において昨年度一つ大きな動きがございました。医療介護総合確保推進法の成立によりまして、その中の介護保険法に関する部分ですが、在宅医療介護連携推進事業というのが、介護保険法に定める地域支援事業の一つに新たに位置づけられました。これによりまして、平成30年4月には、日本全国全ての区市町村が在宅医療介護連携推進事業に取り組むこととされたわけでございます。従来までは、なかなか区市町村が在宅の取り組みを進めていくための法的な根拠というのはございませんでしたが、これで一つ明確に、区市町村が実施主体となって在宅医療介護の連携に取り組むということが規定されたところでございます。

我々、東京都でも、従来、東京都の単独事業として進めておりましたが、このタイミングで、これまで以上にアクセルをまた一歩深く踏み込んで、区市町村への働きかけを強化してまいりたいと考えております。

それでは、東京都の取り組みの部分でございます。34ページのところ、目標2の部分でございます。在宅療養を支える地域医療体制の充実を図る。

これまでの取組の欄、2つ目の丸をごらんください。小児等在宅医療連携拠点事業に参加ということで、平成25年度、26年度、2カ年にわたりまして国のモデル事業に東京都として手挙げをして、四つの医療機関と協力しながら事業に参加をいたしました。

この2年間のモデル事業の結果も踏まえて、右側、今後の予定でございますが、東京都在宅療養推進会議のもとに、今年度、小児等在宅医療検討部会を設置をいたしまして、今後の施策について具体的な検討を開始したところでございます。来年度までかけまして、詳細に検討を進めてまいりたいと考えております。

1枚おめぐりいただきまして、35ページでございます。これまでの取組の真ん中の欄の上から2つ目の丸、在宅療養推進基盤整備事業（多職種ネットワーク構築事業）でございます。こちらは昨年度、消費税の増税に伴う増収分を財源にした地域医療介護総合確保基金、これを活用した取り組みの一つでございます。

そちらの目的でございますとおり、医療介護の関係者が効果的に情報を共有しながら、連携して在宅療養患者を支える体制を整備すると。これに向けてICTを活用したネットワーク構築の取り組みに対して支援を開始したところでございます。

昨年度、関連する基金の補正予算を組み、27年1月から事業を開始しておりますが、昨年度、事業期間が短かったにもかかわらず、24の地区医師会から手挙げをいただき事業を着手していただいております。今年度につきましては2年目ということで、さらに実施地区を大きく拡大して、現在取り組みを進めていただいております。

ページを1枚、2枚おめくりいただきまして、37ページまで飛びます。37ページの下、目標6でございます。在宅療養に関する情報等について、都民への普及啓発を図るという取り組みでございます。

これまでの取組状況の欄の丸2つ目でございます。在宅療養シンポジウムの開催、シンポジウム自体は、これまで年1回開催をしておりますが、昨年度はテーマを「在宅看取りを考える」ということで、都民も含めてこのシンポジウムの対象として開催をいたしました。

都においては、これまで医療関係者を対象としたシンポジウムだけでしたが、昨年度は初めてテーマに看取りを掲げ、広く都民まで対象に開催をしたところでございます。参加は378名ということで、申し込みはもっとかなり実は多かったんですが、当日は378名ということで、さまざまな立場の人からの話を伺って充実した内容となりました。このシンポジウムについては、今後とも継続して実施をしてまいりたいと考えております。

1枚おめくりいただきまして、最後の38ページでございます。評価指標でございます。四つの項目について掲げておりまして、数値は記載のとおりでございます。

上段の在宅療養支援診療所につきましては、25年度の数字、これは平成26年4月1日、1,532から、1年後の平成27年4月1日では若干機関数が減っておりますが、最近の状況を見ますと、27年8月現在では1,553ということで、またさらに増加ということとなっております。

また、事前に資料を配付した際、当真委員のほうから2点ご質問、在宅の取り組みに関していただいております。この場で回答させていただきますが、まず1点目の質問としては、患者が入院して在宅に戻る際に、かかりつけ医がいない方も一定程度の割合がいるという現状、また経済負担の面から在宅移行がなかなか円滑に進まないのではないかと、そういったような現状に対しての対応についてということが1点ございました。

これにつきまして、東京都では病院における退院支援の取り組みの強化を進めておりまして、入院早期から病院が地域の医療介護関係者との連携を強化し、退院後の生活で必要となるサービスなどについて、あらかじめ本人を含め、関係者間でさまざまな調整を行いながら、病院から在宅への円滑な移行を進めていくことに取り組んでおります。

もう1点ご質問をいただきました。特に小規模な訪問看護ステーションへの支援についてでございます。都におきましては、小規模事業所の人材育成等を支援する教育ステーション事業、また事務職員の雇用の支援、さらには産休等取得時の代替職員の確保支援など、総合的に訪問看護ステーションへの支援を実施しております。

