

令和元年度 第1回  
地域で安心して医療を受けられる  
環境づくり検討部会  
会議録

令和元年11月6日  
東京都福祉保健局

(午後 7時00分 開会)

○久村地域医療担当課長 まだ、お見えでない先生もいらっしゃいますが、定刻となりましたので、ただいまから第1回地域で安心して医療を受けられる環境づくり検討部会を開会とさせていただきます。

委員の先生方、ご多忙のところ委員をお引き受けいただきまして、また本日、ご出席いただきましてまことにありがとうございます。改めまして、私、東京都福祉保健局地域医療担当の久村でございます。議事に入りますまでの間、進行を務めさせていただきますのでよろしくお願いいたします。では、着座にてご説明をさせていただきます。

まず初めに、本日の資料の確認をさせていただきます。お手元の資料、次第をごらんいただきますと、配付資料が下段に記載してございますが、資料1から資料8、それから参考資料1から4と、それから、救急医療の東京ルールに関しますルールブック、こちらのほうも参考資料として別途配布させていただいておりますので、よろしくお願いいたします。関係する議事の都度、資料確認、概要のご説明をさせていただきますので、万が一、不足等ございましたら、事務局までお申しつけいただければと存じます。

続きまして、本日、会議の公開につきましてですが、本日の会議、公開とさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

それではまず、開会に先立ちまして、福祉保健局医療改革推進担当部長の田中より、ご挨拶申し上げます。

○田中医療改革推進担当部長 改めまして、こんばんは。東京都福祉保健局医療改革推進担当部長の田中でございます。このたびは、本当にお忙しい中、本部会の委員をご就任いただき、また、本日ご参加いただきまして、ありがとうございます。

この検討部会の題名が、地域で安心して医療を受けられる環境づくりということで、非常に、ある意味、広いし、何か漠然としているしということなのですが、狙いとしましては、医療のかかり方についてということの一つ、課題として認識をして、それに対してどうしていったらいいかということをご検討いただきたいということでございます。軽い症状であっても救急車を呼んでしまうとか、大きな病院に行ってしまうというようなことは、もう相当昔から医療の中では課題の一つとして考えられておまして、それに対して、東京都でもひまわりの相談であったり、また、平成19年からは消防庁の#7119だったり、また、きょうお配りしておりますこの東京ルールですとか、また、本日の資料にもあります、この医療情報ナビですとか、さまざまな方法で普及啓発といえますか、その相談窓口も設け、啓発もしてきたところではありますが、なかなか、改善しないといえますか、その課題が大きく好転はしていないという、相変わらず課題のままであるという状況かと思えます。

これに対して、今後、その症状に応じた医療のかかり方を啓発していく、また、どういう啓発をしていったらいいのか、また、何があったら、軽い症状で本当は救急車を呼ばなくてもいい人が呼ばないで済むようになるのかというようなことを検討して、何か

しら、その具体的な取組につなげていければと思っております。

また、最終的に、人生の最終段階で今、アドバンス・ケア・プランニングということも進められておりますが、本当は自宅でみとってほしい、最後の最後に救急車で運ばないでほしいと思っておられる方が、運ばれないで済むようにという意味でも、この医療のかかり方ということについて、ACPも切っては切れないものかなと思っております。

そのようなことについても、この部会の中でお話し合いをしていただければと思っております。それぞれ、本当に専門の立場から、また、地域で実際に活動していらっしゃる立場から、さまざまな経験を通して、貴重なご意見をいただければと思っておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

○久村地域医療担当課長 続きます、第1回目でございますので、委員の先生方をご紹介させていただきます。資料1の委員名簿を、恐れ入りますがごらんください。名簿記載順にご紹介させていただきますが、時間の関係上、お名前のみご紹介させていただきます、所属等につきましては、名簿でご確認いただければと思います。

それでは、まず飯島委員でございます。

○飯島委員 よろしくお願ひいたします。

○久村地域医療担当課長 石山委員、中山委員からは、ご欠席とのご連絡をいただいております。

三浦委員でございます。

○三浦委員 三浦でございます。よろしくお願ひします。

○久村地域医療担当課長 土谷委員もご欠席ということでございます。

西田委員でございます。

○西田委員 よろしくお願ひいたします。

○久村地域医療担当課長 佐々木委員でございます。

○佐々木委員 よろしくお願ひします。

○久村地域医療担当課長 英委員でございます。

○英委員 英です。よろしくお願ひします。

○久村地域医療担当課長 内藤委員は、遅れてお見えになるかと思っております。

続きます、秋山委員でございます。

○秋山委員 秋山です。よろしくお願ひします。

○久村地域医療担当課長 続きます、山口委員からは、ご欠席のご連絡をいただいております。

江原委員でございます。

○江原委員 江原です。よろしくお願ひします。

○久村地域医療担当課長 白井委員でございます。

○白井委員 白井です。よろしくお願ひいたします。

○久村地域医療担当課長 葛原委員でございます。

○葛原委員 葛原でございます。よろしくお願いいたします。

○久村地域医療担当課長 大家委員でございます。

○大家委員 大家です。よろしくお願いいたします。

○久村地域医療担当課長 それから、本検討部会、2名の先生がオブザーバーでお越しただいております。まず東京都には、都民の医療に関する理解促進、それから都民と医療従事者との相互理解の促進を図るという目的で、医療情報に関する理解促進委員会を設置しております。今後、こちらの取組に関しましては、この理解促進委員会とも連携して、取組を進めていくこととなりますので、こちらの委員会の委員長をお願いしております河原先生に、オブザーバーをお願いしております。

○河原氏 河原でございます。よろしくお願いいたします。

○久村地域医療担当課長 それから、この検討部会の親会に当たります、東京都在宅療養推進会議の会長、新田先生をお願いしております。

○新田氏 新田です。よろしくお願いいたします。

○久村地域医療担当課長 続きまして、本部会の部会長でございますが、在宅療養推進会議の新田会長からご推薦をいただいております、飯島先生をお願いしたいと存じます。皆さん、よろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○久村地域医療担当課長 ありがとうございます。それでは、飯島先生に、本部会の部会長をお願いしたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

