

第1回

東京都保健医療計画推進協議会

会議録

平成28年6月13日

東京都福祉保健局

(午後 3時00分 開会)

○宮澤地域医療構想担当課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから平成28年度第1回東京都保健医療計画推進協議会を開会いたします。

本日は、委員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中、ご出席くださいますこと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、宮澤が進行役を務めさせていただきます。着座にて失礼いたします。

初めに、委員に変更がございましたので、ご紹介をさせていただきます。

お手元にお配りをしてございます、資料1、東京都保健医療計画推進協議会委員名簿をごらんください。名簿の下、関係行政機関でございます。順にご紹介させていただきます。

東京都市福祉保健主管部長会より、東大和市福祉部長の吉沢委員でございます。

東京都南多摩保健所長の田原委員でございます。

東京消防庁救急部長の松井委員でございます。

また、本日、ご欠席でございますが、西多摩郡町村保健衛生課長会より、檜原村福祉けんこう課長の久保嶋委員、また、島しょ町村民生部会より、八丈町住民課長の奥山委員も新たに委員になられております。

次に、委員の出欠状況でございます。

本日、長瀬委員から、おくれて、参加されるとのご連絡をいただいております。また、田中委員、田嶋委員、渡辺委員、福内委員、久保嶋委員、奥山委員は、欠席とのご連絡をいただいております。

以上で委員の方々のご紹介を終わらせていただきます。

本日は、現在のところ、委員25名のうち18名の委員にご出席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いただいております。よろしく願いいたします。

なお、事務局側でございますが、福祉保健局長は、急な公務によりまして、欠席をさせていただきます。

次に、本日の会議資料についてでございます。

資料1から資料5まで、また、東京都保健医療計画の冊子をお配りしてございます。議事の都度、落丁等ございましたら、事務局にお申しつけください。

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、会議録及び会議に係る資料につきましては、公開となっておりますので、よろしく願いいたします。

また、ご発言の際には、マイク下の赤いボタンの操作をお願いいたします。

それでは、これからの進行を橋本座長をお願いいたします。

○橋本座長 それでは、私が進行をさせていただきます。

本日は、足元の悪い中、お集まりいただきましてありがとうございます。

本日の議事は二つございます。一つは、昨年4月から策定部会において検討が進められてきた地域医療構想についてです。これについては、本年の1月に骨子（案）について説明を受けたところであり、本日は、部会において素案が取りまとめられたということですので、その報告を受けたいと思います。二つ目の議事ですが、改定部会を設置したいと考えております。次期改定に向かって早速、動き出すために、部会を立ち上げたいと考えております。

それでは、1番目の議事であります東京都地域医療構想（案）について、事務局より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、資料に沿ってご説明をさせていただきます。

資料3をごらんください。東京都地域医療構想（案）の概要版でございます。

資料、左上でございます。地域医療構想策定の背景を記載してございます。平成37年に向けて、少子高齢化がさらに進展し、医療需要の増加が予測されていること、これに対応して、効率的で質の高い医療提供体制を確保し続けるために、地域医療構想を策定することとされたというものでございます。

続きまして、第1章でございます。

地域医療構想とはということでございまして、まず、構想がどのようなものであるかを記載してございます。地域医療構想は、都民、行政、医療機関、保険者など、医療・介護・福祉等に関わる全ての人々が協力して、将来にわたって医療提供体制を維持・発展させ、東京の将来の医療の姿として掲げる「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる『東京』」を実現するための方針となるものであることを記載しております。

また、＜記載事項＞でございしますが、医療法で構想に記載することとされている2点、記載しております。

また、その下、＜性格＞でございしますが、この構想は「医療計画」に位置付けるものでございまして、平成30年に改定をいたします次期保健医療計画と一体化するものでございます。

次に、＜策定プロセス＞でございします。策定に当たりましては、策定部会に加えまして、区市町村や保険者協議会との意見交換、さらに「意見聴取の場」を開催いたしまして、地域の声を十分反映できるよう進めてきた旨、記載をしております。

資料、右側でございます。第2章、東京の現状と平成37年（2025年）の姿でございます。

まず、東京の特性といたしまして、①高度医療提供施設の集積から、⑧高齢者単独世帯が多いことの八つの特性を挙げた上で、これらの地域特性や、がん、急性心筋梗塞、脳卒中など、疾患の特徴に応じた患者の受療動向が見られることについて記載をしております。

その下、＜将来推計＞でございしますが、右のグラフが示しますとおり、今後、高齢者

人口の増加によりまして、医療需要の増加が見込まれる中、必要量の推計でございますが、現在の受療動向や流出入が今後も続くとの予測の下に推計をいたしました、平成37年の病床数の必要量等をその下に記載をしております。

さらに、表の下でございますが、必要量の考え方を記載しております。この必要量等は、あくまでも推計値でありまして、将来人口や、現在、国において議論されております療養病床の在り方等によりまして、変化する可能性があります。このため、構想策定後も病床の整備は従来どおり、基準病床数制度により実施をいたしまして、地域に必要な医療の確保を図る旨、記載をしております。

続きまして、2枚目をごらんください。第3章、構想区域でございます。

都における構想区域は、以下の13区域といたしまして、「病床整備区域」と呼称をすること。また、マップの下でございますが、構想区域は、必要な病床の整備、さらに、地域における病床の機能分化及び連携を推進するための単位でありますので、構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を設置し、協議をしていく旨、記載をしております。

二つ下でございます。＜構想区域の状況＞といたしまして、13の構想区域ごとの状況につきまして、①から⑧まで記載をしております。各種データや「意見聴取の場」等でいただいた意見等を踏まえまして、その意見を記載しております。

その下、＜事業推進区域＞でございますが、疾病事業ごとに、患者の受療動向や医療資源の分布状況に応じて「事業推進区域」を柔軟に運用するとともに、高度急性期から在宅医療にいたるまでの連携を強化するため、医療情報の共有化を図る旨、記載をしております。

右へ参りまして、第4章、東京の将来の医療～ランドデザイン～でございます。

第4章は、将来の医療の姿と四つの基本目標を掲げた上で、中段にございます構想に記載をすることとされております＜あるべき医療提供体制の実現に向けた取組＞といたしまして、四つの基本目標の達成に向けた課題と取組の方向性を記載しております。

最後に、第5章でございます。果たすべき役割と東京都保健医療計画の状況でございます。

まず、＜果たすべき役割＞でございますが、構想策定によりまして生じました、行政・医療提供施設・保険者・都民それぞれの役割について記載をしております。

また、＜東京都保健医療計画の取組状況＞でございますが、現行の保健医療計画策定後に新たに開始した取組等につきまして、例にございますが、医療情報共有化の推進でありますとか、外国人患者への対応など、課題と取組について記載をしております。また、課題につきましては、第4章の基本目標に対応する形で記載をしております。

