

確定稿

第1回
東京都医療審議会
会議録

平成27年4月21日
東京都福祉保健局

(午後 3時59分 開会)

○遠藤医療政策課長 ただいまから、平成27年度、第1回東京都医療審議会を開会させていただきます。

委員の皆様には、大変ご多忙の中、ご出席を賜り、まことにありがとうございます。医療審議会委員の皆様の任期でございますが、医療法施行令により2年と定められており、今回の審議会から新たな任期となりますことから後ほど会長、副会長をご選出いただきますが、それまでの間、私、福祉保健局医療政策部医療政策課長、遠藤で進行を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

それでは、まず委員のご紹介をさせていただきます。

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

栗山委員でございます。

柴崎委員は、遅れてご参加されるとのご連絡をいただいております。

大道委員でございます。

長岡委員でございます。

樋口委員は、到着が遅れるとのご連絡をいただいております。

嶋森委員でございます。

小林委員でございます。

井伊委員は、本日、ご欠席とのご連絡をいただいております。

尾崎委員でございます。

猪口委員でございます。

橋本委員でございます。

稲波委員でございます。

山田委員でございます。

高橋委員でございます。

山本委員は、本日、ご欠席とのご連絡をいただいております。

原委員でございます。

松原委員、加藤委員は、本日、ご欠席とのご連絡をいただいております。

河村委員でございます。

加島委員でございます。

星委員でございます。

小濱委員は、本日、ご欠席とのご連絡をいただいております。

奥田委員でございます。

南委員は、本日、ご欠席とのご連絡をいただいております。

柴崎委員でございます。

以上で委員の方々のご紹介を終わらせていただきます。

続きまして、福祉保健局側の出席者をご紹介させていただきます。

梶原福祉保健局長でございます。
前田福祉保健局技監でございます。
小林医療政策部長でございます。
西山医療政策担当部長でございます。
新倉地域医療担当課長でございます。
宮澤地域医療構想担当課長でございます。
白井歯科担当課長でございます。
八木救急災害医療課長でございます。
諸星事業推進担当課長でございます。
田口医療調整担当課長でございます。
瀧澤災害医療担当課長でございます。
小竹医療安全課長でございます。
中島医療人材課長でございます。
篠原看護人材担当課長でございます。

続きまして、会議の定足数の確認でございますが、本審議会の規程では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。現委員の数は計24名で過半数は13名でございますが、現在17名の方にご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いたします。

次に、本日の会議資料の確認をさせていただきます。お手元の配付資料でございますが、資料は資料1から資料9、参考資料1を置かせていただいております。資料1 東京都医療審議会委員名簿、資料2 東京都医療審議会の所管事項、資料2-2 医療審議会関係法令抜粋、資料3 東京都医療審議会規程、資料4 地域医療構想策定ガイドライン（要旨）、資料4-2 東京都地域医療構想策定のための検討体制について、資料4-3 地域医療構想策定スケジュール（案）、資料4-4 平成26年度病床機能報告制度 暫定版 集計結果（東京都）、資料5 東京都医療審議会医療法人部会開催状況、資料6 「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 災害時医療救護活動ガイドラインの策定、資料7-2 災害時医療救護活動ガイドラインのポイント、資料8 東京都周産期医療体制整備計画の概要、資料9 東京都医療勤務環境改善支援センターの取組について、参考資料 地域医療構想策定ガイドライン、以上でございます。不足、落丁等ございましたら、事務局職員までお申しつけください。

それでは、梶原福祉保健局長から委員の皆様へ一言、ご挨拶を申し上げます。

○梶原福祉保健局長 東京都福祉保健局長の梶原でございます。委員の皆様方には、日ごろより東京都の保健医療行政に多大なご協力をいただきまして厚く御礼を申し上げます。また、本日は、ご多用のところ、ご出席を賜り、まことにありがとうございます。

昨年6月、国はいわゆる医療介護総合確保推進法を公布し、持続可能な社会保障制度の確立を図るため、効率的で質の高い医療提供体制の構築を進めることといたしま

した。法に基づきまして昨年10月には病床機能報告制度が開始されまして、医療機関は高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4分類の中から、現在、担っている医療機能等、今後の方向性を選択し報告することとされました。この集計結果等につきましては、本日、ご報告させていただきますけれども、こうした情報等を活用しまして本年度から都道府県は地域医療構想の策定に取り組むこととなります。

地域医療構想は、2025年の医療需要推計に基づきまして、あるべき将来の医療提供体制を示すものでございますけれども、東京都には13の大学病院本院を初めとした特定機能病院や、多くの中小民間病院等が医療提供を担っている日本最大の医療集積地でございます。高度医療を求める患者の全国からの流入などに加えまして、公共交通機関など充実した交通網による広範な患者の受療行動、通勤・通学等による昼間人口の多さ、また今後、高齢者の絶対数の急増が見込まれ、2025年以降も医療需要は増加し続けるなどの地域特性があるというふうに考えております。

後ほど事務局からご説明させていただきますけれども、保健医療計画推進協議会のもとに設置いたします策定部会や医療圏ごとの会議等におきまして、学識経験者、医療関係団体、地域の医療関係者、区市町村、保険者等、多くの方々からご意見を賜りながら、都の地域特性を十分に踏まえ、都にふさわしい地域医療構想の策定に取り組んでまいりたいというふうに考えてございます。

委員の皆様方におかれましては、引き続きご助言、お力添えを賜りますようお願いをいたしまして挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願いをいたします。

○遠藤医療政策課長 次に、資料3、東京都医療審議会規程の第2条をごらんください。

本規程に基づきまして、当審議会の会長、副会長は委員の皆様のご互選により置くこととされておりますが、いかがお取り計らいいたしましょうか。

大道委員、お願いします。

○大道委員 それでは、会長、副会長の互選につきまして、ご提案をさせていただきたいと思っております。私は少々長きにわたって会長職を務めさせていただきましたが、今期からは小林廉毅委員を会長にご推薦申し上げ、副会長としては長岡常雄委員を同じく推薦をさせていただきたいと思っております。小林委員は、既に当審議会、長きにわたってお務めでもございます。この難しい時代状況の中で、的確に当審議会の意見をおまとめいただけるものと思っております。よろしくお願ひしたいと思っております。

以上でございます。

○遠藤医療政策課長 大道前会長より、小林委員を会長に、長岡委員を副会長にというご提案がございましたが、いかがでしょうか。

(異議なし)