○飯島部会長 はい。じゃあ、改めまして、東京大学の飯島と申します。ちょっとおぼつかない点もあるかもしれませんが、是非とも、いろいろアシストしていただきたいと思っています。

また後ほど、事務局側からこの部会の趣旨や狙いについてお話があると思いますが、基本的には、救急搬送・体調不良という視点と、あとACPという視点、二つの大きな視点をやっていく中で、一番ここは難しい市民啓発という部分も深掘りしたいと思いません。先ほど部長からもお話がありましたように、従来やってきたんだけど、なかなかもう一枚、もう一回り次に行かないというところをどうやっていくのかというものを、それこそ忌憚のないフリートークをしながら、また第2回目に向けて、ちょっと具体案を絞り込んでいくという流れを想定しておりますので、ぜひともご協力いただきたいなと思います。

あと、また後ほどの議論の中で話し合いたいですが、市民の方々が、どのように自分事のように思うのか。総論は賛成でも、いざバタバタ状態になるとという感覚があります。そこに対して、みんなで共有の財産である資源をどう共有するのかという感覚を改めて自分事のように思ってもらえるようなアプローチが必要かなと思っています。いろいろご議論いただければと思います。

では、部会長をやらせていただきますが、まず今回の検討部会において、委員の皆様

に検討していただく内容と、この地域で安心して医療を受けられる環境づくり、この事業の目的、あと、今後のスケジュールについて事務局から一通りご説明いただきたいと思います。

では、お願いします。

○中島課長代理 東京都福祉保健局医療政策部の中島と申します。よろしくお願いたします。

それでは、資料3をお開きいただけますでしょうか。こちらの「地域で安心して医療を受けられる環境づくり」、こちらのまず事業の目的についてご説明させていただきます。

まずは、皆さんご存じのとおり、救急搬送に関しましては、高齢化の進展によりまして、毎年増加の一途というところと、また今後も、救急医療というのは増加していくということが予想されています。

また一方で、救急搬送の人員のうち半数以上が軽症という形になってございます。また、都民に対する世論調査、平成28年より実施しておりますが、そのときも体調不良時に最初に大病院へかかるという方が1割、また、体調不良時に119番をかけて医療機関を探すといった方や、または、119番をかけて救急車を呼ぶといった方も、15%程度いらっしゃるというような回答になってございます。

実際には、症状によって医療が受けられるということが、都民の皆さんにとってもいいことであるということで、我々としては、こうした課題ですとか現状を踏まえまして、また、これも説明にありますとおり都民に対しての医療のかかり方に対する理解促進の取組が必要であるということと、それから何か体調が悪くなったときの相談を受けて支援する取組機能というのが、さらに充実していければ、症状に応じた医療のかかり方というのも推進されるのではないかとこの取組のほうを開始させていただいているところでございます。

また、加えまして、都民が住みなれた地域、自分の意思に沿って安心して医療が受けられるということで、アドバンス・ケア・プランニングに関する普及啓発の取組につきましても、この事業の中で検討を進めて実施してまいりたいと考えております

それから、次の2の取組内容のところ、この事業の中で取り組む内容についてまとめてございます。まず、一つ目が、理解促進に関するところでございます。現在、医療のかかり方に関する取組としましては、先ほども出しましたが、暮らしの中の医療情報ナビといいまして、机上に冊子を配布させていただいておりますけれども、こちらを医療機関や、それから医師会様などを通じまして、都民に配布して普及啓発をしているというところがございます。

こちらのほうでは、例えば夜間の受診はどうしたらいいのかとか、救急車の呼び方はいったところから、医療機能の役割分担の重要性だとか、そういったことも掲載しているものでございます。

また、平成21年度からには、「救急医療に関する東京ルール」というものも都のほうで定めまして、救急医療のほうの適正利用に関しましても、都民への普及啓発を今までも図ってきたところではございます。今後改めて、症状に応じて医療にかかるということを、都民の皆さんに理解促進を図っていただくに当たって、どのような取組が必要か、どういった形での効果的な振り方が行えるかといったところを皆さんの意見を頂戴して、具体的な取組につなげていきたいというふうに考えています。

それから、二つ目が、そうした症状に応じた医療のかかり方を推進するための取組の一つとしまして、体調不良時の、先ほど申し上げました相談の取組についてでございます。東京都では、救急車を呼ぶか迷ったというときには、#7119の仕組みがございます。また医療機関を探したいというときには、医療機関案内サービスひまわりというものがございますし、また、子供の健康相談、医療相談に関しましては、#8000という仕組みがございます。

こうしたものが、現在、都にはあるんですけれども、例えば#7119であるとか、あるいはひまわりでは、例えばひまわりに関しては夜間の、例えば健康相談だったり、医療相談だったりというところができなかったり、あるいは、#7119であれば、ときには救急車を呼ぶか呼ばないかというところの相談であるというところもございまして、例えば、救急車を呼ぶというほどじゃないんだけど、体調不良で心配だなとか、医療機関にこういった場合はかかるべきなのかどうかとか、あるいは健康に関する不安だとか心配で、どう対応すればいいかといったような、救急車を呼ぶか呼ばないかの一步手前の部分のところと、相談できるような窓口というのがあれば、一層、その症状に応じた医療のかかり方というのが進んでいくのではないかなということを考えているところでございます。

この検討部会では、こうした相談支援の取組の充実というものが、まず、そういったものが必要かどうかというところの点と、それから、そうした相談支援を受けて、相談を受けた後のバックアップの体制でありますとか、支援の体制の必要性、具体的な取組につきまして、皆さんと意見交換をさせていただきたいと考えています。

また、そのほかにも、症状に応じた医療のかかり方を推進するための効果的な取組というものがありましたら、委員の皆様からこの検討部会でご意見を賜ればとも考えております。

それから、この事業の中で、アドバンス・ケア・プランニングに関しましても、都民に対する普及啓発と、それから医療介護関係者への理解促進を図っていくという取組についても実施してまいります。