概要についてご説明を差し上げたところでございますが、この東京都地域医療構想は、3点の特徴がございます。まず、1点目でございます。この構想は、全ての人々が皆で協力して進めていくものであること。二つ目が、2025年の医療～ランドデザイン～を掲げたこと。3点目といたしまして、ランドデザインの実現に向けた基本目標に、

地域包括ケアシステムの構築に向けて医療が下支えをしていくという考え方を医療計画において明確にしたこと。この3点でございます。

それでは、資料4、構想（案）の本文につきまして、ポイント部分のご説明をさせていただきます。

5ページをお開きください。5ページは、第1章の中の4、地域医療構想の実現に向けてでございます。まず、地域医療構想を実現するためには、都民、東京都、区市町村など、全ての人が皆で協力していく必要があるといたしまして、このため、都は「地域医療構想調整会議」を設置し、地域医療構想の実現に向けた取組を推進すること。調整会議の参加者は、構想の趣旨や調整会議の意義を十分理解し、対応策について話し合っていくこと。この協議会等におきまして、構想の実現に向けた取組の進捗状況の管理や評価を定期的実施していくことを記載しております。

続きまして、10ページをお開きください。第2章、東京の現状と平成37年（2025年）の姿でございます。

まず、13ページにかけまして、東京の八つの地域特性を記載してございます。

続きまして、13ページをお開きいただきまして、その地域特性に続きまして、(2)患者の受療動向でございますが、東京の地域特性に応じた患者の受療動向が見られることについて、15ページにかけまして、機能別に流出入の動向を示す資料を用いて記載をさせていただきます。

続きまして、16ページ、お開きください。③としまして、高齢者の受療動向でございます。高齢者は、他の世代と比較をいたしまして、身近な地域で入院をしている割合が高い傾向にある旨、記載をいたしまして、その状況を示します4機能別の総人口と75歳以上を比較したグラフを掲載しております。

続きまして、18ページ、お開きください。2、東京の保健医療の現状といたしまして、こちらは23ページにかけまして、東京の人口や病床数等、データを用いまして、現状を記載しております。

続きまして、27ページ、お開きください。27ページからは、将来の病床数の必要量等を記載してございます。①のまず一つ目の○のところでございますが、算定に当たりましては、国が示します計算式によりまして推計をしております、その下には、必要量の推計の基本的な考え方を記載してございます。

また、28ページ、29ページには、推計方法をわかりやすく説明する資料を掲載してございます。

続きまして、35ページ、お開きください。35ページの下段になります。都道府県間の流出入群の調整を反映いたしました、2025年の病床数の必要量を記載しております。

次の36ページでございますが、この必要量の構想区域別の内訳を記載してございます。

37ページをごらんいただきまして、必要量に係る考え方を記載してございます。一番上でございますが、この必要量は、推計値であり、様々な要因によって影響を受けることに留意する必要があること。その要因を以下の網かけ部分に、将来人口から医療技術の進歩まで、主な変動要因を挙げてございます。例えば、真ん中にございます療養病床でございますが、今後の在り方につきまして、国において議論がされておりました、その影響を踏まえた検討が必要であること。その下、患者の受療動向でございますが、都内だけではなく、他県の医療機関の新設等の状況によっても変化する可能性があること。その下、病床の稼働率でございますが、医療機関の取組によって変動する可能性があること等について、記載をしてございます。その下に、病床整備の考え方を記載しております。病床整備につきましては、区市町村の意見や病床機能報告の結果などを参考にしながら、基準病床数制度によりまして、地域に必要な医療の確保を図っていく旨、記載しております。

続いて、38ページをお開きください。参考といたしまして、療養病床の在り方といたしまして、国における新たなサービス提供体制の検討状況、また、39ページには、東京都の状況といたしまして、国における議論の進捗や、都内の療養病床の状況を踏まえ、今後の慢性期機能の在り方について検討していく必要があること、また、このページ、一番下でございますが、このため、療養病床に関する詳細な実態把握を行い、必要な病床等の確保を進めていく旨、記載しております。

次に、40ページ、お開きください。2025年の在宅医療等の必要量でございます。在宅医療等の必要量は、患者住所地ベースの考えに基づいて推計をしておりまして、その下に東京都全体、さらに、その下に構想区域別の内訳を記載しております。さらに、その下の丸印のところでございますが、在宅医療等の必要量につきましても、病床数の必要量と同じく推計値である旨、記載しております。

続いて、45ページをお開きください。第3章、構想区域の2、地域医療構想調整会議でございます。東京都は、構想区域ごとに調整会議を設置いたしまして、医療機関の自主的な取組と医療機関相互の協議を前提として、地域に不足する医療機能の確保等を行うこと。二つ下でございますが、開催方法につきましては、テーマ別の開催、また、複数区域の合同開催もあること。また、その下でございますが、共通する課題を共有するために、調整部会を設置すること。この協議会等におきまして、取組の進捗管理や評価を行うことについて記載しております。

46ページをお開きください。3、構想区域の状況でございます。13の構想区域ごとに、策定部会や意見聴取の場で用いたデータなどでお示しをしております。

区中央部で内容をご紹介します。

48ページをお開きください。2025年における4機能ごとの流出入の状況でございます。こちらは、48ページから51ページにかけて、4機能別の流出入の状況を示したデータでございます。資料のページの一番下の帯グラフでございますが、隣接

する区域まで含めると、完結率が高まると、近くに入院ができているというデータを掲載してございます。

続いて、52ページ、お開きください。上段、②の2040年までの人口・高齢化率の推移でございます。2040年に向けて、高齢化率が高まっていく状況を示しております。

続いて、53ページの⑤構想区域の特徴でございますが、それぞれ区域の4機能別の特徴を文言で整理をしたものでございます。

56ページをお開きください。56ページには、意見聴取の場や区市町村との意見交換等でいただきました主な意見を記載してございます。

少し飛びますが、177ページをお開きください。4、疾病・事業ごとの医療提供体制でございます。東京は、様々な地域特性等を踏まえまして、疾病・事業ごとの切れ目のない医療連携システムの構築を図っていること。例えばといたしまして、周産期、小児、精神の取組例を、179ページにかけまして、マップで掲載をしてございます。ブロック分けをいたしまして、弾力的に運用していることについて、現状の例を掲載してございます。

179ページをお開きください。精神のマップの下でございますが、事業推進区域につきましても、患者の受療動向や医療資源の分布状況に応じて柔軟に運用していくとともに、高度急性期から在宅療養に至るまでの医療連携を強化するため、医療情報の共有を図っていく旨、記載しております。

続きまして、183ページをお開きください。第4章、東京の将来の医療～グランドデザイン～の3、あるべき医療提供体制の実現に向けた取組でございます。まず、構想を推進するためには、都民、東京都、区市町村等、全ての人が協力していく必要があるとした上で、グランドデザインの実現を目指し、四つの基本目標の達成に向けた課題と取組の方向性を記載しております。