○遠藤医療政策課長 ありがとうございます。それでは、小林先生、長岡先生、恐縮ですが、会長、副会長の席へお移りをお願いいたします。

早速で申しわけございませんが、小林会長、長岡副会長から、一言ずつご挨拶を頂戴できればと存じます。よろしくお願ひします。

○小林会長 ただいま、皆様のご推挙によりまして本審議会の会長に選出されました小林でございます。審議会の会長は大変な重責でございますけれども、皆様のご協力をいただきまして円滑な会の運営に努めていきたいと思っております。とりわけ、今期の医療審議会は、東京都における地域医療構想の審議・答申という大変重要な役割を担っているというふうに承知しております。皆様からの活発なご議論をいただき、本審議会の役割を十分に果たせるよう私も頑張って運営に努めていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○長岡副会長 副会長を仰せつかりました長岡と申します。力不足でございますけれども、小林会長を少しでもサポートできればと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○遠藤医療政策課長 ありがとうございます。

それでは、これからの進行を小林会長にお願いいたします。

○小林会長 それでは、会議次第に従いまして議事を進めてまいりたいと思っております。

まず、先ほど事務局からの説明にありましたように、資料3の東京都医療審議会規則第4条第1項によりますと、本審議会に医療法人部会を置くということになっております。ですので、この部会の委員を選任する必要がございます。同条の3項によれば、部会に属する委員は会長が指名することとなっておりますので、大変恐縮ではありますが、私から指名をさせていただきたいと存じます。

それでは、名簿のほうを配付していただけますでしょうか。ただいまお配りしております名簿の方々を医療法人部会の委員として指名させていただきたいと思っております。委員の方々には、大変お忙しいところ恐縮ですが、よろしくお願いいたします。

それでは、会議次第に従いまして次に進みたいと思っております。

次第の5、報告事項でございます。事務局から報告事項が6点あると聞いております。こちらにつきまして、事務局から順次説明をしていただきたいと思いますというふうに思っております。

まずは、東京都地域医療構想について、説明をお願いいたします。

○宮澤地域医療構想担当課長 地域医療構想につきまして、ご説明させていただきます。

地域医療構想でございますが、昨年6月に公布をされました医療介護総合確保推進法によりまして、平成27年度以降、都道府県におきまして策定をすることとされました。地域医療構想は、都道府県の医療計画の一部として位置づけることとされ、2025年の医療需要推計に基づき、あるべき将来の医療提供体制を示すものでございます。具体的には、2025年に向けまして、病床の機能分化・連携を進めるために、高度急性期から慢性期の四つの医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推定し定めるものでございます。

去る3月31日付で国から策定に当たってのガイドラインが発出されましたので、この概要につきましてご説明をさせていただきます。

資料4をごらんいただきたいと思います。

まず、ガイドラインでございますが、昨年9月以降、国の検討会におきまして、地

域医療構想の策定プロセスや構想達成の推進のあり方等に関して検討されてきた内容について、まとめられたものでございます。都道府県は、この全国的な標準であります策定ガイドラインを参考にしながら、地域の実情に応じて地域医療構想の策定を行うこととされております。

次に、策定プロセス～実現に向けた取組でございます。1から8までは、策定プロセスに関するガイドラインの構成を記載してございます。構想区域を設定した上で構想区域ごとに医療需要の推計を行い、その医療需要に対する医療供給の検討や必要病床数の算出を行うこと、2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討を行うことなどが記載されております。

構想策定後は、医療機関から毎年度報告することとされました病床機能報告制度による集計数、報告時点の数と、国から提供されるデータに基づいて算出する必要病床数、将来の数でございますが、これを比較をいたしまして機能分化と連携における地域の課題を分析する必要があること、また区域ごとに抽出された課題に対する施策を検討し施策の基本を定めることとすることとされております。

地域医療構想の実現に当たっては、構想区域内の医療機関の自主的な取組や構想区域ごとに地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議によって進められることを前提としまして、昨年度造成した地域医療介護総合確保基金の活用等によりまして必要な施策を進めていく必要があるとされております。

続いて、ポイント部分についてご説明させていただきます。

構想区域の設定でございます。地域医療構想の検討に当たりましては、まず構想区域を設定し、医療需要に対する医療供給を具体化する必要があるとされております。現行の二次医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など、将来における要素を勘案して検討することが必要であること、現行の二次医療圏と異なる構想区域を設定する場合には、次期医療計画改定時に二次医療圏と構想区域を一致させることが適当であるとされております。

次に、医療需要の推計についてでございます。2025年における医療機能別の医療需要（推計入院患者数）につきましては、国から示される患者住所地をもとにした基礎データを用いて、都道府県が構想区域ごとに算出することとされております。

まず、高度急性期から回復期の推計方法についてでございますが、2013年度の性・年齢階級別、構想区域別の入院受療率に2025年の推計人口を乗じ、入院の受療率実績に人口の伸びを反映させる方法によりまして推計することとなっております。続いて、慢性期と在宅医療等の推計方法のうち慢性期の医療需要につきましては、上記の高度急性期から回復期の算出方法をもとに、全国的に地域によって入院受療率に差があることから、地域差を縮小させる目標設定を加味して推計することとされております。また、在宅医療等の推計につきましては、2013年の訪問診療や介護老人保健施設の入所者数等、在宅医療を受けている患者実績をもとに推計することとされております。高齢化により増大する医療需要に対応するため、医療機能の分化及び連

携により、2025年には在宅医療での対応を促進することが必要であるとされております。

次のページをお開き願います。

医療需要に対する医療提供体制・必要病床数の推計でございます。必要病床数の推計に当たりましては、構想区域間の医療提供体制の役割分担を踏まえまして、医療需要に対する供給数、構想区域内の医療機関が入院医療を行う患者数の増減を見込む必要がございます。算定式に基づきまして算出される構想区域ごとの医療需要に供給数の増減、都道府県間もしくは構想区域間の増減でございますが、増減を行った推計供給数を四つの機能ごとにガイドラインで示されております病床稼働率で除しまして、構想区域ごとの必要病床数を算出することとされております。その際、増減を見込む都道府県、構想区域双方の供給数の合計が一致することが原則とされております。例えば、都において他県からの流入分を見込む場合には、当該県がその流出分を減じて増減を0にさせるといったものでございます。

また、構想区域と各病床の機能区分との関係でございますが、高度急性期から同一病床に引き続き入院する場合の急性期につきましては必ずしも区域内完結を求めないが、それ以外の急性期から慢性期につきましては、できるだけ構想区域内で対応することが望ましいとされております。

将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策でございます。地域医療構想の実現に当たっては、地域医療介護総合確保基金の活用等によりまして、病床の機能分化及び連携の推進、在宅医療の充実、医療従事者の確保・養成など、必要な施策を進めていく必要があるとされております。