取組の全体像は、以上になります。

資料4をおめくりいただけますでしょうか。本日の第1回目の検討部会につきまして、その目的と内容をご説明させていただきます。

本日、第1回目につきましては、この後ご説明させていただきますが、救急搬送に関

するデータですとか世論調査の結果などをご紹介させていただきまして、まず都の現状を皆さんと共有させていただきたいと思います。その後、それらのデータベースの結果に関してのご意見ですとか、また実際に皆さんが現場で課題だと認識されていることなど、医療のかかり方のところで、こういうところが課題だというふうに考えていただいているところにつきまして、ご意見を賜ればと思っています。

その後、医療のかかり方の理解促進の参考ということでさせていただきたいんですけども、国のほうで行っている取組、上手な医療のかかり方を広げるための懇談会というものに取り組んでいるんですが、その取組のご紹介をさせていただくことと、また体調不良時の相談の取組の参考としまして、東京都の#7119、それからひまわりの取組について簡単にご紹介させていただいて、また実際にそうした救急車を呼ぶ手前の軽症の体調不良のときの電話相談などを実施している、ほかの自治体の取組などもございますので、紹介させていただきます。

また、本日お越しいただいています、新宿ヒロクリニックの英先生が取り組んでいらっしゃる「よりそいコール」につきましても、こちらは事前に登録をしておくことで、電話相談の受付というか、緊急時の医師の往診などを受けられるという形になっておりまして、後ほど詳しく英先生からご紹介させていただきたいと考えております。

それから、フランス・スウェーデンの海外の取組につきましてもご紹介させていただきます。例えばフランスのほうでは、日本で言うところの119番にかけた後のオペレーターによるトリアージの流れですとか、それから患者さんの希望に応じて、その後、SOSメドサンと言って、いわゆる民間の救急往診のサービスがあるというところがあるんですが、そういった取組につきましてご紹介をさせていただきたいと思います。

それらを参考にさせていただきまして、最後、都においてどのような取組を行っていくべきかというところを意見交換、どんな取組が考えられるかといった意見交換をさせていただきたいと思います。

本日は、第1回目でございますので、何かを決めたりとか、判断していただいたりとかというような形ではなく、キックオフの位置づけとしておりまして、皆様から多くの意見を頂戴する会と考えておりますので、ぜひ、忌憚のないご意見をいただければと思います。

米印で記載しておりますが、アドバンス・ケア・プランニングに関しましては、第2回目の議論のほうで始めさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いたします。

それから、最後の意見交換のときの論点につきまして、下段に記載しておりますけども、後ほどもご説明はさせていただくんですが、まずは理解促進のための取組についてというところと、それから、体調不良の相談支援の取組の充実といったところ。それから、そうした取組のほかに、何か具体的・効果的な取組があれば、ご意見を賜りたいというところで考えているところがございます。意見交換の論点については、また後ほど、

ちょっと詳細のほうはご説明させていただきます。

続きまして、資料5をお開きいただけますでしょうか。この取組のスケジュールにつきましてまとめてございます。まず現在、都民に対して医療のかかり方や体調不良のときの対応に関する意識調査というのを実施しております。下段に記載しておりますけれども、二十歳以上の都民の方を対象に、ちょうど先日から回収を開始しております、調査期間約3週間をとってございます。12月末ごろに最終の集計結果が取りまとまる予定でございますので、次回の第2回の検討部会で、その結果を報告させていただきたいと思っております。

また、年明け以降に第2回目の開催を予定しておりますけれども、第2回目では意識調査の結果が出ておりますので、それを踏まえて意見交換を詳しくいただけるかなというところと、また、それから、ACPの取組につきましては、現状の説明であったり、現場での状況や課題、それからACPに関して、皆様、今後、どのような取組が東京都でできるかというところを意見交換していただくというふうを考えております。

それぞれ方向性が固まってまいりましたら、右側のほうの令和2年度以降のところになりますけれども、まずは今検討部会におきまして、令和2年度以降の取組の方向性をそれぞれ検討し、その後は取組ごとに詳細な検討に入って行く形になります。例えば理解促進に関する取組、上のほうに、都民に対する普及啓発の取組を記載しておりますが、オブザーバーとして今回参加をしていただいております河原先生が座長の医療情報に関する理解促進委員会、こちらのほうで具体的な取組のほうをご議論いただきまして、実施につなげてまいりたいと考えています。

また、先ほど申し上げました体調不良時の相談支援などの取組につきましては、具体的な取組内容の検討であったり、その実施主体ですとか、運営方法なども含めまして、時間をかけて議論していく必要があるかというふうを考えておりますので、今年度だけではなく令和2年度いっぱい含めて、本検討部会で検討を続けて、方向性を固めていきまして、実際に行う場合には、令和3年度以降に少しモデル的に、少しずつ効果検証を進めながら実施していくという形を想定しております。

先ほど申し上げましたように、アドバンス・ケア・プランニングにつきましては、第2回目以降に取組の方向性、課題であるかを皆様と意見交換した後、具体的な取組の内容の検討に入りまして、取組を実施していきたいと考えております。

スケジュールの説明は、以上になります。

○飯島部会長 では、事務局から、資料3・4・5ですね。この目的と、本日の第1回目で、どういう情報提供があるのかということと、それを踏まえて意見交換をしたいんだと。特にACPは次回に置いておいて、本日は「救急」の方に焦点を合わせるという流れです。それで、今年度から来年度にかけての事業スケジュールの大枠が今示されました。

今のところで何かご質問、ありますでしょうか。よろしいでしょうかね。

じゃあ、どうぞ。

○江原委員 資料3の目的のところ、一番上に救急搬送が非常にふえているということで、我々のその業務のところ、非常に気を使っているのはありがたいなと思っています。我々、本当に、何とか抑制していきたいという思いはある中で、相談センターをつくったり、救急隊を増強したりという運営はしているんですけど、それでも、なかなか追いつかないというのが実態です。

とはいいいながら、こういう書きぶりだと何となく、それは、もっと消防が頑張ればいいじゃないかということにおさまってしまうのもどうかなというところがありまして、例えば、指定二次医療機関の休日・夜間帯に受診される方の7割はウオークイン、3割が救急車という形。救急車でいった場合には、3割が入院になるけど、ウオークインで来た方は1割しか入院にならないといった、そういった実態というか現状がある。その医療機関側の負担感というか、その辺というのは、この議論のスタートとしてあるべきなのか、どうかなのかというところが、ちょっと気になったところではあります。