全体の構成を見ていただきまして、184ページをお開きください。基本目標ⅠからⅣごとに、まず<現状>、続いて<2025年に向けた取組の方向性>といたしまして、課題を挙げた上で、矢印の先の網かけ部分に取組の方向性を記載しております。

基本目標Ⅰ、高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展でございますが、<現状>といたしまして、特定機能病院等の集積により、他県からも患者が流入していることを挙げた上で、<2025年に向けた取組の方向性>といたしまして、<課題①>医療提供体制の充実といたしまして、特定機能病院等が集積する強みを活かして、さらに充実させていくこと。185ページ、<課題②>情報提供の推進につきましても、何でも大病院ではなく、適切な受療行動を促すためのわかりやすい情報提供を行うこと。<課題③>医療機関間の連携強化につきましても、大学病院等での治療後、住みなれた地域で治療を継続できるよう、医療連携を強化すること。<課題④>キャリアアップ支援につきましても、大学病院等が専門性を活かして卒後教育を行い、医療従事者の資質

向上を促進していくことを挙げております。

186ページをお開きください。基本目標Ⅱ、東京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でございます。まず、＜現状＞といたしまして、医療を提供する側と、医療を受ける側に分けて整理をしてございます。また、医療を受ける側には、高齢者の状況と、小児・周産期の状況についても記載をしてございます。187ページをごらんください。＜2025年に向けた取組の方向性＞といたしまして、＜課題①＞救急医療の充実につきましては、高齢化を踏まえた救急医療体制の確保、また、在宅療養患者の急変時には、病院や診療所等の連携のもと、受入れる救急医療体制の確保を挙げております。＜課題②＞医療連携の強化でございますが、歴史的・文化的に培われてきた医療資源を最大限活用した医療連携を推進すること、事業推進区域の柔軟な運用などを挙げております。188ページをお開きください。引き続き＜課題②＞でございますが、医療機関間の連携を強化するため、円滑な転院を支援する仕組みの検討や、ICTの活用などによる患者情報の共有などを挙げております。その下、増加が見込まれる認知症の人の対応といたしまして、急性期医療を受けるために入院する場合の医療従事者の対応力の向上を挙げております。＜課題③＞在宅移行支援の充実でございますが、入院早期からの地域の関係者との連携、患者の状態に応じたりハビリ、小児等が保健・医療・福祉だけでなく、教育も含めた多岐にわたる関係者の連携を挙げております。189ページ、ごらんください。＜課題④＞災害時医療体制の強化でございます。大規模災害等発生時の役割分担や連携など、災害医療体制の一層の充実を挙げております。

190ページをお開きください。基本目標Ⅲ、地域包括ケアシステムにおける、治し、支える医療の充実でございます。＜現状＞といたしまして、健康づくりと在宅療養について記載をした上で、＜2025年に向けた取組の方向性＞になりますが、＜課題①＞予防・健康づくりといたしまして、若い世代を含めた多くの人が、医療が必要な状態となったときにも、適切に対応できるよう、普及啓発を推進すること。また、一番下でございますが、健診等の受診率を向上することを挙げております。191ページ、＜課題②＞でございますが、かかりつけ医等を持つことの重要性について、都民への普及啓発を推進すること。＜課題③＞には、在宅療養生活の支援といたしまして、病院と地域の連携による切れ目のないリハビリの提供、また、地域包括ケア病床など、地域の診療所や中小病院等の身近な医療機関の幅広いバックアップ体制の確保などを挙げております。192ページ、お開きください。引き続き＜課題③＞関連でございますが、在宅療養生活を支えるための多職種連携の強化が重要なことから、区市町村が中心となって、地域の関係者との現状把握や課題の抽出、在宅療養支援窓口の取組など、多職種が連携する体制を充実・強化していくことなどについて挙げております。その下の箱でございますが、高齢者が住みなれた地域で暮らし続けるため、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、医療・介護サービス基盤の整備の推進、高齢者が安心して居住できる住まい、療養病床や地域包括ケア病床などの確保、24時間診療体制の構築を挙げており

ます。その下には精神疾患患者が地域で安定した生活を送ることのできる体制の整備について、また、193ページには、増加が予想される認知症の人を地域で支える連携体制の充実について挙げております。〈課題④〉看取りまでの支援でございますが、本人や家族等が希望する場所での看取りに対応するため、看取りに関する都民の理解促進、医療・介護従事者の看取りへの対応力向上を挙げております。

194ページをお開きください。基本目標Ⅳ、安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成でございます。〈現状〉につきまして、養成施設等、医療需要、働く世代の状況を記載した上で、〈2025年に向けた取組の方向性〉といたしまして、〈課題①〉高度医療等を担う人材の確保・育成といたしまして、高度な知識や技術を有する人材を確保・育成していくこと、195ページ、〈課題②〉ですが、高度医療だけではなく、地域医療を担う人材の確保・育成に向けた取組。〈課題③〉といたしまして、在宅療養を支える人材の確保・育成といたしまして、在宅療養患者の安心した療養生活を支えるため、医療・看護人材等を確保・育成していくことについて挙げております。196ページをお開きください。〈課題④〉ライフステージに応じた勤務環境の実現といたしまして、医療・介護人材がライフステージに応じて多様な働き方で活躍できる社会を実現するための環境づくりといたしまして、離職した人材の復職支援やセカンドキャリアへの支援を行うことなどを挙げております。

続きまして、198ページをお開きください。第5章、果たすべき役割と東京都保健医療計画の取組状況でございます。

1、果たすべき役割には、構想策定に伴いまして、関係者が果たすべき役割について記載をしております。①行政の役割でございますが、構想の推進に向けた取組といたしまして、東京都と区市町村の役割を記載してございます。②の医療提供施設の役割でございますが、構想への正しい理解といたしまして、自主的な取組と相互の協議によって推進する地域医療構想の趣旨を理解し、その実現に向け、地域に必要な医療体制の確保に参画をすることなどを挙げております。③保険者の役割でございますが、被保険者への実効性ある普及啓発、また、調整会議等において活用する分析・評価データの提供を記載してございます。④都民の役割でございますが、〈主体的な取組の例〉といたしまして、健康づくりや介護予防に努めるとともに、積極的な健康診査を受診すること。また、適切に医療機関を受診すること。最後に、地域包括ケアシステムにおける支え手として、どのような役割を果たすことができるか、みずから考え行動することを挙げております。

200ページをお開きください。2、東京都保健医療計画改定後に開始した主な取組でございます。前回の改定以降に開始をいたしました、主な取組につきまして、構想で掲げます四つの基本目標に関連づけながら記載をしております。保健医療計画に記載をしております取組につきましては、こちらに記載はしておりませんので、ご留意いただきたいと思います。