今年度につきましても、この教育ステーション、昨年までの5カ所指定をしておったところから、今年度は9カ所に拡大をして事業の充実を図っております。

説明については以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。ただいま5事業と、それから、在宅療養の取組について、申し訳ありません。時間が逼迫する中で割にはしょってくださったところがあるんだろうというふうに思います。申し訳ございません。ご説明がありました。

これについて、ご意見を伺えればと思います。もう既に時間は数分過ぎていますけれども、ちょっと10分ほど、もしかして要するかもしれません。いかがでしょうか。

事前に當真委員から2つの質問が在宅のところであって、新倉さんからご回答をいただきましたけれども、當真さん、いかがですか、今のご回答で。はい、どうぞ。

○當真委員 今のご回答のとおりですけれども、絶対数が不足している現状、例えば看護師を例にとると、少ない中で果たしてそういうことができているか、近隣のステーションなんかを見てますと、厳しい状態が続いていますし、本当に手厚くそれができていくだろうかという、ちょっと疑問に感じました。

それから、かかりつけ医については、およそ3人に1人がいないという状況の中で、今後、入院当初から退院を見据えた、いろんな調整をしていくわけですがけれども、果たしてその辺がうまくいくだろうかという単純な疑問です。

○橋本座長 ありがとうございます。病院が入院されたときに、既に退院の計画が始まるという病院は実はよくあって、ケースマネジメントを含めてやり始めているところがあると思います。

ただ、資源が思うほどないので、そこで難渋しているというところですね。このあたりをしっかりとやっていくと、これもデータは出ているんですが、病院の在院日数が短縮されて、病床を有効に使うことができるということがありますので、先ほどの議論の大きい一番最初の議論とも関係するところだと思います。ある種の連携ですよ。

それから、2番目の看護ステーションの規模ですよ。僕も小規模が多くてどうかなと思っているんですが、オランダかデンマークだったかわかりませんが、論文があって、訪問看護ステーション、何人ぐらいの事業規模がいいんだという話になると、10人ぐらいがいいっていう。要するに、サービスをうまく提供していくことと、それから、人間の組織ですので、それは円滑に進むという意味では、10人ぐらいのステーションが一番うまくいっているというのは、どうも北欧のエビデンスのようです。

だから、日本も割にそれをやっている会社なんかは10人ぐらい、それよりも大きくなると、ブランチャ化をしてやっていくという言い方もしていますね。

ただ、それはサービスのマネジメントに有効で、今度はその事業体の事業マネジメントからいうと、また違う話が出てくるんだろうなと思います。

小さいと特殊なことができなくて、結局、広範なサービスに合致できないとすれば、それらを緩い連携の中で、もうちょっといろんな機能を持たせてもいいのかなと思うことは時々ありますね。

ほかはいかがでしょう。かなり熱心にされていて、ボリュームがあったようですが、ご意見いただけると。

○西川委員 救急医療に関して一つ質問なんですけれども、救急車の不適切な使用というのがすごく問題になっておまして、有料化するや否やみたいな議論も聞こえてくるんですけれども、これに関しまして、不適切な使用に対する抜本的な対策みたいなものは検討されているのでしょうか。

○八木救急災害医療課長 救急災害医療課長の八木と申します。

救急車につきましては、東京消防庁で実施しておまして、有料化云々とかという議論は、そちらのほうでされることかなとは思いますが、救急車のその適正利

用につきましては、先ほどのこの事業の中でもご説明いたしました、救急車を呼ぶかどうか迷った場合ですね、そういった場合には、#7119のほうに電話をかけていただいて症状を伝えていただく。救急車を呼ぶべきか、または数時間以内に自分の車で行くべきか、翌日まで待たらいいか、そういったアドバイスをするという、そういった事業を進めて、救急車の適正利用を促しているところでございます。

○橋本座長 そういうサポートシステムがあると。これ、昔、何か日野消防署がやっていたように僕は思うんですが、その分析もしたことがあるんですが、そういうところも個別にはあるようですけども、それは#の何とかというのが出てきたということだと思います。

それから、不適切な利用じゃなくて、適切な利用を促進する方法はないですか。おくれるとか、情報がしっかり伝わらないとかというようなことへの対策。

横浜市は、小学生に家のおじいちゃん、おばあちゃんが倒れたら、こういうことをポイントにして、こう電話をかけなさいという教育をしているんですよ。両親が働きに出ていると、日中、こどもしかいなかったり、年寄りしかいなかったりする、そこへの適切な対応の一つの方法かなと思って、ちょっと感心しました。そういうのがあると思います。