○飯島部会長 いかがでしょうか。貴重なご意見ですし、それも踏まえて、きょうは第1回目で、何かを決めていくというものではないので、全ての情報をみんなで共有するとか、思っている気持ちを全部出し合うというのが、今回の目的だと思います。その点も踏まえて、これから意見交換していこうかという入り方でよろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○飯島部会長 はい。

では次に、この検討部会の目的、スケジュールなどを今聞いていただいたところで、議事の1番ですね。東京都の現状と課題についてというところに移りたいと思います。事務局から、既存の調査やデータを用いながら、東京都の現状について一通り、これからちょっと、説明していただきたいと思います。いろいろ、ふだん感じていることとか、あと、現場の意見というものをどんどん盛り込んでいただきたいなと思っております。

それで、これは、また最後に事務局からお話があると思いますが、今回、自由討論はするんですが、またちょっと言い足りなかったとか、後で気がついた点というのも、私を含め出てくると思いますので、メールや最後の資料1枚のコメント用紙で提出してください。ですから、きょうの自由時間での討論と、あと、また後ほど思いついた点というのを忌憚ないご意見、出していただきたいなと思っています。

では、資料6の説明をちょっと事務局、よろしく願いいたします。

○村井主事 それでは、資料6の東京都の現状について、ご説明をさせていただきます。

一枚目の「救急搬送について」をごらんください。まず、①の年齢層別、性別搬送人員についてですが、上の表は平成30年の年齢層別、性別の搬送人員の合計数で、左下の円グラフが年齢層別の割合を示したものとなっております。65歳以上の高齢者が全体の半数以上を占めており、そのうち75歳以上の割合は、最も多くを占める形となっております。

次に、②の高齢者搬送人員の推移についてでございます。都からの全搬送人員を65歳以上の高齢者と高齢者以外で分けておりますが、65歳以上の高齢者の搬送人員は、平成26年から人数全体に占める割合ともに増加傾向にございます。

また、平成26年度救急搬送実態調査によりますと、高齢者の搬送元実績は、自宅、外出先などが約84%、高齢者施設等が約7%、医療機関が約9%となっております。なお、自宅、外出先のうち、在宅療養患者の割合は約5%となります。

続きまして、右上の③初診時程度軽症患者の割合をごらんください。こちらは、初診時に診断された症状の程度ごとに、患者の人数と割合を示したのですが、初診時に軽症と診断された割合が半数以上を占めております。その下の④初診時程度軽症患者の内訳でございますが、この表は、初診時程度別に高齢者と高齢者以外を分けた表となっております。初診時に軽症と診断された割合は、65歳以上の高齢者では、高齢者全体の42.7%、高齢者以外では、高齢者以外全体の67.5%を占めていることがわかります。

続きまして、2枚目の資料、「医療機関のかかり方について」をごらんいただけますでしょうか。こちらの、まず①、夜間や休日に医療機関を探す手段でございますが、こちらは生活文化局の調査を引用しているものでして、夜間や休日に何とか自力で医療機関に行ける程度の体調不良となった場合、どのようにして医療機関を探すかという質問に対する回答でございます。都民の約15%が、119番をかけて病院を探す、または、119番をかけて救急車を呼ぶと回答しております。なお、高齢者と高齢者以外、この調査では、回答者の年齢を10歳刻みで聞いている関係で、61歳以上60歳未満としておりますが、こちらの割合が、それぞれ高齢者では21.8%が119番をかける、高齢者以外では、11%が119番をかけるという回答になっております。

次に、②でございます。体の不調などで医療機関にかかる場合、まず最初に、どの医療機関にかかるかという質問に対し、都民の約10%が、最初に地域の比較的大きな病院、または都立病院や大学病院などの大きな病院にかかると回答しました。高齢者と高齢者以外について、それぞれ割合で示したものが下のグラフとなっております。高齢者については12.8%、高齢者以外については7.2%が、比較的大きな病院、大学病院などの大きな病院に行くという回答しております。

右の③でございますが、夜間や休日に何とか自力で医療機関に行ける程度の体調不良時に、最終的に受診する医療機関として、約10%が大学病院等の大病院を受診先として選択しております。こちらにも、高齢者と高齢者以外について割合を出しております。下記のグラフのとおりとなっております。

最後に、④のかかりつけ医についてですが、都民の66%は、かかりつけ医を持っていると回答している一方で、夜間や休日に、何とか自力で医療機関に行ける程度の体調不良時に、かかりつけ医を受診すると答えた人の割合。こちらは、先ほどの③番の円グラフを見ていただきたいんですが、こちらの割合は17.3%となっており、平成27

年度に同様の調査をしたときの34.1%から減少する形となっております。こちらも、高齢者と高齢者以外については記載の棒グラフの割合のとおりとなっております。

以上でございます。

○飯島部会長 はい。ありがとうございました。では、この資料6の2ページ分ですね。幾つかの円グラフでご説明いただきましたけども、ここでちょっと、多少時間かけて、普段感じていることであったり、課題、現場の状況、あと、このグラフを見て、またどう思うのかということも含めて、ちょっと、少しでも自由討論とコメントをいただければと思いますけども。

はい。じゃあ、西田先生、お願いします。

○西田委員 ちょっと私、中座しないといけないんで、一言だけちょっと伺いたいんですが。

6の1枚目の②の高齢者搬送人員の下のこの点線の中の搬送元を、これ、26年の統計が書いてあるんですけども、これも経年的な推移、恐らく高齢者施設、さまざまなタイプのものがふえているので、高齢者施設からの搬送件数って相当ふえていると思うので、そのデータをぜひ、次回で結構ですからいただきたいと思います。よろしくお願いします。

○飯島部会長 西田先生、何か感じたコメントとかありますかでしょうか。

○西田委員 いや、とりあえずそのぐらい。はい。

○飯島部会長 いいですかね。

この最後にご説明があった2ページ目の④かかりつけ医というところで、例えば、東京都医師会の先生方も含めて、この17.3%は平成23年のときは34%減少というところというのは、どう読むのかというのは、いかがでしょうかね。