主な取組でございますが、200ページの都民の視点に立った医療情報の提供から、223ページの感染症対策まで、18事項別に記載をしてございます。

都民の視点に立った医療情報の提供を見ていただきまして、例えば<課題①>で見た場合でございますが、課題といたしまして、医療情報共有化の推進、これに対しまして、前回、改定以降に開始をいたしました取組を、ICTを活用した地域医療連携の推進という形で記載をしてございます。取組につきましては、第4章に記載をいたしました四つの基本目標に関連づけて記載をしております。ここでは、基本目標に関連をするというものでございます。都民の視点に立った医療情報の提供、保健医療を担う人材の確保と資質の向上、また、5疾病・5事業、在宅療養の取組のほか、予防、健康づくりの推進、歯科保健医療などについて記載をしてございます。

説明につきましては、以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

今日もご出席いただいております猪口部会長、補足をお願いします。

○猪口部会長 どうもありがとうございます。

今、お聞きになったように、この地域医療構想の素案ですけれども、240ページぐらいに及びまして、非常に分厚いものになっておりますが、ここに至るまで、正式な会議だけで大体、40回ぐら行っています。1年をかけて、非常にそれだけのエネルギーをかけてつくりました。ここまで作り上げていただいた西山部長を初めとしたスタッフの方たちには、本当に敬意を表したいと思います。

この内容ですけれども、我々は、この協議会が持っている機能の医療計画の中で、ソフトとハードの部分、そのうちのハードの部分をどのようにつくっていくかというテーマで始まったわけでありまして、やはり、ソフトの部分とハードの部分が、どうしても分けることができないということで、ハードをこのような医療提供体制とするのであるならば、こういう医療計画であってくれないと、うまく機能しないんだということで、一体なものだということからは結局離れることができませんでした。

結局、というぐあいで、4章、5章においては、基本計画、基本目標の中において、かなり、医療計画、5疾病5事業のようなものに、口を挟むというんでしょうか、かなりの注文をつけるような形の構成になってきたということをお許しいただきたいと思います。

さらに、この医療構想の中で、2025年の病床の需要推計という、必要量というものを示しておりますけれども、これは今までの、平成23年ぐらからでしょうか、全国で131万床のベッド数というものを、どういう比率で、高度急性期、昔、かなり出てきたワイングラス型の構造から乳酸飲料のような形にしていくというようなものが、かなり出たと思うんですが、今回は、患者さんのベッド数ありきではなくて、比率の問題ではなくて、患者さんの数をもとにしながら計算していったというところが、物すごく新しいところ。そして、全国では、131万床ではなくて、20万床ぐら減らした

115万床ぐらい、110万床、115万床ぐらいの数になるという推計の中の一部として東京があります。東京は、全国と比べまして、幸いなことというんでしょうか、我々、医療機関のほうにしてみれば、ベッドを減らす必要がないというか、患者さんは非常にいるんだと。逆に言うと、都民の方たちにとって言うと、医療機関が十分賄えるのかというような心配を呈する、そういう推計になったわけでありまして。

いろいろやってみますと、必要患者数を病院の現在の病床数で割ってみますと、大体、稼働率90%ぐらいで何とかやれそうなわけではあるんですが、何とかやれそうかどうかというのは、患者数の推計自体も、今、診ている患者さんの数から引き伸ばして計算しておりますので、今あるベッドで、高度急性期の中でも、かなり急性期であったり、回復期の患者さんを診たりしながら、何とかやっているという状況がありますので、何とかできそうなんですけど、この地域医療構想の国の考えている根本的な発想としては、医療需要に合った医療資源を投入しなさいという根本思想が流れていると思います。そうすると、それぞれの病院が機能病床として、きちんと分化していかないと、なかなかうまくいかない。今の病床90%を素直に動かせばいいんだというだけの問題ではなくて、今ある病院たちが、それぞれの見合った病床に転換していかなくてはいけないという課題が課せられます。そうすると、それをうまく誘導していただくのが、この協議会の立てていく計画だろうと思います。

その中で、誘導して、いろいろいただきたいところではあるんですが、前提条件として、在宅診療が本当にきちんとふえていくのかとか、それから、従業員、それは医師・看護師だけではなくて、多くの病院に働く、事務の方たちを初めとしたいろんな職種の方たちがきちんといるのかという、そういう前提条件なくして、なかなかうまくいくものでもございませんので、ぜひ、この協議会において、医療計画を今後お立ていただくに当たっては、その辺の部分も考慮していただいて、計画を立てていただきたいと思えます。

取りとめのない話になりましたけれども、かなり広範囲にわたって書かれておりますので、ぜひお読みになっていただいて、協議会としてお取りまとめいただければ幸いと思えます。

どうもありがとうございました。

○橋本座長 ありがとうございました。

ご説明がありましたように、たくさんのお話を重ねて議論が進んできたことを認識しています。残された問題が幾つかあって、それは今、ご指摘があったように、これからの取り組みが必須で、それがないと、描かれた地域医療構想がうまくいかない可能性がある。だから、それはこの協議会の役割ですよという言い方をしてくださったんだろうと思っています。私、個人的には、非常に重く受けとめたいと思えます。

それでは、皆さんから、これについてご意見を伺いたいと思えます。いかがでしょうか。

事務局から説明を聞きながら、またこれまでの議論の途中でも、そう思ったのですが、ちょっと皆さんが考える間、雑談をするような感じですけども……。昭和60年に、地域医療計画というのは、医療法の改正があって、出てきたんですね。その2年程前から学者の間で、そもそもどんな性格の計画かという議論がありました。社会計画だろうという意見に収斂していきました。社会計画とは何かというと、それは行政計画に対する社会計画という言い方なんですけれども、医療というのは、当然行政だけでやっているわけではなくて、民間の医療資源、地域住民も含めてみんな同じ方向に向いて、一つの目的に向かって協力をしていくための計画、それが社会計画と考えられる理由です。

公衆衛生の定義の中に、ウィンズローという人の定義があって、コミュニティ・エフォート（地域の各構成員の努力）だということです。これが社会計画だと私は考えています。これが、事務局の最初の宮澤君の説明のところで、何度か強調されていたと思います。これから協議会が改定に向かっていくんですが、そこら辺がどういうふうに現実の顔として出てくるかどうかということだろうと思います。前回の中間（案）の検討のときに、私、あえて強調して尋ねたところが、そこでして、都民の出番がそろそろ来ますよ、という話だと考えています。

さあ、どうでしょうか。ご意見をいただければと思います。何でも……。
どうぞ。

○竹川委員 すみません、病院の立場からなのですが。

まず、東京都地域医療構想、この案、素晴らしいものができ上がったと思います。実際にこれを作っていくに当たって、また、行っていくに当たってのことも、ここに触れられていますし、より具体的にできていて、良いとは思いますが、例えば、病院に関して、どこの医療機関もそうですが、実際に、公的病院にせよ、民間の病院にせよ、経営というものが含まれてきます。では、実際に経営も含めて、こういうふうに民間病院が東京都内にはたくさんあると言いますが、存続できていくのか、ということなども考えていかなくてはいけないと思います。