続きまして、病床機能報告制度の公表についてでございます。昨年10月に開始されました病床機能報告制度は、医療機関が高度急性期から慢性期までの4分類の中から、現在担っている医療機能と今後の方向性を選択し報告することとされたものでございまして、報告された事項につきましては都道府県が公表することとされております。公表することによりまして関係者が共通認識を形成し、構想の実現に向けた各医療機関の自主的な取組や相互の協議が進むよう促すことが必要であるとされております。後ほど、平成26年度の報告結果につきましてご報告いたします。

概要の最後、実現に向けた取組でございます。まず、地域医療構想調整会議でございますが、都道府県は構想区域ごとに地域医療調整会議を設け、関係者との連携を図りつつ構想の実現に向けて必要な協議を行うこととされております。会議では、各医療機関が担うべき病床機能に関する協議や毎年度報告を行う病床機能報告制度による情報共有など、構想の実現に向けて協議を行っていくこととされております。参加者につきましては、医療関係団体、医療保険者、市町村等をメンバーとすることとされております。

このほか、構想の実現に向けまして都道府県知事の権限が強化され、正当な理由がない場合には必要な措置を講じることができることとされたものですが、その際には

医療審議会の意見を聞くこととされてございます。

これにつきましては、次のA4の資料、資料4の3枚目になります、地域医療構想に係る医療審議会の役割をごらんいただきたいと存じます。

大きく4点ございます。まず、1の条件付許可でございますが、都道府県知事は、医療機関の開設・増床等の際、不足している医療機能を提供する病床として使用するよう条件を付すことができるとされました。正当な理由がなくこの条件に従わない場合には、医療審議会の意見を聞いて条件に従うよう勧告をすることができることとされました。

2点目は、過剰な医療機能への転換防止の要請・命令でございます。既存の医療機関が過剰な病床の機能区分に転換を希望する場合、その理由等を記載した書面の提出を求めることができ、不十分な場合には調整会議における協議への参加を求めることができるとされました。協議不調もしくは協議に参加しない場合には審議会への説明・出席を求め、やむを得ないと認められない場合には医療審議会の意見を聞いて転換しないことを要請、公的医療機関等は命令をすることができるというものでございます。

3点目でございますが、不足している医療機能に係る医療提供等の要請・指示でございます。調整会議における協議が整わないなど、自主的な取組だけでは病床の機能分化・連携が進まないような場合には、医療審議会の意見を聞いて不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請、公的医療機関等は指示をすることができるというものでございます。

最後に、病床過剰地域における非稼働病床の削減要請・命令でございます。医療審議会の意見を聞いて、非稼働病床の削減を内容とする許可の変更のための措置をとるべきことを要請、公的医療機関等は命令をするというものでございます。いずれも、構想策定後の措置でございます。

続きまして、資料4-2をごらんいただきたいと存じます。

東京都地域医療構想策定のための検討体制についてでございます。医療法では、地域医療構想の策定に当たりまして、診療または調剤に関する学識経験者の団体、市町村、保険者協議会の意見を聞く必要があるとされております。また、ガイドラインでは、策定段階から地域の医療関係者、保険者、住民、市町村の意見を聞くことが望ましいことや、策定後を見据えて地域医療構想調整会議を設置し、構想区域全体の意見をまとめることが適当であることなどが記載されてございます。これを踏まえまして、東京都保健医療計画推進協議会地域医療構想策定部会を設置いたしますとともに、策定段階から地域ごとの意見聴取の場を設けまして、ご意見を伺いながら策定部会においてご検討いただくということとさせていただきます。

右上の策定部会の設置でございますが、病床の機能分化が主要な議題となりますことから、保健医療計画推進協議会委員の一部に加えまして、高度急性期から慢性期の四つの機能区分の医療機能代表の先生方にも委員をお願いする予定でございます。

また、下段の地域ごとの意見聴取の場につきましては、構想区域を設定するまでの間、現行の二次医療圏ごととし、構想区域決定後は区域ごととしていく予定でございます。参加者につきましては、医療関係団体、区市町村、保険者協議会、四つの機能区分の医療機能代表を想定をしてございます。

続きまして、資料4-3、地域医療構想策定スケジュール（案）でございます。来週の4月30日になりますけれども、第1回の推進協議会を開催いたしまして策定部会を設置いたします。左に参りまして、同日付で策定部会第1回を開催する予定でございます。以降、策定部会を月1回のペースで開催をいたしまして、構想区域や構想実現のための施策の検討などを行っていただく予定をしてございます。また、地域ごとの意見聴取の場、構想区域が決定するまでの間は二次医療圏ごと、確定後には構想区域ごとに開催の上、ご意見を伺っていく予定でございます。策定部会でございますが、年内を目途に骨子、年度内を目途に素案をまとめた上で推進協議会に報告をいたしまして、意見照会、パブコメを経まして医療審議会へ諮問させていただくというスケジュールでございます。

続きまして、資料4-4をごらんください。

昨年10月から開始されました病床機能報告制度の集計結果でございます。最終の集計結果でございますが、まだ国から示されておりませんので、暫定版でのご報告とさせていただきます。報告内容でございますが、各医療機関が有する一般病床、療養病床の医療機能につきまして、病棟単位で現状と今後の方向を報告をいただくというものでございます。表に四つの医療機能の内容について記載をされてございますが、この定性的な基準によりまして医療機関が自己申告でご報告をいただくというものでございます。

表の下にございますが、三つの時点でご報告をいただいております。現在、26年7月1日現在の時点、それから今後の方向ということで6年経過後の予定と2025年の時点ということでございまして、2025年につきましては任意の報告ということで、半数は無回答ということになってございます。

右へ参りまして、このほか構造設備や人員配置、具体的な医療の内容についても報告の項目とさせていただきます。

集計の対象でございますが、この暫定版につきましては、3月2日時点でデータクリーニングを完了した848医療機関のデータを集計した段階のものとなっております。

下へ参りまして、左側が現状としての報告でございます。四つの機能区分の構成比でございますが、構成比の欄にございます高度急性期29.4%、急性期40.7%、回復期6.8%、慢性期23.1%ということでございます。この構成比でございますけれども、6年後、また2025年ともに、ほぼ変わらない報告になっているという報告結果でございます。

地域医療構想に関しましては以上でございます。

○小林会長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明につきまして、ご質問、ご意見等がありましたら、お願いいたします。

どうぞ、お願いします。

○山田委員 精神科病院についてなのですが、精神科医療も5疾病・5事業に入って、今後、対応しなくてはいけないことが多々あるかと思えますけれども、今後、入院の形態について、形態というか状況についても高齢者が多くなっているという実情がありますし、ところが救急についても合併症の対応についても圏域がはっきりしない。実際には二次医療圏は多摩部と区部の二つに分かれているわけですが、非常に広い範囲になっています。これを、今、現実に東京都のモデル事業で精神の合併症ということで、身体合併症ということで進めているモデル事業では、二次医療圏を基本としてつくられたブロック化という、ブロックで対応することによって地域で完結できるような状況が少しずつ見えてきています。これについて、策定部会の段階で結構なのですけれども、議論していただければという提案でございます。よろしくお願いいたします。