ほかはいかがでしょうか。

○河原委員 先ほど取り組みが非常に達成可能なものと申しましたが、ほかの都道府県も同じなんです。むしろ、予算規模が大きい。ですから、東京都の記載内容のほうが多いわけですが、なぜ同じような内容になるかということ、いろいろ都道府県が、東京都さんはまだやっていませんが、インタビューすると、財政課との協議でやっぱり削られてくる。予算を伴う項目がもし原案としてあれば削れと、そういうふうなことで、どうしても当たりさわりのない計画になるのが全国の状況みたいなわけですね。ですから、その限界は私も理解しています。

それから、要望ですが、今後の医療計画、あるいは、冒頭の地域医療構想ですが、地域医療構想も医療計画の一部ですから、厚生労働大臣からいろいろマニュアルとか通知が出ているわけですが、あれは医療法上、あくまでも助言ですよ、都道府県に対する助言ですから、ある意味で拘束力がないわけですので、医療計画を策定するということは、東京都の自治事務ですから、ぜひ今後とも、自由に発想できるような機会を確保していただければ、ありがたいと思います。これは要望です。

○橋本座長 そのようになっていると、僕は思います。

○羽田委員 これからかかりつけ医を持ってくださいということで、かなり大きな事業になっていくとは思いますが、現実問題、80歳でもウォーキング等に参加していただけるような元気な方が多いんですね。そうすると、かかりつけ医がいなくてどうやって見つけたらいいですかということで、実際に、これからはもう老化現象が起こってくることもあって、非常に不安がっていらっしゃる方も多いです。でも、健康なので、どこへ行ったらいいかわからない。

都とか区でも医療機関名簿は出ていますけれども、先生のお顔とか、人柄とかは伝わってこないの、結果的には口コミみたいな形でしかつながっていかないというのが現状です。

ですので、どうやったらかかりつけ医さんを上手に見つけられるかというようなことも、何か一工夫入れていただけるといいかなと思います。

○橋本座長 ありがとうございます。医師会はこの点について、随分昔からいろんな活動やらせていると思いますけど、今のかかりつけ医をどう選ぶかということについてのお考えを、お聞かせいただければと思いますけど。

○尾崎委員 例えば、ネット上に写真を出して、この人はこういう人ですというのは、なかなか難しい評価だと思うんですね。

例えば、ある患者さんにとっては、この先生が非常に気が合うというか、うまくいくというのがありますし、けども、その先生が別の患者さんにとっては合わないというのは結構ありますので、情報として、この方がかかりつけ医としてふさわしいという形は難しいんじゃないかと思いますので、ロコミというか、実際にそこに行ってみて、気の合う人を探してもらおうということが必要なのではないかと思います。

ただし、今度1人1人の地域の診療所のドクターについては、私どもとしては、例えばこれは専門だから診れませんとかという形のは勘弁していただいて、なるべく一生懸命、高齢者の方は複数の疾患を抱えているわけですから、そういった方をしっかりと受け入れて、それで自分のある程度の能力を駆使して、きちんと見ながら、これは私には手に負えないので、ちゃんとしたところを紹介しましょう、専門医を紹介しましょうという形のプロセスを必ず踏んでもらいたいということは、今後、進めていきたいと思っています。

○橋本座長 ありがとうございます。かねてより難しい問題だなと思いますけれども、相性みたいなものがあるということですよ。

それから、医療側としても、グランドデザインのところにはっきり書いていただいていますけれども、4のところ、地域連携を担う総合診療医という言い方が、多分、これから地域の中で活躍する医師のある種の姿の典型だと思います。そこはその流れが出てきているということで期待したいと思います。

ほかはいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、その他事業ですが、こちらについては事前の質問はございませんでした。読んでいただいているということで先ほど申し上げました。これについて何か、きょうの段階でご質問・ご意見があれば、お伺いしたいと思いますけれども、よろしゅうございますか。

それでは、本日、予定されていた内容は終わりました。事務局から何かございますか。

○宮澤地域医療構想担当課長 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、どうもありがとうございます。

本日の資料につきましては、机上にお残しいただければ、事務局から送付をさせていただきます。また、保健医療計画の冊子につきましては、そのままお残しいただきたいと思っています。

また、駐車券をご用意しておりますので、必要があればお申し出いただきたいと思っています。

事務局からは以上でございます。

○尾崎委員 もう少し資料といいますか、要約版じゃないんですけども、ポイントを整理したものと、こういう詳しいものを、両方用意していただいて説明していただいたほうが、早口で全部やってきましたけれども、何が何だかわからない部分もあるので、その辺を、初めて聞かれる方とかは非常に理解しにくいと思うんですね。だから、その辺、もう少し工夫をしていただいて、出席している委員の方が、皆さん、ある程度わかるような形で、事前に何か準備するんでもいいかもしれませんし、その辺を工夫していただければと思います。

○橋本座長 よろしくお願ひします。

それでは、きょうはお忙しいところをお集まりいただきまして、それから、時間が超過して申しわけございませんでした。

これをもちまして終了とさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

(午後 4時19分 閉会)