例えば、公的病院は、民間病院などではできないこと、重度の感染症とか、災害時の救急の中心になるということとか、高度急性期の本当に高額な医療機器を使うようなものなどに公的病院というのは、位置すべきだと思うのですが、今後、地域医療構想がなされていく中で、病床として、地域包括ケアの病床とか、そういったものを、もし経営の面でとっていく点などがあるようであれば、まず、民間病院がきちんと地域包括ケア病床などをすることができた上で、その後やっていくこと。そのようなことも含めて、まず、公的病院としては、やらなくてはいけないことをきちんとやっていただくといったことが一つ案としてあります。

それから、あと、特に都内は高度急性期の病院が多くて、慢性期の病院がとても少ない。これは、やはり慢性期ですとりハビリとか、そういったことで、広く面積をとらなくてはいけない。東京都は、どうしても地価が高いということもありまして、慢性期の

病院ができにくい状況にあります。

実は私の母がこの間、倒れてしまいまして、脳出血で、実際、医療をしている人間の身内が倒れて、その中でも、私も困っているようなことがいろいろあります。保育所もそうですが、仕事に出られなくなります。家族に介護の必要な人が一人でもあらわれると、仕事に出られなくなる。都民の方は、本当に小さな単位の家族の中で、一人介護になる状況が起こってしまうと困ってしまいます。

そういったことを含めた上で、在宅医療が、これから推進されていくべきものでもあるのですが、実際に、地域包括ケアを考えたとき、東京の人間を本当に千葉や埼玉に連れて行って、それだけで済んでいいのだろうかと考えてしまいます。現実がそうなので、仕方がないところもあるかもしれないのですが、慢性期病床、それから回復期病床の充実ということも、より考えていかななくてはいけないのではないのかなというふうに考えております。

以上です。

○橋本座長 まだまだ解決していくべき課題があるだろうと思います。2025年というのは、そういう意味では、このままにしておく問題が一気に爆発してしまう、そういう時期だというふうに思いますけど。

ほかはいかがでしょうか。何でも結構です。

はい、どうぞ。

○島田委員 東京純心大学の島田と申します。

職場が変わって、東京の八王子にある大学に行ったんですけども、昨年度、本学として、病院、それから診療所、訪問看護ステーション、老人介護施設の看取りの現状を看護職にしたんですけども、都心から離れているということもあり、看取りの研修を受けたのが基礎教育以来だという方が、半分以上という現状がございまして、結局、現職で看取りをやっている方がそもそも少ない。緩和ケアの経験者も余りおらず、現職になってからの経験もないと。研修も余り受けていないという現状の中で、非常に、地域医療構想、恐らく在宅療養を進めていく前提が、ある程度の数があるのが地域医療構想だと思うんですが、医療人材を育てるということもあるんでしょうけど、非常に、現職の看取りなり、在宅療養への整備の必要と書いてありますけど、非常に、ここら辺は大変なことではないかというふうに、ちょっと、調査を通して感じました。

すみません、感想です。

○橋本座長 ありがとうございます。

地域で新しい医療機能が必要になってくる、そのボリュームもたくさん出てくる。看取りの問題はそのひとつですが、それを円滑に進めていくための教育がいきわたっていないというお話がございました。何か事務局でありますか。

○宮澤地域医療構想担当課長 どうもありがとうございます。

看取りにつきましては、ごらんいただいているかと思いますが、基本

目標のⅢ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中に看取りまでの支援を課題に挙げ、取り組みの方向性を記載しております。その中で、医療・介護従事者の対応力向上にも取り組むことについて書かせていただいているところでございます。

あわせて、方向性だけではなくて、都としても、看取りに関する事業に着手しているところでございまして、大変、重要であると考えております。

また、人材確保・育成という点でもお話しいただいたかと思えます。こちらは基本目標のⅣのところに位置づけておりまして、非常に重要であると考えております。人材の確保・育成に関しましては、今、国のほうで医師・看護師等につきましては、構想と関連づけた今後の需給見通し策定の検討もされておりまして、そうした動向も注視をしながら、都として取り組みをしっかりと進めていきたいと考えております。

○橋本座長 ありがとうございます。

看取りそのものの技術の話ではないのかもしれないですけども、高齢の患者さんが入院されて、では、どこまでやりますかということ、まず聞いて、家族あるいはご本人が、これはいいけど、これはやってほしくないというようなことを一応、病院としては聞くんですね。そのとおりにやるわけですけども、看護師もやっぱり悩みまして、いろいろ自分たちのやっていることが本当に本人の尊厳とか意思を尊重したものなのかと。本人は途中から意思伝達ができなくなります。それで、家族とどうやっていくのかということ、結構、悩みながらカンファレンスをやっている。そういう場面に、実は先週、遭遇して、お話もちょっと差し上げたところがあるんですが。そういう形で、現場は結構、真面目で一生懸命やっていくので、そこら辺が救いかなという感じはしています。確かに看取りという、ある時点での医療的な行為の法律的な制約というのがあって、そこは満たしていかなきゃいけないと思うんですけども、そうではない部分ですね。教育の機会を提供する、あるいは自分たちの組織の中でそれを学んでいく、そういう仕組みがあると、意外と乗り越えられるのかなと思いつつ見えていました。その病院では、なかなか、いい事例の検討をしているなど私は感じました。

ほかはいかがでしょうか。

はい、どうぞ。

○當真委員 医療を受ける側の立場として。當真です。

構想区域ごとに自構想区完結率というのが示されていますけれども、大体が近隣の区域に支えられて成り立っているというような状況の中で、先ほどもお話がありましたけれども、これまで以上に柔軟かつスムーズな運用と、それから、それにかかわる患者とか家族の負担のことも考慮して進めていく必要があるのではないかと率直な感想として思いました。

○橋本座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

山本委員、どうぞ。

○山本委員 すみません。東京都歯科医師会の山本でございます。

東京都の地域構想をつくるに当たりまして、我々といたしましては、口腔ケアを担うための歯科衛生士さんという言葉を入れていただいたこと、大変ありがたく思っております。

先ほどありましたけども、在宅がこれから、どんどんふえるといった中で、歯科を我々はやるわけでございますけども、そこで外科的な要求というのが、かなりあるわけです。ところが、医科の先生が、在宅で外科をやるかといったら、多分やらないと思うんですね。そういった意味で、これから病院歯科のスタッフというものを、これからもう少し充実をしていただいて、うまく連携をすることができるような形にしていきたいというふうに思っております。