○小林会長 ただいま精神科病床に関しましてご提案がありましたけれども、もし今の時点で何か報告できることがありましたら、お願いいたします。

○遠藤医療政策課長 ありがとうございます。地域医療構想自体は、法定でございまして、今回、病床の機能分化を進めていくという対象となるのは一般病床、療養病床で、精神病床は除かれているという部分は一つございます。他方、今、山田先生からご指摘のとおり、東京都はこれまで二次保健医療圏単位で5疾病・5事業の事業を構築しておりまして、その中で精神、救急を初め、さまざまな事業、取組、連携を進めさせていただいております。

今後、機能分化を進めていくという単位で、この二次保健医療圏、構想区域をどうするかという、その部分を検討するに当たりまして、現行の精神を含めた5疾病・5事業、その部分と、どのような関係性、連続性が出てくるかというのは非常に大切な部分であるというふうに認識をしております。今後、保健医療計画推進協議会あるいは部会のほうで集中的にご議論いただくということになるのですが、5疾病・5事業の視点というのは十分に踏まえて議論のほうは進めさせていただきたいというふうに事務局としては考えております。

○小林会長 よろしいでしょうか。

○山田委員 ええ、結構です。

○小林会長 ほかに、地域医療構想に関する説明につきまして、ご質問、ご意見等はありませんでしょうか。

奥田委員、お願いします。

○奥田委員 4-4の資料のグラフで見ると、2025年は半数が無回答なので数字が低いということだと思っておりますけれども、こういう数値をもとに25年に計画がどれぐら

い完成できるのかどうかということ、もう少し詳しく教えてください。

○小林会長 お願いします。

○遠藤医療政策課長 26年度の病床機能報告制度は昨年の10月、法定で開始されたものでございます。制度としては、先ほどご説明させていただいたとおり、まず2014年7月1日現在、現在、どの区分だということをご自己申告をしていただきます。次に6年後、自分の病院、病棟はどの機能だということをご自己申告していただきます。ここまでは必ず答えてくださいというのが今回の法律、国の制度のつくりでございます。2025年については、これは任意で回答してくださいということになってございまして、昨年度始まった初めての制度でございまして、あくまで今、病院の自己申告というものでございます。

少しおかしな話になるかもしれないのですが、自己申告ですので、極端な話、病院さんによっては、この病院とこの病院を比べたときに、こちらが高度急性期で、こちらが急性期というのは、それはおかしいでしょうというような、そういう議論もあるかもしれないというレベルのものでございます。ただ、自分の病院がどういう形かということ、まず認識していただく。それを始めていただくというのがこの制度の始まりでございまして、これは去年の10月だけでなく、毎年ご報告をいただくこととなります。どこかの年度で自己申告ではなくして定量的な定義、これに当てはまるなら高度急性期だという、そういう基準が恐らく明確に示されると思います。そこに向かって、まず、みんなで意識づけをしていこうというのが昨年の報告の状況という形でご理解をいただければと思います。

○小林会長 よろしいでしょうか。ほかに、いかがでしょうか。

私のほうから一つ質問、よろしいでしょうか。資料の4-3に4月から5月にかけて、国から医療需要推計のためのデータ提供という項目がありますが、具体的に、どのようなデータが提供されるのかということをご教えていただけますか。

○遠藤医療政策課長 先ほど資料4の1/3で高度急性期、急性期、回復期の医療需要推計に当たっての算定式をご説明しましたが、こちらについては省令という形で3月30日、国のほうから詳細が示されております。ただ、この算定式に入れる各数字、都道府県単位あるいは二次保健医療圏単位で2025年の医療需要に向かって、その人口ですとか性・年齢階級別人口、それから受療率といったものは、これは国がナショナルデータベース、またDPCのデータを集計して、そういったエビデンスに基づいて全都道府県に提示をするということでございまして、その数字の区分が今後示されるということでございます。

○小林会長 ありがとうございます。

ほかに、いかがでしょうか。

(なし)

○小林会長 それでは、報告事項が今日は幾つかありますので先に進みまして、もし、地域医療構想は重要ですので、さかのぼって追加の質問があれば、またその時点で受け

たいと思いますので、事務局の説明を先に進めさせていただきたいと思います。報告事項の（２）と（３）を合わせて説明ということですので、よろしくお願ひします。

○小竹医療安全課長 それでは、資料５につきましてご説明させていただきます。

まず、資料５の１ページ目をお開き願ひします。

東京都医療審議会医療法人部会開催状況のご報告でございます。表の一番下、平成２７年２月２日のところ、平成２６年度の第２回の医療法人部会を開催させていただきました。その際、設立認可となりました法人が１２８件、解散認可となりました法人が１０件ございました。

続きまして、資料５の２ページ目をお開き願ひします。

医療法人設立認可件数をお示ししております。表の中ごろに合計数、計というところですね、合計数を記載してございます。今までに設立認可した延べ法人数は６，２９６件となっております。

医療法人部会のご報告は以上でございます。

引き続きまして、資料６でございます。

「届出による診療所の一般病床の設置」についてでございます。「届出による診療所の一般病床の設置」の制度を利用した診療所一覧でございます。こちらにつきましては、平成１９年度のこちらの医療審議会で届出による診療所の一般病床の設置についての基準をご審議いただきまして、４種類を東京都としては認めております。一つ目が居宅等の医療の提供の推進のために必要な診療所、二つ目が僻地の診療所、三つ目が産科医療の提供の推進のために必要な診療所、四つ目が小児医療の提供の推進のために必要な診療所となっております。平成１９年度から平成２７年４月１日現在で、記載のとおり、産科医療の提供の推進のために必要な診療所が２３件、居宅医療が１１件で、計３４診療所から届出による病床の設置ということで届出をいただいております。

私からの説明は以上でございます。

○小林会長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明につきまして、質問、ご意見等がありましたら、願ひいたします。よろしいでしょうか。

(なし)

○小林会長 それでは、議事を先に進めたいと思います。報告事項の（４）につきまして、説明をお願いします。

○瀧澤災害医療担当課長 災害時医療救護活動ガイドラインの策定についてということでございます。資料７をごらんいただきたいと思ひます。

なお、本ガイドラインにつきましては、平成２４年４月に東京都防災会議が首都直下地震における東京都の被害想定というものを発出しまして、それにおける地震の被害などにおいて医療救護活動がどのぐらい必要かというようなものを都の方針で示したものでございます。なお、地域防災計画に定める医療救護活動を具現化したものと