一方で、左下のグラフで、60歳以上と60歳未満で、高齢者と非高齢者以外となっておりますけど、十数パーセントと七、八パーセントという、とてつもない大きな開きがあるようにも見えないとも思うし、2倍弱ぐらいの開きとも見えるかもしれませんが、そういうものをどう考えるのかとありますけど。かかりつけ医のところって、どうでしょうかね。先生、何かコメントありますかでしょうか。

○西田委員 今、私もそれが不思議だったんですけども、ちょっと今、思いつかないので、これは次回までに検討しておきたいと思います。

○飯島部会長 単純に数字だけ見ってしまうと、何か2倍の大きな開きですよ。

○西田委員 そうですね。すみません。

○飯島部会長 じゃあ、先生どうぞ。

○内藤委員 内藤病院の内藤です。

今のかかりつけ医のところがちょっと少ないなというようなことに関しては、基本的に多分、あくまで私の地域の感覚ですけれども、やはり、かかりつけ医とは称しても、そのクリニックの上とか横に住んでいるというわけではなくて、やはりビル診の先生

方がやられていて、かかりつけ医として動いていると。そうすると、夜間や休日にそこに行っても、先生はいないよという話になるかわりに、区市町村がやっていたりとか、医師会がやっている夜間の救急センターみたいなところに、逆にそういう役割を担ってもらっているという。そういう意味では、2番目の最初に受診する医療機関と、3番目の夜間や休日に最終的に受診するというところの意味では、両方合わせると、大体、医師会がそこら辺のところを全部引き受けているのではないかなと。現実的には引き受けているのではないかなと、私はこれを見て感じております。

○飯島部会長 ありがとうございます。

他のコメントありますでしょうか。それこそかかりつけ医という言葉のイメージですよ。ここは、大分前のイメージ、何でもかんでもすぐ相談だというものと、今は、定期的に薬をもらいに行っているし、また救急のときには、ちょっとまた話は別だよという感覚という。

はい。じゃあ、よろしくお願いします。

○秋山委員 私は、日ごろから、暮らしの保健室というところで熱中症の予防講座等を結構行って、熱中症での救急搬送のデータ等を、週間単位で消防署が出されていますね。そうすると、そんな細かいところまで要らないかもしれないんですけど、少なくとも月別でこの搬送の内容、年齢別の構成割合というのは、かなり違いがあるように、私としては推察をするんですが、一緒くたに年間のデータ、大ざっぱに見るということは大事でしょうけれども、例えば高齢者の搬送はやっぱり、例えば夏、暑くなるあたりに多くとか、冬場が多いのかとか、そういう、どうでしょう。現状分析をするときの、もうちょい突っ込んだ中身というのはわからないものなのかなと、ちょっと思ったんですけども、いかがでしょう。データはあるんじゃないかと思うんだけど。

○飯島部会長 当然、基本的には、日々のデータが蓄積されているので、それこそ数週間単位、1カ月単位で細かく見ていくと、それなりにトレンドというのが見えると思うのですが。何か事務局から補足データはありますか。

○中島課長代理 すみません。資料が多くて申しわけありません。

参考資料1ということで、救急活動の現況というものを、こちらは東京消防庁さんのほうで出していただいておりますものを抜粋したものをご用意してございます。その中で、149ページのところをお開きいただきたいんですけども、最後から2ページ目に、図表3-4としまして、月別の、また事故種別ごとの出場件数というのを出してございます。この点は、おっしゃっていただきました月ごとのものが、こういったような形で出させていただいているところではございます。

また、下のほうに行きますと、時間帯別の出場件数というのを出しているところです。

○飯島部会長 今、149ページの全部を見切れていませんけど、ぱっと見ますと、月々の違いで途轍もなく大きく変わるわけでもないですね。例えば火災も、じゃあ冬場の乾燥時期にすごく増えるかということ、若干あれですかね。少し、100ぐらい増えるとい

う感じですかね。

さっきの脱水とか、そういう視点も含まれるのでしょうかね。

○秋山委員 急病の中に全部……

○飯島部会長 入っちゃっているんですか。

○中島課長代理 急病のところ、7月から8月に入って、ほかに比べて、少し高く出ているのかなというふうに見えます。また、冬とか1月とかもやはり多目に出ているのかなというところではあります。

○飯島部会長 そういう意味では、災害とか、水難事故とか、そういう大きな括りで、これもざくざくと縦に切っていますから、また急病の中をもうちょっと深掘りすると、先ほどの秋山先生のご質問に答えるべくデータが少し見えてくるのかもしれないね。ちょっと季節性の影響というのが出てくるのかもしれないね。

あと、追加コメントは、いかがでしょうか。

○大家委員 産経新聞の大家と申します。

今の関連で、1番とか4番のグラフで、高齢者と高齢者以外というのを二つのカテゴリーになっています。例えば救急車を呼ぶときとか、自力でウォークインで場合、高齢者の中でも、独居老人とか、自力で生活しているのかという、どういう状況の高齢者なのかというのが、包括ケアの中では一番大事になってくるんじゃないかと思います。そういう細分化のデータはいかがでしょうか。

○飯島部会長 恐らく、まさによりきめ細やかなあれですよ。細部にわたった統計解析のところですね。

○久村地域医療担当課長 データのほうも、今はこれぐらいしか準備できていないんですけど、もう少しきめ細かな年齢別だったりとか、もし、こういうデータがというのがありましたら、後ほどご案内します、こちらのほうにご意見いただく中に書いていただきますと、整理して、出せるものは次回以降に出させていただきますと思います。

○大家委員 ありがとうございます。

○飯島部会長 そういう視点も含めて、もう一回調べてもらったり、あと、また必要とあらば、東京の全部では無理かもしれませんがね。スポットで一回、細かく見てみるというのも必要になるのかもしれないね。もし、そういう視点が抜けているならばですね。

じゃあ、まだご紹介しなければならぬ資料もいっぱいありますので、ちょっと次の議題に移りながら、また、自由討論のほうに進めたいと思います。

では、今、現状のことがわかった上で、今度、今後の取組の検討というところで、議事の2番ですね。その、また、事務局からのご説明をお願いいたします。

○中島課長代理 それでは、資料7をお開きいただけますでしょうか。黒いクリップでとめておりますものになります。そこで、事務局に、こちらの目次に沿いまして、まず、医療のかかり方に関する理解促進、それから参考としまして、国の取組、それから、あと、相談支援に関する取組の、ご検討いただく際の参考としまして、#7119ですと