○橋本座長 ありがとうございます。今後の課題かなと思います。

それでは、はい、どうぞ。

○西川委員 これを拝見しての感想なんですけど、まず、膨大で、かつ、多岐にわたる内容なんですけど、非常に見やすく、わかりやすくまとめていただいて、ちょっと感動しております。特に、参考として重要なポイントをわかりやすく解説していただいているあたりなんかは、非常によかったですと思います。

これをずっと拝見していて、特に190ページにありました在宅療養のところ、「長期の療養が必要になった場合、自宅で療養を続けたいが、実現は難しいと感じている都民は多い」という、まさにこれ、本当に、これは大変思うところでありまして、私もちょっと、先ほどの委員と同じように、最近、母が脳出血で入院いたしまして、病院のやってくる手厚いケアをいろいろ拝見してまして、ただ、退院してから、では、どうしようという、家で見られるんだろうかという、やはり不安というのはとても大きくて、そのあたりが、どうしても今後在宅がもっともっと広がった場合に、一体、都民はどうしたらいいんだろうかという、そういう心配につながるわけで、そのあたりを払拭できるような何かシステムをつくっていただけたら、大変ありがたいなと思います。

座長さんのおっしゃるように、もちろん、これからは都民も参加していかなければいけないと思います。口をあけて待っているだけでは、いい医療は飛び込んでこないわけで、こちらからもぜひ積極的に、このようなシステム構築に参加できるようなことを考えていかなければいけないと思います。

それから、すみません、ちょっと細かいことなんですけど、読んでいて、例えば5ページぐらいにPDCAサイクルという言葉が出てきまして、これ、何か所かに出てくるんですけど、ここには医療計画におけるPDCAサイクルの意味がちゃんと書かれていますけども、そもそも、PDCAサイクルって、余り日常生活にはなじみのない言葉で、私たち都民がこれを読んだときに、このPDCAサイクルというのが、もともと何なのか、何の略なのかというのがちょっとわかりにくいので、そのあたりは添えて

いただけるとありがたいと思います。

以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。

よくできているというお褒めをいただいたのと、それからP D C Aサイクル、ちょっと判りにくいというお話がありました。P D C Aサイクルという用語は、一般の社会でも使われているというふうに、もしかすると錯覚しているのかもしれないですね。簡単に言っちゃうんですけどね、P D C Aサイクルって。説明があったらいいと思います。それから、今ありましたように、参考と書いているところは、なかなか読ませるなという感じは、私も個人的にはしていました。幾つかありますけども。

ほかはいかがでしょうか。

どうぞ。

○羽田委員 羽田でございます。いつもありがとうございます。

私も、今、西川さんとか当真さんがおっしゃったような、同じ観点なんですけど、特にお聞きしたいのは、というか、確認させていただきたいんですけども、こういった病院が、大きく役割分担と連携ということで、どんどん区分されていく中で、かかりつけ医さんの役割がとても大事になっていくということで前回も、ちょっと質問させていただいたのですが、本当に、かかりつけ医を一般の人が見つけるというのは、とても至難のわざです。今、実はかかりつけ医としては、総合診療医さんということで、専門医制度が立ち上がろうとしているんですが、どうも聞くところによると、ちょっと滞っているようなお話も出てきているようです。私たちの前に総合診療医さんが出てくるのは、本当にいつなんだろうかという危惧はちょっとするんですね。

それと、もう一つ、歯科の先生たちの在宅の話もそうですが、あと、かかりつけの薬剤師さん、薬局というのが、今年診療報酬もつきましたことで、どんどん進んでいく中で、先日セミナーで質問しました。私も実際に薬局で「4月以降にかかりつけ薬局さんになってもらえるんですか、薬剤師さんになってもらえますか、こちらは」とたずねたら、「まだ体制できていません」というのが実態でした。こういったものも24時間対応していくという構想が、確か出されていたと思いますので、お医者さんたちと薬剤師さんたちはもっと連携しながら、上手に医療計画の中で滞りなく進んでいくような形をぜひとっていただきたいと思います。

○橋本座長 ありがとうございます。

何か関係のご発言はありますか。いいですか。関係のご発言でいいですか。

○永田委員 薬剤師会の永田でございます。

かかりつけ薬剤師と、28年度の4月の調剤報酬の改定で評価をされたのと、こういう部分があるわけなんですけど、そもそも、かかりつけ薬剤師は何なのかというと、一人ひとりの患者さん、あるいは地域の皆様方が、この薬剤師なら信頼できる、それが、かかりつけ薬剤師です。お金を取る、取らない、その体制があるか、ないか、多分、薬剤師

は、妙にそういうところが律儀なもので、多分、そういうところで体制ができていないと言ったんだと思います。したがって、かかりつけ医も、かかりつけ歯科医も、全く同じでありまして、一人の人間として信頼ができるかどうか、それがやはり重要な観点かなと思っておりますので、そういう観点で、いつもの薬剤師がいる薬局を選んでいただければいいかと思ひますし、いつもの先生という方をお願いをしていただければ、それでいいのかなというふうに思ひています。

以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。

かかりつけ医は、なかなか難しいですよ。30年ほど前に南多摩で調査をしたら、都民は疾患ごとにかかりつけ医を持っているという、そういう結果で、恵まれたところですよ。ちょっと、それとは考え方が違います。

いかがでしょうか。よろしいですか。どうぞ。

○長瀬委員 地域医療構想の会議にも出させていただいた長瀬ですが、皆さんがおっしゃるように、これはきれいにできているんですよ。非常にきれいにできているものの、具体的にはどうするのかという点が見えません。したがって、先ほど公募委員の方が心配されていたマンパワーをどのように東京都はつくるのか、具体的なものが見えてくればよいと思ひます。地域医療構想にしても、まず国がつくっている地域医療構想の病院ができて、その下に地域包括ケアシステムがあるわけです。そこで自助・互助・共助・公助、とみんなで支えなければなりません、マンパワーが必要なわけですよ。そのマンパワーをどのようにつけていくのか。その上で、そのシステムは誰が動かすのかという問題があつて、例えば、医師会に主導してもらふことが想定されます。また、先ほど出た、かかりつけ医にしても、どのようにして皆さんにつくっていただくのかなど、そういう方法論が、具体的にできればよいだろうと思ひているんです。そういうものをつくってもらふと、より都民がわかりやすいと思ひます。

以上です。

○橋本座長 ただいまの長瀬委員のご意見は、猪口部会長がコメントの最後に延べられた部分と多分同じで、それから、事務局もそのように言っておられると思ひますけど、これからスタートなんだ、という話ですよ。でも、時々思ふんですが、こういう計画を立てるとき、これがスタートなんだよと、何度もスタートを切っているなという感じがして、しょうがないですかね。さすがに今回は、もう待たなしかないと私は思ひますけれども。

ほかはいかがでしょう。

はい、どうぞ、どうぞ。

○當真委員 今、マンパワーの話が出ましたけども、国においても、生涯現役社会を目指すという検討が進められているわけですけども、アクティブシニアの発掘といった、高齢者自身が支え手になるような取り組みは、都ではどういうふうな進め方をされている