して、大規模な風水害等にも準用するものでございます。

2. でございます。ガイドラインの構成でございますが、第1章では災害医療体制、災害が発生したら医療体制、ここを行うのだという基本事項を記載させていただいております。第2章、第3章においては、発災後6時間、72時間、1週間等々のフェーズに合わせたこのような活動を行いましょうという内容の記載をしております。そして、第4章では様式や資料編、第5章では、後ほど説明させていただきますけれども、情報の共有をどのように扱うかというツールの使い方というような取り扱い説明という形になっております。

三つ目でございます。災害医療体制の基本事項ということで、二次保健医療単位とした災害医療体制を導入させていただきました。これは、従来、区市町村を中心とした救護活動を展開してまいりましたが、これを二次保健医療単位という概念を災害医療体制に組み込みまして、これから活動を展開したいというふうに考えております。これにより、東京都というところで広範囲に医療救護活動を行うもの、そして二次保健医療単位で災害医療体制を確保する、そして区市町村でという3階層の構想となります。

それに伴いまして、(2) 災害医療コーディネーターを、それぞれドクターをお願いしまして、東京都、そして地域、つまり二次保健医療単位での医療救護活動の統括・調整、そして区市町村における救護活用の統括・調整という3構想の状況でコーディネーターの参画をお願いしております。

なお、これまでの災害時医療救護活動ガイドラインの策定におきましては、4. これまでの検討過程になりますけれども、ワーキンググループによる検討を行い、そして東京都災害医療協議会と申します関係機関の代表者、例えば医師会の皆様、もしくは歯科医師会、薬剤師会、看護師会、あとは病院関係者、災害医学等々の方、そして自衛隊、警察、消防と行政機関も含めて、それで構成された会議で承認をいただいております。

そして、ガイドラインのポイントなのですが、これについては資料7-2、ページを1枚おめぐりください、こちらのほうで説明させていただきたいと思っております。

かなり医療救護体制ということで大きなポイントの改正がありますけれども、今回については4項目について概略を説明させていただきます。

一つ目でございます。医療救護所でございます。従来の医療救護所は、主に避難所付近にありました医療救護所で活動を行っておりましたが、今回、できるだけ対応可能な病院に近接する緊急医療救護所に集めていきたいと思いますという方針を示しております。これは、なぜかといいますと、発災直後、つまり医療救護所を立ち上げなくてはいけない、そして設備も不十分な可能性がある、そして結局は重症患者は、がんなどは搬送しなくてはいけないという状況から、緊急医療救護所という概念を策定しました。

主な医療救護所の種類というところをごらんください。救護所については、医療救

護所として医師が活動を行う救護所と消防機関等が設定する現状救護所がありますが、医師が行う救護所については緊急医療救護所、そして避難所医療救護所という二つの概念で、今、分けております。

下をごらんください。（２）緊急医療救護所と避難所医療救護所の比較でございますけれども、緊急医療救護所のところを説明させていただきます。目的は、基本的には重症度に応じた適切な医療を提供することということで、災害拠点病院などの近接地等に設定し、そしてトリアージを行うことによって、軽症者の方は、そこですぐ治療を開始する、そして重症者の方に関しては、医療機関に移動しておいて災害拠点病院で医療を開始するというような対応から、緊急医療救護所というものの設定をさせていただくというふうな方針になっております。

右側にお移りください。受援体制です。災害が発生しますと、実は東京都内、甚大な被害が想定されております。それに伴いまして、医師会、薬剤師会、看護師会、皆さんから受援体制をとることになりますけれども、都内の皆さんも実は被災者になれる可能性があるということで、今回は、日本DMATという災害医療派遣チームをどのように受けていくかということにだけスポットを当てて、ご説明をさせていただきたいと思っております。

自動参集という表現をしておりますけれども、参集拠点を指定できない場合、つまり発災から数時間、3時間から4時間後のことを想定しておりますけれども、基本的には陸路で自分で車を使って参集するという形態になっております。その中で、首都高速や東名道、中央道、関越道、東北道、常磐道を使いまして入ってくると。その中で、二次医療圏単位の病院にそれぞれ自動的に参集してくださいというような第一段階の縛りになっております。

そして、数時間、3時間から4時間を想定しておりますけれども、整理がついた段階で基本的には都内の参集拠点にお集まりくださいということになるのですが、その前段階として、高速道路の途中のサービスエリア、パーキングがあるところで一時待機していただき、そこで現在の状況から一番効果的な医療機関等へ行ってくださいというような依頼をかけるという体制の二段構えになっている状況でございます。

もう1枚、おめくりください。

災害時医療ガイドライン、ポイントの二つ目です。情報連絡体系の対象範囲ということでございますけれども、基本的には、連絡体系についてはこのような図になっております。厚生労働省をトップにしていますが、あくまでも、これは指揮・命令というのではなくて情報連絡のルートでございます。その下に東京都、東京都の福祉保健局が入りまして、そして、その下に二次医療圏単位での医療対策拠点が12入ります。そして、医療対策拠点の中に災害拠点病院や区市町村の医療救護の本部が入るというような体制で情報連絡もしくは統括というルートをつくらせていただきますという話です。

なお、これを災害時の基本としますが、医療圏については、道を挟んで実は隣の区

に行ってしまう、もしくは隣の医療圏に入ってしまう、近接する場合もある、もしくは平素から連絡があるという体制がありますので、事前にルールが定められている場合は医療圏を超えた対応もできますよというところで、(2)ということで事前ルールがある場合の情報を示しております。

4. です。広域災害救急医療情報システムでございます。このような情報については、基本的には複数の手段を確保しておりますけれども、基本的にはEMISと呼ばれる広域災害救急医療情報システム上で情報のやりとりを行います。EMISと呼ばれるものの画面は、最初の初期画面が設定されますけれども、その下の段階にありますのが、まずは発災したら最低限これだけは入れてくださいという項目になっております。あくまでも数とかは要りません。スイッチでぽんぽんということで、病院は継続できますか、ライフラインはサプライされていますか、患者はどうか、職員の状況はどうかというところ、そして、どんどん順次、これが時間経過をもって反映されていくというような医療情報の収集システムになっております。

それでは、資料7にお戻りください。

このような内容でございますけれども、本ガイドラインについては、これから検証が必要だということで、これからガイドラインの検証を行わせていただきたいと思っております。検証スケジュールにつきましては、(2)本年の9月1日に立川で行われます東京都・九都県市総合防災訓練や内閣府の広域医療搬送訓練等で本ガイドラインを用いた訓練を行い、そして、この内容をさらに検証し、さらに修正し、よりよいものにしていきたいと考えております。