か、#8000、ほかの自治体の取組等を簡単にご説明させていただきたいと思います。その後、先ほどお話しさせていただきました「よりそいコール」のほうにつきまして、英先生のほうからお話いただきますのと、また、資料8のほうになりますけれども、海外のフランス・スウェーデンの取組につきましてご紹介をまとめてさせていただきたいと思います。

それでは、目次をおめくりいただきまして、1ページ目でございますが、国の取組についてなんですけれども、ご存じの方もいらっしゃるかと思いますけれども、厚生労働省のほうで昨年度から、上手な医療のかかり方を広めるための懇談会ということで、医療のかかり方に関する普及啓発という、国民の普及啓発の取組について、協議体を立ち上げて検討を進めております。

また、これも1枚おめくりいただきまして、「「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！」というふうに題しまして、また1枚おめくりいただきまして、医療の危機と現場崩壊は深刻であるというような切り口から、医師の働き方改革ですとか、医師確保対策ですとか、そういった医療提供者側だけではなくて、患者や家族、市民側の理解促進も欠かせないということで、行政側、また医療側、それと企業側、そういったところで、それぞれどのようなアクションを行っていくべきかというところを取り組んでいるという形で、記載されています。

そこをめぐっていただきますと、ちょっと5ページという形で書いていますけれども、このほうに市民や行政、企業、いろいろな取組のアクションの例というところで記載されています。今後、皆様との意見交換をさせていただく中で、国の動きにつきましては、これらが参考になるかと思いますので、紹介させていただきました。

次に、#7119の取組でございます。ちょっと資料が多いので、附せんで張りつけておまして、附せんの2のところをごらんいただければと思います。

こちらの取組につきましては、救急車を呼ぶべきか、あるいは医療機関に行ったほうがいいのかというところの迷ったときの相談対応という形でやっているものでございます。具体的には、このチラシを1枚おめくりいただきまして、電話をかけますと看護師、それから医師が常駐しておまして、症状をお聞きして、それに基づいて緊急性のありなしというような判断をしていって、もう一枚おめくりいただきまして、救急相談センター統計資料というのを付けておるんですけれども、こちらの表紙をおめくりいただきますと、下段のところに、救急相談プロトコールというのが記載してございます。ここに記載ありますように、例えば赤と判断された場合は、すぐに救急車が出動するという形、橙だと1時間以内に自力で受診、黄色や緑といいますのは6時間以内には早期自力で受診、青が経過観察というようなプロトコールの категорияがあるということで、常駐している救急相談、看護師の方が、プロトコールに基づいて対応を、相談を受け付けているという形になっています。受診の必要な方に対しては、必要に応じて医療機関への案内も行っているというところでございます。

すみません。ちょっと、1枚おめくりいただきますと、これまでの受付状況ですとか、統計などのデータもごございます。参考までにおつけしておりますので、そちらもご確認いただければと思います。

それから、続いて、ちょっと資料の附せんの3をごらんください。ひまわりの取組についてでございます。こちらのひまわりの取組は、医療法に基づきまして、医療機関から報告のありました診療科目や診療日、対応可能な疾患ですとか、そういったものに加えまして、医療機関内のサービス、支払い・・・のあるとか、そういったようなところ。あるいは、外国語対応状況だとか、そういったより詳細な東京都独自の事項も含めて情報を集約・整理して、インターネットで公表されているというところと、また、医療機関のこうした情報を電話やファクスで24時間365日、情報の提供を行っているものになります。

また、このひまわりの取組の中で、保健医療福祉相談としまして、こちらは、平日、月曜日から金曜日までの9時から夜8時まで、保健医療に関する相談や問い合わせに対して、専門相談員が相談に応じるという事業を行っております。こちらの事業の実績や内容でございますけども、こちらの資料をおめくりいただきまして2枚目をごらんください。1段目の電話・ファクスによる保健医療福祉相談でございますが、大体、年間5万5,000件程度で推移しておりまして、平成30年度の実績が5万5,244件となっております。

続いて、電話による夜間・休日の医療機関案内。こちらにつきましましては、件数がやや減少傾向ということで、平成30年度の実績につきましましては5万8,765件となっております。また、医療機関案内サービス「ひまわり」のウェブサイトのアクセス件数につきましても、こちらの記載のとおりとなっております。

それから、一番下の枠内のほうに、参考としてひまわりの相談事業、医療機関案内事業の業務体制も記載してございます。先ほど申し上げました保健医療福祉相談につきましましては、平日、日中のほうは、医療や福祉の専門相談員、職種は看護師や助産師の方、社会福祉士、精神保健福祉士などがございますけども、相談の対応及び医療機関の案内を行っているところでございます。

相談内容としましては、医療機関の案内だとか、病気の不安についての相談であったり、介護施設等の案内であったり、医療機関の苦情といったものが出てきているところでございます。夜間や休日診療医療機関案内につきましましては、研修を受けた事務の案内の方が、医療機関案内を行っているというような形になってございます。

では、#8000のところに行きます。

- 村井主事 それでは、#8000の取組についてでございますが、附せんの4がつけてあります東京都子供の健康相談室になります。こちらは、子供の健康・救急に関する相談を受けることで、保護者が抱える悩み、不安を身近なところで解消し、小児初期救急の前段階で安心を確保することを目的に設置しております。平成16年度から、東京都

で母と子の健康相談室として設置されましたが、全国的な取組として、厚生労働省の＃８０００子供医療電話相談が始まり、母と子の健康相談室に＃８０００の小児救急相談機能を付加する形となりました。

その後、平成２８年度に名称を変更し、現在の子供の健康相談室となっております。相談体制としては、受付時間は、平日、午後６時から翌朝８時まで、休日は、午前８時から翌朝８時までとなっております。保健師、助産師、看護師、必要に応じて小児科医師が相談対応をしております。