のでしょうか。それから、介護離職を減らすということも国の取り組みに入っています。そういったことを含めて、幅広くマンパワーを、いわゆる人材を確保していくという取り組みが、これからは求められるんじゃないかと思います。多様な働き方とか、短時間労働とか、それから働く場の開発とか、いろんなことがあると思いますけれども、これは地域包括ケアシステムを実現していく上でも、人の問題というのは必ずかかわってくる問題ではないだろうかと考えます。

以上です。

○橋本座長 何かありますか。

○宮澤地域医療構想担当課長 どうもありがとうございます。

先ほどの長瀬委員からのお話とも関連してくるところになろうかと思います。今後実現に向けた具体の取り組みが大事だと。策定部会の際にもお話をいただいて、改めて本日もお話をいただいて、やはり、具体のところ非常に大事なんだということをおっしゃられたいんだと改めて感じているところでございます。

改めてになりますけれども、この構想は今後10年間の取り組みの方向性として書いており、それを受けて、具体的な取り組みは、今後、保健医療計画において施策として反映させていきます。当真委員からお話もいただいたところは、今後の取り組みとして検討した上で、取り組んでいきたいと思っておりますし。その上で、この協議会の中で、そうした取り組みの進捗状況について検証していただくという、PDCAを機能させていくというような流れになろうかと思っております。

○尾崎委員 まず、かかりつけ医とか、総合診療専門医の話が出ましたが、誰かが足を引っ張ったり、妨害して延びているというわけでもなくて、やはりこのままいくと、色々な意味で良い面と悪い面が出てきて、地域医療に障害をきたすシステムになってしまうとか、色々なことがあるので、今、議論の最中だと私は思っています。ただ、総合診療専門医というのは、前期の研修2年を終えてから、後期研修3年の間にそういうことをやっていくわけです。5年で、そういう何でも診られる先生が、学問的には、確かにその段階でできますが、医師というのは、実際に患者さんを診て、色々な経験とか勘とか、色々なものを働かせて、初めて臨床診断能力とか、色々なものが出てくるわけで、一人前になるには、最低10年以上はかかるわけですね。ですから、今、こういう構想が、総合診療専門医とかが出てきたのは、やはり2025年に向けてということがあると思いますし、それから、道府県で医師が足りないところでは、やはり総合能力を持っていないと、なかなか、通用しません。東京都の場合は、多摩のほうとか、島しょ地域には、へき地に近い部分がありますが、23区なんかですと、やはり先ほど座長もおっしゃったような、色々な専門医が、たくさんいますので、そうした人が協力して、連携してやっていくというのも一つの考えだと思います。もちろん日本医師会も、我々、東京都医師会も、かかりつけ医機能というのをもっと充実させるための研修を今年4月からも始めていますし、色々な意味で、そういう強化はしています。なるべく多くの疾患を診

られて、きちっとそれに対応できて、必要な場合は病院へ紹介できるシステムをつくらうということで始めておりますので、今後、先ほど委員の先生がおっしゃったように期待される方向に行くとは確信しております。

それから、もう一つの問題として、今、実際に地域包括ケアという話をしても、特に医療関係ではない人に話をしても、誰も知りません。まだ、そういうのが現状ですし、それから、高齢者の方は、医学・医療の知識をどうやって得たり勉強しているのかというと、ほとんどテレビと新聞なんですね。テレビでやっていることというのは、毎日のように、「あなたはこういう恐ろしい病気になったらどうするんだ」という脅かし番組とですね、それを悪い方向に持っていくような、テレビによく出てくるような、名医。私なんかは迷う医者、迷医ですが、その名医のほうに誘導したりとか、そういうずれたところにいる。あるいは、コマーシャルとなると、目の調節が悪いと「えんきん」とか、もうとにかく、ほとんどエビデンスに基づいていないようなものをどんどん宣伝して、骨が痛い場合にはこうしましょうとか、もう完全にそういうペースになっている。ですから、例えば、東京都も出張にファーストクラスで行ったりするような、色々な予算の無駄遣いをしなければ、テレビとか新聞などを通じて、こういう地域医療構想の話とか、2025年問題とか、「10年後にどうなるんですか」、「将来大変ですよ」、というようなことをもっときちっと流していただくことによって、高齢者の方が、みずから「ああ、そうか。大変な時代に入るんだな」、「みんなで、協力してやっていかなきゃね」みたいな流れをつくっていくと、こういう委員会の中でも都民の意見として色々な意見が恐らく出てくると思うんですね。ですから、ほとんどがプロフェッショナル的な人の集まりで幾ら論じていても、一般の方というのは全くわからないうちに、私は10年経っちゃうんではないかという気がして、非常に怖いなと思っております。このまま行くと、やっぱり慢性期の病床とか絶対に足りませんから、そして7割が一人暮らし、二人暮らしになってしまったときに、今まで考えていた在宅医療が本当にできるかという、私は、絶対にできないと思っております。ですから、そういう意味で、本当に発想を転換して、そして都民や高齢者の方が、みんな一緒になって考えていかないと、私は東京都の医療というのはなかなか難しいというふうに思っているのが今の現状です。

以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。

はい、どうぞ。

○秋山委員 これから都民の出番が来るという話ではありますが、先ほど尾崎委員がおっしゃったとおりだと思いますけど、この計画は、高齢者から見れば、はるか高みにある、雲の上みたいな計画のように映りますし、都民として、あるいは高齢者として、何をすればいいのかということが具体的にわかるといいのかなという気がします。

例えば、高齢者でこれくらいのことはこの計画の中で知っていてほしいとか、そういうものがあると、ちょっと、これにも興味が湧きながら、また、情報もいろいろなとこ

ろから入ってくることによって、地域で暮らしていける、住みやすい社会になってくるのかな、なんて感じました。

○橋本座長 ありがとうございます。

前回の協議会で、少し申し上げたと思いますけど、これは東京都全体を見渡した会議なので、そこまで手が回らないような気がします、やはり住みなれた地域で生活していくときに、医療だけではなくて、どのようなサービスが自分に利用できるのか、そこに自分がどういう役割をしていかなきゃいけないのかという、ある種の絵が、地域で生活して見えるかどうかの問題なのかなと考えています。医療は、その一つの例だというふうに思いますけれども。そういう絵を、その地域で、地域の医師会、あるいは地域の福祉関係者等々、あるいは行政の方が中心になって、都民に見えやすいものをつくっていくしかないんだろうと思います。この協議会は、ある意味では東京都全般の総論ですので、それはそれで、そういう役割があるんだろうというふうに思いますけれども。東京都は、地域ごとの展開を促してくれる、そういう役割があるのかなと思います。