説明は以上でございます。

○小林会長 ありがとうございます。

ただいま説明のありました災害時医療救護活動ガイドラインにつきましては、東京都災害医療コーディネーターでもある猪口委員がワーキンググループの会長として作成にかかわっていただいたということでございますので、猪口委員、補足等があればお願いいたします。

○猪口委員 東京都医師会の猪口です。

このガイドラインは、皆さん、ご存じのように、東日本の大震災を契機に、以前、阪神淡路の大震災を契機に東京都の災害医療計画をつくったわけですが、東日本を受けて改定したものです。災害、こういう非常時になったときに対処の仕方として、少数精鋭で手なれのメンバーで対処していくというのが阪神淡路のときの非常に小さな地域で起きた災害をもとにしたときの発想だったのですが、今度の東日本のように広域でありますと、しかも被害者が多い。東京の関東の首都圏の災害、直下型の場合を考えると、死者で1万人弱、重症患者で2万2,000人ぐらい、それから医療を必要とする方たちが大体15万人弱ということを見ると、少数精鋭、災害拠点病院だけでやっていくということとはとても無理だろうということで、今回、総力戦ということで、東京の持てる医療をなるべく活用していこうという発想でやっています。

ですから、非常に膨大なガイドラインとなっておりますけれども、主眼とするところは、やはり、それだけの総力戦でやる、手なれていない人たちまでも一緒に戦力として戦っていくためには、情報網をしっかりとすること、それからコマンドが徹底できるようにということで、情報網だけではなくて機動部隊、それから東日本のときにありました想定外のことが起きた場合に、誰と、どういうふう話し合って考えていくのかというようなことまで含めて災害医療計画を立てられておきまして、それに基づいて、なるべく具体化するようにガイドラインをつくっております。

こういう計画はベストばかりが選べるわけではございませんで、ベター、こちらのほうがいいのではないかとというようなところもございますので、最後のガイドラインの検証におきましては、検証しながら、これが本当にベターなのかということを振り返りながら毎年毎年更新していけるような、そういうものになっております。まだまだ足りないところはあると思いますので、皆様におかれましては、ご指摘いただければ今後ずっと改善をしていきたいと考えております。よろしく申し上げます。

○小林会長 ありがとうございます。

それでは、災害時の医療の体制の報告につきまして、ご質問、ご意見等がありましたら、お願いいたします。よろしいでしょうか。

(なし)

○小林会長 それでは、先に進めたいと思います。

報告事項の(5)をお願いいたします。

○諸星事業推進担当課長 それでは、東京都周産期医療体制の整備計画についてご説明させていただきます。資料8をごらんいただきたいと思います。

この計画につきましては、22年10月に作成したものとつきまして、資料の上段にございます改定の目的にございまして、安全・安心な周産期医療体制の確保・強化を図るといふところの設定をしまして、東京都周産期医療協議会の意見を踏まえまして、この3月に改定し公表したものでございます。

計画期間につきましては平成27年度から31年度までの5年間となりますが、情勢等の変化に応じまして期間内でも必要な見直しを図っていく等としております。

まず初めに、今回の改定のもとになりました母子保健指標の動向等の主なものでございます。資料の左の上のほうでございまして、母子保健指標の動向等でございまして、平成25年の出生数につきましては10万9,986人ということで、今後5年間は横ばいであろうということで推定をしております。また、低出生体重児や35歳以上の母からの出生数についても、ともに増加をしているというところで推計をしているところでございます。

続きまして、22年の10月策定計画の施策の取組の状況でございまして、資料の左側をごらんください。

主なものとしまして、周産期医療の施設の整備としまして、これまで周産期医療センターの運営とか施設整備に対する支援を行いまして、NICU病床につきまして平

成 22 年 10 月の段階で 261 床であったところ、27 年 3 月には 54 床増床で都内全域で 315 床の整備という形になっております。

また、周産期搬送体制の整備としまして、母体救命対応の総合周産期センター、いわゆるスーパー総合周産期センターでございますけれども、4カ所という形で拡充をさせていただきました。また、周産期搬送コーディネーターという職員を東京消防庁に配置いたしまして全都的な搬送調整を推進するとともに、25 年 3 月には胎児救急搬送システムというものの運用をスタートしたところでございます。

あわせて、一番下段でございますけれども、NICU等への入院児の在宅等への移行支援につきまして、周産期医療センター等に入院児支援コーディネーターの配置を促進するとともに、在宅移行後の家族を支えるためのレスパイト病床とか在宅療養児一時支援事業を7施設等で実施をしているところでございます。これによって、在宅移行の部分についての移行を支援してまいりました。

続きまして、右側のほうに目を移していただきます。

これらの状況等を踏まえまして、今回の計画につきましては三つの視点に基づいて改定をさせていただいているところでございます。

取組の視点1としまして、高年齢の出産や低出生体重児の増加等に対応するため、ハイリスク妊産婦とか新生児へのケアを強化するというところでございます。まず、一番上の周産期医療に必要な病床としまして、ハイリスク妊産婦や低出生体重児の増加等を踏まえまして、引き続き出生1万人対30床を基本としまして都内全域でNICU病床を320床確保しているという形にしております。また、NICUとかGCUの整備についても、引き続き整備を推進してまいりたいと思っております。

また、2番目の各周産期の関連施設の機能でございます。ハイリスク妊産婦とか新生児の状況や地域の医療資源等の状況を踏まえまして、必要に応じまして総合周産期医療センターとか地域周産期医療センターの指定・認定等を検討してまいりたいと思っております。また、NICU等に理学療法士の配置を推進しまして、児の望ましい成長発達を支援する形で運営費のほうで加算を行うような形になっております。また、3番目としまして、多摩地域における周産期医療体制という形で、多摩新生児連携病院の指定の拡大を図るということで、新生児搬送体制を強化してまいりたいというふうに考えております。

続きまして、取組の視点2としまして、母体救命が必要なハイリスク妊産婦への対応の強化でございます。母体救命の対象症例等の増加や、また搬送状況等を踏まえまして、新たなスーパー総合周産期センターの指定とか、これらの母体救命の制度の適正な運用を推進してまいりたいというふうに思っております。また、一次周産期医療機関等の医師とか助産師さんを対象としまして、産科危機的出血等における初期対応の強化を図る研修で産科救急の対応能力を向上してまいりたいというふうに思っております。