次に、ページをおめぐりいただきまして、附せんの５の他自治体の取組について、ご紹介させていただきます。こちらの２４時間健康医療相談サービスは、山形県山形市で実施されている取組です。こちらは、健康医療の相談と、救急要請で迷っている方への対応として平成２５年度から導入され、２４時間対応のサービスとなっております。

サービスの概要としましては、住民の持つ健康不安や体調不良時の対応等の相談を、無料の専用電話にて、年中無休、２４時間体制で受け付け、住民が安心して生活できるよう、健康医療に関する相談サービスを提供するものとなっております。

対象者は、山形市消防本部管内に居住する市民及びその家族で、家族であれば県外からも相談が可能となっております。相談可能な内容といたしましては、かなり幅広いものとなっております。全ての健康、医療に関する相談が可能となっております。例えば、健康相談でしたら、健康診断の結果であったり、メタボリックシンドロームであったり、または介護、育児、メンタルヘルス等の相談が可能です。医療相談であれば、急病やけがについての対応や、病院受診の必要性、受診可能な病院等の相談を受けております。

体制といたしましては、日中は３５名～４０名。夜間は２０～２５名の医師、看護師、保健師、助産師を配置しており、コールセンター内の医師が救急車対応が必要と判断した場合には、山形市消防本部指令センターに電話が転送され、救急車が出動することとなっております。実績は、右のところに記載をしております。平成３０年度は、２万件を超える利用がございます。

次のページに移りまして、こちらは自治体の名前を非公開でご希望でしたので、首都圏近郊の人口約５０万人の自治体と表記をさせていただいております。こちらでも、医療情報案内事業として、市民の方から病気診療所等の案内の相談であったり、急な病気、けがの相談だったり、健康や子育ての相談を２４時間・無休で受け付けている取組となっております。

次に、「よりそいコール」について英先生よりご説明をいただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○英委員 ありがとうございます。このような機会をいただきまして、大変ありがとうございます。

それじゃあ、ちょっと雑駁な説明になってしまうかもしれません。資料６の、「よりそいコールについて」という資料をおめぐりいただければと思います。

まず、よりそいコール自体は、私ども新宿ヒロクリニックで、院内でやっている事業でございますので、ちょっとまず、プライベートな事業です。ただ、その前に、その前段階に、実は平成20年から22年にかけて、新宿区医師会の往診支援事業というのがございました。そのあたりが、実は、よりそいコールの非常に原点になっているものですから、きょうはちょっと、そのあたりを最初にご説明させていただいて、それから実際の今のよりそいコールのお話をさせていただければというふうに思っています。

新宿区医師会の往診支援事業というのが、ちょっと1枚おめくりいただいて、まず目指すところは、そのダブル主治医制だったんですね。一つは、かかりつけ医の先生と連携・協働しながら、医師会診療所。この医師会診療所は、もともと夜間や休日の外来、ウオークインの患者さんの対応をされていた医療機関です。ただ、そこで往診も行う、つまりアウトリーチ機能も持つということで、将来的には、この専門医療の往診、あるいはターミナルなんかもやっていって、そして、かかりつけ医の先生と協働していくということを理想として始めた事業です。当時、新宿区の方々にも大変、白井さんを初めとして、また、あとは秋山さんにも随分お世話になりましたし、また、この事業自体は、東京都からの補助金もいただきながらやっていったという事業でございます。

ちょっと1枚おめくりいただくと、本事業の経緯というのがありまして、これに基づいて、ほとんど事業説明をさせていただきます。あと、詳しいところは、その後ろにつけた、当時、私、事業が廃止になったときにまとめた資料ですので、ちょっと10年ぐらい前の雑駁な資料になりますけれども、それを利用した、区民の方々からのアンケートとか、あるいは、医師会の先生方からのアンケートも含めたものを後でご参照いただければありがたいと思います。

じゃあ、2枚目の本事業の経緯に基づいてお話をさせていただきますけど、まず平成19年9月に、医師会内でアンケートを行いました。やはり、在宅医療を進めるに当たって、それぞれの先生方にとって、どんなものがネックになっているのかということについてのアンケートでした。当然のことながら、今でもそうですけど、夜間の往診、これがなかなか大変だというようなアンケート結果をいただいたものですから、理事会、当時、私、新宿医師会の理事だったんで、理事会と、それから代議員会で説明をして、それに基づいて、新宿区への助成金の申請をさせていただきました。

そして、平成20年3月に支給が決定して、平成21年度が1,300万、22年度が1,000万、それから23年度が500万というお金をいただくことになりました。ただ、このときに、事業の内容としては、非常勤の当直医師を医師会の診療所に擁して、そして、ドライバーとともに出ていくというふうな形でしたので、当然のことながら、かなり費用がかさむ事業でした。したがって、この助成金だけでやっていけるような事業ではなくて、我々が意図したのは、まず、夜間の往診料、いわゆる診療報酬ですね。診療報酬と、この助成金の両方で採算性をとっていきたいというふうに思いました。

当時、私のクリニックでも、実は、当直の医師を擁したものですから、大体、在宅の

患者さん、当時300人か200人かだったんですけど、夜間の往診って一、二件ぐらいいはあったんですね。ですから、まだ新宿医師会のその先生方の規模から言えば、夜間の往診だけでも診療報酬でカバーできるんじゃないかという甘い期待があって、それでこれを、事業を始めたわけです。

ところが、最初は夜間の往診支援事業。これは医師会の先生方からの依頼があって、当直医が動くという形だったんですけど、最初まず半年間やって、全く動かなかったんですね。その後、支部の説明だとか、パンフレットとか、ポスターとか、いろいろ広報活動を重点的にやったんですけど、なかなか動かなくて、で、また再度、医師会の先生方を含めてアンケート調査を行いました。それで、どういうふうに事業変位をしたら利用が進むのか、あるいはシステムの問題点はないのかということのお話をしたところ、やっぱり夜だけじゃないと。日中も、やっぱりやってもらわないと困るんだみたいなお話があったんですね。それで日中も含めてやるようにしました。