○竹川委員 今、在宅医療という言葉がよく出てきておりますが、在宅医療というと、本当に家で見なくちゃいけないのかというふうに、都民の方々が勘違いされているところもあると思います。厚生労働省の中では、例えば施設、施設在宅という言い方をしますけれども、高齢者住宅などで、外から在宅医療が入ってということも、在宅医療に含めるということになっていますので、そういったことも含めて記載してもよかったのかなというふうに、今、ちょっと反省していたところなんですけど、ただ、では、施設の中に在宅医療で入るとというのが、本当に慢性期の病院と同じぐらいのことができるのかという、そこには質をみる機能がないといけないと思いますし、そういったこともさらに深めていかないといけないのかなというふうに感じました。

○橋本座長 ありがとうございます。

ご指摘のように、在宅医療について、柔軟なかかわり方が出てきています。、そういうふうに動くのかなと思います。

ほかはよろしいですか。どうぞ。

○羽田委員 すみません、先ほど高齢者がどういったことを知っていたらいいのかというお話も出ていたと思うんですが、このレポートの後ろにも、各役割というのがありますよね。行政は何をするべきか、では、都民は何を知ってなきゃいけないかというようなことで、ちょっとご参考までなんですけど、杉並区が「健康づくり推進条例」をつくったんですね。そのときには、やはり区は何をするべき、事業者は何をする、関係団体はどうしておく、それから、私たち区民は自分でも勉強しなさいよというようなところも書かれてはいるんですね。それが、リーフレットとかもつくられていて、区報なんかでも流されたんですが、つい最近でも、健康づくり推進条例自体を「えっ」という、「えっ」という、区の職員の人が読まれていないというような実態がわかったんですね。ですので、なかなか、一般の人たちにいろんなことを普及啓発していくというのは、並大抵では

ないなというような感じはすごくしますので、いろんな工夫をぜひ入れていただけたらと思います。

○橋本座長 河原先生、何かご意見ありますか。

○河原副座長 私も、地域医療構想の策定委員会、猪口部会長と一緒にさせていただきましたが、やはり同じ話、論点は同じになるんですが、地域医療構想自体がやっぱり病床の4区分の必要量ということで、デマンドサイドの計画なんですよ、需要サイド。多分、2025年、あるいはそれ以降は、もう医療担当者というか、人がいない時代ですよ。だから、サプライサイド（供給側）のことをきちっと把握して、突合して、そごがないような計画にしないと、やはり回っていかないと思うんですね。それは次期医療計画、あるいは、その先のこれからずっと続いていく医療計画の課題かもわかりませんが、そういう意味で、我々は現実を見る必要もあると思うんですよ。バラ色の記載をしても何の意味もないので、現実の姿を見て、それをどういうふうに解決していくかということが、これから重要になってくるような、そう感じました。

○橋本座長 ありがとうございます。

もし、ほかになければ、今いただいた議論等々を踏まえまして、多少の修正については座長にご一任いただければよろしいかなと思いますけれども、よろしゅうございますか。

(異議なし)

○橋本座長 ありがとうございます。

それでは、この議題については終わります。

策定部会の委員の皆様におかれましては、1年間、普通の1年間ではなかったような気がいたしますけれども、大変お疲れになったことと思います。良い案を出していただきまして、ありがとうございます。改めて御礼申し上げます。

それでは、2番目の議題に入ります。平成30年度から次期保健医療計画ということになります。ですから、今年度から改定作業ということを着手しなければなりません。改定作業は、改定部会を設置して検討を進めてまいりたいと思います。

資料2にございますが、推進協議会の設置要綱の第6では、部会の委員は座長が指名することになっております。これに従いまして、私から指名させていただきたいと思っております。事務局が、その名簿を今お配りしておるところです。

お配りいただいたでしょうか。大丈夫ですか。

今、机上にお配りいたしました名簿の方々を改定部会の委員として指名をさせていただきます。また、お一人、専門委員がございまして、専門委員として、構想の策定部会にも参画いただきました石川ベンジャミン光一先生です。彼は国立がん研究センター社会と健康研究センターの室長ですが、彼にお願いしたいと思っております。この方々に改定部会の委員をお願いしたいと思いますけれども、よろしゅうございますでしょうか。私から指名ということになりますけど、この協議会の委員の皆さんのご同意を得たいと

思います。よろしいですか。

(異議なし)

○橋本座長 ありがとうございます。

改定部会の委員の皆様におかれましては、お忙しいところ、大変恐縮ですが、どうぞよろしくお願ひしたいと思ひます。

なお、現在の協議会委員の任期は、今年の7月末となっております。そのため、改定部会の委員も、まずはそこまでの任期となります。それ以降は、新たな協議会で設置がされた場合に、そこで改めて、部会の委員としてお願ひするという、そういう段取りになるかなと思ひます。

続いて、保健医療計画に関する今年度のスケジュールの説明を事務局からお願ひします。

○宮澤地域医療構想担当課長 それでは、資料5をごらんください。平成28年度次期保健医療計画関連スケジュールでございます。

保健医療計画は、来年度(29年度)未改定を予定してございますが、保健医療計画改定の基礎資料を作成するために、全ての病院、診療所、歯科診療所を対象といたしまして、提供されている診療内容等について調査を行います、医療機能実態調査を今年度実施したいと考えております。

実施に当たりましては、改定部会におきまして、調査項目につきまして、ご意見をいただきまして、より実効性ある調査として実施をしたいと考えております。

ただいま設置していただきました改定部会につきましては、来月(7月)中に開催をいたしまして、調査項目について、ご意見をいただきたいと考えております。

調査につきましては、10月から11月にかけて実施をいたしまして、年度内には調査結果を報告させていただきたいと考えております。

なお、資料の右側でございますが、国の動向について記載をしております。国は先月、医療計画見直し等に関する検討会を立ち上げまして、次期医療計画作成指針の検討を開始したところでございます。年内に、検討会としての意見の取りまとめがなされると聞いておきまして、作成指針が発出された後に改定部会を開催させていただきまして、指針の説明、また、指針を踏まえた課題の整理をさせていただきたいと考えているところでございます。

説明については、以上でございます。

○橋本座長 ただいまの資料5に基づいたスケジュールのことですが、何かご質問ありますか。こういうふうの流れっていくということですが、よろしゅうございますか。

(なし)

○橋本座長 それでは、本日予定されていた内容は以上となります。

ほかに事務局から何かありますか。

○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、本当に、どうもありがとうございました。

事務局から2点ございます。

まず、今後のスケジュールでございますが、地域医療構想（案）につきましては、本日いただいたご意見を踏まえまして、座長とご相談をさせていただきたいというふうに思っております。その上で、来月、医療審議会に諮問、答申の上、策定をする予定でございます。

もう1点、本日、お車でいらっしゃる委員の方におかれましては、駐車券をご用意しておりますので、事務局までお知らせください。

事務局からは以上でございます。

○橋本座長　ありがとうございました。

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　4時20分　閉会）