続きまして、取組の視点3としまして、NICU等の長期入院児に対する在宅移行

支援を強化するということになっております。先ほど取組の状況でご説明しましたとおり、NICUの入院児の支援コーディネーターについては、さらなる配置を促進してまいりたいと思っております。また、在宅移行支援病床とかレスパイト病床についても、引き続き拡充を図ってまいりたいというふうに考えております。また、三つ目としまして、在宅療養への移行にかかわる関係者の多職種連携を目的としました研修を実施させていただくという形で体制を強化していきたいというふうに思っております。また、四つ目でございます。在宅療養につきましましては、モデル事業での取組等を踏まえまして、小児等在宅医療検討部会というものを別途立ち上げておまして、地域における連携に係る新たな施策展開をこちらの部会等で検討させていただくというところを盛り込んでおります。

また、これらの三つの取組の視点を支える取組としまして、例えば、東京都地域医療医師奨学金制度等の実施等を含めて医師を確保していくと。また、分娩取扱施設間での助産師の出向支援等で助産師の実践能力を向上していくと。また、いわゆる未受診妊婦とかの部分がありますので、受診促進をして切れ目のない支援体制の整備を推進していくというようなものを、今回の周産期医療体制整備計画に盛り込ませていただいたところでございます。

ご説明については以上でございます。

○小林会長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの報告につきまして、ご質問、ご意見等がありましたら、お願いします。

はい、お願いいたします。

○橋本委員 東京都医師会の橋本でございます。

ハードの面でいろいろと整備をされている印象は本当にあるのですが、一番肝心なのは真ん中で働く医師の確保だと思います。特に、周産期といっても産科と小児科では全く違います。産科の先生はある程度確保はできるのですが、MFICUとかGCUとか、このあたりのドクターの確保というのは、これ多分、どの病院も四苦八苦されているのではないかと思います。この医療部門に病院が参入するというのは、かなり赤字を覚悟で参入しなくてはいけないということもあります。そういう意味で、医師を育てる、あるいは医師を確保するという意味でも、何らかのインセンティブを行政的に確保していただかないとなかなかお医者さんも集まらないのではないかなと思います。現実に、非常にハードな仕事でもありますし、最も大切なのは中心になって働く医師を育て確保することなのではないかと考えています。

○小林会長 ご意見、ありがとうございます。もし、今のことに关しまして都のほうから何か取組等がありましたら、お願いいたします。周産期を担う小児科医に関する確保等の取組ですけれども。

○諸星事業推進担当課長 ご意見、ありがとうございます。東京都としましては、今回の計画の中にも盛り込んであるのですけれども、例えば、新生児科医の確保という形

で新生児の医療担当医の確保事業とか、産科医の育成支援事業等を含めて事業化をしておりまして、分娩手当と研修手当等、こういったものを補助するという事で医師の確保に努めてまいっているところでございます。

○小林会長 ほかに、いかがでしょうか。

どうぞ、尾崎委員、お願いします。

○尾崎委員 私ども医療者としては、妊娠されれば、それなりに全力で母体、そして胎児を守ると、出産体制も全力を尽くすということはやっていこうと、不備もないようにやっていこうと思っておりますが、左側の一番上のほうを見ていただくと、35歳以上の母からの出生数というのが、かなり、倍以上にふえております。それから、それに伴ってかどうかは別として、低出生・超低出生体重もふえております。こういったことは、以前は、高齢出産というのはいろいろな危険が伴うので、やはり若いうちに産みましょうという話がかかなりあったと思いますが、現在では、そういういろいろな社会状況が、なかなか若い女性が産めないという状況も、もちろんございますが、もう一つは35歳を超えても十分リスクなく産めるのではないかというような全体的な考え方も社会の中にあるように思います。

そこで、私は、ぜひ、今日、都議会の先生方もいらしていますので、そういう社会とか経済の状況として、若い方の女性になるべく産めるような環境づくりと、それから、やはり35歳を過ぎますといろいろなリスクが出てくるのは当然でございまして、それに対してきちんとした対応を、女性の方にそういったことを基本的な知識として知っていただく。そういうことを、例えば中学生、高校生から、若いときにきちんと産んだほうが母体も健康であるし、生まれてくるお子さんも問題が起きないですよというようなことを、ぜひ、いろいろな社会として、東京都として、そういったことを推進していただきたい。

私どもは、もちろん医師として、当然、全力を尽くしてやりますが、このままこういう状態が進みますと、小児科・産科の医師の確保についても、それからNICUで必死に頑張っている先生、それから産科で本当に毎日、何件も分娩をおとりになっている先生を私もよく知っていますが、やはり皆さん、疲れ切っておりますので、そろそろそういった根本的なことを考えていかないとなかなかうまくいかないのではないかというのが私ども医師の意見でございます。

○小林会長 ありがとうございます。

ほかに、いかがでしょうか。実は、私のところの研究室も生育医療研究センターの医師と協力をしまして、妊娠・出産、あるいはプロダクティブ・ヘルスの知識と出産年齢とか、そういう研究をしていまして、やはり教育は重要だという知見が出てきていますので、ぜひ東京都でも、恐らく中・高になりますかね、東京都だと中学・高校あたりの教育かなと思いますが、もし、そういう試みも可能でありましたら、お願いしたいと思います。

ほかに、いかがでしょうか。

(なし)

○小林会長 それでは、先に議事を進めたいと思います。

最後の報告になりますが、(6) 東京都医療勤務環境改善支援センターについて、説明をお願いいたします。

○中島医療人材課長 それでは、資料9をごらんください。東京都医療勤務環境改善支援センターの取組についてということで、医療人材課のほうからご報告をさせていただきます。

こちらの資料でございますが、平成27年3月27日に開催いたしました東京都医療対策協議会の場で既にご報告をさせていただいている資料でございます。本日、また、この場で改めてご報告をさせていただきたいと思います。

昨年の医療法改正によりまして、医療機関の勤務環境改善に関する規定というものが整備されました。こちらは、先生方、もうご案内のとおりかと思えます。医療機関の管理者に対しましては、勤務環境改善等への取組が努力義務とされました。あわせて都道府県に対しても、そういった医療機関の取組を促進するための支援と、そのための支援拠点の確保といったものが努力義務として求められるようになりました。これを受けまして、都におきまして昨年10月、法の施行日に合わせまして東京都医療勤務環境改善支援センターを開設したところでございます。

左側のセンターの概要をごらんください。

こちらに簡単に図で示しておりますけれども、センターで実施する業務内容といたしましては、専門家を配置したという体制の中で相談業務に依拠していくというのが主たる業務になっております。黒抜きで書いておりますが、医療労務管理アドバイザー、こちらが東京労働局から委託を受けました東京都社会保険労務士会からの社労士が配置されております。また、医療経営アドバイザー、こちらは東京都が委託をしております日本医療経営コンサルタント協会のほうから派遣されております医療経営コンサルタントを配置するという体制で、その下でございます導入支援、こちらは病院に対するアウトリーチの支援になっております。また、電話、来所によりまして随時相談に依拠していくというのが主たる業務でございます。

また、その下、(2) 普及啓発活動という四角でございますが、東京都といたしまして中心的な役割りといたしましては、こういった勤務環境改善に関する普及啓発活動に取り組んでいくということで、こちら、このセンターの重要な業務として位置づけられております。

このセンターを運営するに当たりまして、右側をごらんいただきたいのですが、関係団体の皆様方のご意見を踏まえながらセンターを運営していくという趣旨でございまして、運営協議会というものを設置しております。そちらに書かれております9団体のご協力をいただきまして、委員の先生を出していただいております。毎年度、上半期と下半期の年2回開催するというところで考えておりますけれども、昨年度は10月開設でございましたので、10月27日の1回のみ開催ということで開催を

いたしました。

導入支援等に動き始める直前の開催というタイミングでございまして、その際、運営協議会の先生方のご意見といたしましては、勤務環境改善ということは病院ごとにかなりデリケートな面もあるということで、相談に応じるに当たっては丁寧にやってほしいというご意見ですとか、その後のフォローアップや勤務環境改善の取組そのものの広報もしっかりやってほしいというようなご意見を頂戴いたしまして、そういったものをセンター業務の中に反映させていきたいというふうに考えております。

26年度の取組の内容でございしますが、右の下をごらんください。先ほど申し上げました専門家による相談支援といたしましては、導入支援と随時相談という二つのメニューがございます。

こちらにつきまして、導入支援のほうでございしますが、こちらは勤務環境に取り組みたいけれども、一体、どこから手をつけたらいいのかわからないというようなゼロベースから取組を考えている医療機関を対象とした支援と想定しております。経営面、労務面のアドバイザーが、実際に医療機関を訪問いたしまして支援を行います。具体的には、職員意識調査であるとか職員に対するヒアリング、そのほか経営指標やその病院の離職率といったような既存のデータを活用いたしまして、その医療機関の課題がどこにあるのか、といったことを明らかにしていくということをお手伝いしております。そこで明らかにされた課題につきまして、各医療機関が自主的に勤務環境の改善に取り組むという方向に動けるようにという支援を、年度末までの期間という一応期間限定でございすけれども、そういった支援を実施しているというのが、こちらの導入支援でございます。

昨年度ですが、センター開設に先立ちまして、この導入支援を希望する医療機関を募集いたしましたところ、10の医療機関から手が挙がりました。昨年度、半年間ではございましたが、この10医療機関に対しまして導入支援を実施させていただいております。

その表の中ほどに書いてございますが、ヒアリングであるとか意識調査を実施した結果、明らかになった課題としては、そこにあるようなものが挙げられます。内容としては比較的当たり前かなと思われるようなところもあるかと思っておりますけれども、第三者が医療機関に入って客観的な目で見たということ、ここが非常に意味があるかなというふうに考えております。実際、院内での情報共有であるとか、あるいは職員の不満といったものが管理者側にはまだ認知されていなかった、そういったものが、こういったヒアリングやアンケートを通じて改めて管理者に知らしめられたといったような感想もいただいております。そういう意味では、客観的な観点で分析をするというのは意味があるのかなということを改めて実感しております。

本年度の導入支援でございしますが、課題を明らかにするということから一歩進みたいと考えておまして、医療機関みずからが何らかの改善計画を策定しようという場合に、アドバイザーが専門的な見地から助言を行うという改善計画策定支援といっ

た新たなメニューも追加して、現在、募集をしているところでございます。

その右側でございますが、来所または電話によります随時相談のほうでございます。先ほどの導入支援は、やはり一定程度、期間を区切って継続的な支援という形をとっておりますが、こちらは随時、その場その場で解決を目指すというサービスになっております。昨年度は労務面のアドバイザーと経営面のアドバイザー、2名を週5日、毎日配置するという体制で電話を受けておりました。ただ、実績のところをごらんいただきますと、大変残念ながら月3件程度のご相談という実績にとどまっております。

ですので、これは、また、もう少しセンターの認知度を高める努力をしていかなければならないなというところは反省点でございます。今後は導入支援のほうに力を入れつつ、あわせて随時相談をさせていただき、あるいは東京都としての研修会の開催であるとかセミナーの開催、そういった場を使いまして、もう少しこのセンターの認知度を高めていきたいというのが今年度の課題というふうに考えております。そのためには、本日、おいでいただいております委員の先生方にも、いろいろな場面でご協力をいただければというふうに考えております。

私からの説明は以上でございます。

○小林会長 ありがとうございます。

それでは、遅れていました樋口委員が到着されましたので、早速ですが、ちょっと簡単にご挨拶だけお願いいたします。

○樋口委員 東京大学の樋口と申します。よろしくお願いいたします。

○小林会長 どうもありがとうございます。それでは、ただいまの報告につきまして、ご質問、ご意見等がありましたら、お願いいたします。まだまだ十分に活用されていないところもあるということですので、広報等、委員の先生方もよろしくお願いいたします。

それでは、以上で報告事項は全て終わりになりますが、まだ少し時間がありますので、さかのぼって、どうしてもこの質問はというのがありましたら、お願いいたします。

どうぞ。

○稲波委員 東京都病院協会でございます。

梶原局長もおっしゃったとおり、東京都は特定機能病院が13もある非常に特殊な行政単位であります。一方地域医療構想は日本全体に適応すべく策定された政策でありまして、東京都に適応するには困難な、また適応するのに不都合な点多々見受けられます。そこで東京都病院協会では東京都医師会と共に、地域医療構想策定に関する様々な提言を作っております。是非その内容を吟味して頂いて、織り込んで頂ければと存じます。

以上です。

○小林会長 ありがとうございます。

ほかに、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

(なし)

○小林会長 それでは、本日の議事につきましては、これで終了としたいと思います。

事務局のほうから、何かございますでしょうか。

○遠藤医療政策課長 本日は、長時間にわたりまして活発なご議論をいただき、ありがとうございました。

資料でございますが、机上に残していただければ、事務局から後ほどご郵送させていただきます。また、本日、車でいらっしゃる方は、駐車券を用意しておりますので、事務局までお知らせください。

次回の開催の予定でございますが、先ほど地域医療構想のスケジュール（案）のところでもお示しさせていただきましたが、年内12月を目途に骨子をまとめる予定でございます。骨子まとめ次第、医療審議会の日程の調整のほうをさせていただきたいと思っております。委員の皆様には、引き続きよろしくお願いたします。

事務局からは以上でございます。

○小林会長 それでは、これをもちまして、本日の東京都医療審議会を終了させていただきます。本日は、皆様、どうもお疲れさまでした。

(午後 5時17分 閉会)