日中と夜間をやるようになって、多少は伸びたのかなというところですけど、結局、事業採算がとれるほどのレベルにはならなかったものですから、その後、いろいろ事業変換したんですけども、一つは、大きなきっかけ、21年6月に、まず在宅療養支援診療所化をしました。これはどういうことかという、夜間、例えば往診して、往診というのは単発の医療行為ですけど、実はかなりシリーズ性を持っていて、一回往診して、例えば発熱で往診した後の次のフォローというのがすごく大事になります。ですから翌日に、その後どうだったのか、または、そのときに、さらにケア体制を整える。例えば、訪問看護ステーションにお願いするであったり、吸引器を入れるであったり、あるいは、今後の医療体制を考える。その次に療養体制を考えると。大体、そういった数回の往診が常だったんですね。ということは、在宅療養支援シリーズ化して、そのとき、その診療報酬として定期の診療、そして、在医総管も含めて、一旦その月についてある程度管理できるものをちょっと目指したということですね。

だから、往診というだけじゃなくて、少し療養にまで、ちょっと少し、踏み込んだ医療体制をつくらうというふうにさせていただいたわけです。ただ、それでもなかなか、それで少し、採算性が上がってきたんですけど、まだまだ利用が少なかったということで、最終的に、平成21年12月に大幅にまた改編して、「しんじゅく医療あんしんカード」というカードを配布しました。1枚おめくりいただくと、その現物がありますけれども、「しんじゅく医療あんしんカード」の名刺サイズですね。医療機関名、それから医師名、そしてご自分のお名前という形で、新宿区にお住まいの高齢者の方々が安心して地域で生活できるように、新宿医師会が配布しているカードです。

もう一枚おめくりいただくと、そのときの事業概要ですけども、かかりつけの先生、あるいは病院の勤務医の先生、あるいは高齢者総合相談センター、あるいは訪問看護ステーション、ケアマネジャー。この当時、秋山さんに随分お世話になったんですけども、カードを交付していただいて、その交付されたカードを保持している新宿区の高齢

者の方々が、何かお困りのことがあった場合に電話相談、往診対応して、それを後で結果を報告するという形ですね。そういうふうになったところで、随分利用が進んで、結局、八百数十枚のカードを配って、そして、大分、区民からのご評価もいただいたところですね。ただ、3年度の年度事業でございましたので、結局、そこで一応、事業として新宿医師会で行うのは中止したということで、その後について、私どもクリニックのほうで、細々と事業を引き継いだ。それが「よりそいコール」という形になります。

今現在、よりそいコールの状況は、ほとんどこの最後の「しんじゅく医療あんしんカード」と似たようなシステムをつくっていて、地域のかかりつけ医の先生に、あらかじめ相談しておいて、そして、我々のところに登録していただきます。そして、一回ヒアリングをしておいて、何か緊急があったときに、ヒアリングは大体電話で対応していますけれども、電話相談、往診を行うと。そして主治医がいない場合には、主治医の先生に紹介して、あるいは、必要に応じて主治医の先生に結果報告をするという形になります。

今現在、これ、すみません。次の1枚おめくりいただくと、平成30年6月末現在での実績になります。今、大体、きょう299名と言っていましたけども、本当に微増なんです。ゆっくりゆっくりふえていって。出勤回数も大体年間で130回ぐらいでやったんですけど、今は大体、月に十四、五回動いていますので、約200回ぐらいの出勤回数、で、約300名のよりそいの患者さんで、年間で200回ぐらいというのが実情です。ほとんどは新宿区、一部渋谷区の方も利用されていますし、他区の方もいらっしゃいます。このあたりは、まだ新宿区の往診支援事業と若干違うところですね。

1枚おめくりいただくと、そのよりそい登録者の推移というのが出ておりますけれども、本当に最初は少ない患者さんから、じわじわとふえてきているというあれです。

また、おめくりいただくと、登録患者さんのかかりつけ医の一覧というのがございます。ヘビーユーザーと言っていいのかわからないですけど、比較的、利用して下さっている医療機関と、そうでない医療機関とあります。こうやって見ていただくと、かかりつけの医療機関を持っている患者さんは、必ずしも多くないです。ですから、300名のうちの約100名ぐらいが、かかりつけの先生からのご紹介と。残りは、地域包括支援センターであったり、あるいは、直接のご依頼で、うちに登録されている患者さんという形になります。

また、もう一枚おめくりいただくと、利用の手引きと登録の同意書ですね。この2枚だけです。結局、医療に応じて必要なものは、これを読んでいただいて、そして同意書をとっていただいて、同意をいただいて、そして登録をします。あとは電話で問い合わせをさせていただいて、そして、何かあった場合に対応するというやり方になっております。

最後、ちょっとまとめになりますけれども、まず「よりそいコール」自体は、独自で我々が始めた事業ではなくて、創始は、この新宿医師会往診支援事業を引き継ぐ形で行

われた事業でございます。ですから、最後の「しんじゅく医療あんしんカード」のシステムを一番に色濃く持っているシステムかなと思っています。今現在、登録には、大抵、かかりつけの先生からのご紹介、もしくはケアマネの方々からのご紹介、地域包括の方々からのご紹介、あるいは、直接、区民の方がお申し込みになっているという形になります。

基本的に登録料などはございません。申込書の送付のみで登録して、基本的に診療報酬でカバーしているという形になります。日中の往診と夜間の往診を比べると、「よりそいコール」は、実は日中往診のほうが、はるかに多いです。夜間は、それほど多くないです。ですから、診療報酬で採算がとれているとは、ちょっと言いがたいところですね。

それから、実際に在宅の患者さん。つまり在宅で訪問診療を受けている患者さんのよりそい登録はほとんどないです。むしろ、どっちかという、何とかかんとかクリニックへ行っているんだけど、いざ発熱したときとか、何か困ったときは、ちょっと、やっぱりもう、クリニックへ行けないかなということで、いわゆるフレイルの、飯島先生もいらっしゃるあれですけど、フレイルの患者さんの層が利用が多いです。ですから、ボリュームゾーンとしては、要支援2ぐらいから要介護1・2ぐらいの患者さんが多いのかなというところなんです。

それから、直接、まず、かかりつけの先生からのご依頼、登録時にはご依頼いただくわけですがけれども、電話での確実に先生を介する形ではないです。登録者から直接依頼。また、診療情報もほとんどない中で、とりあえず往診して、その段階で、いろいろなトリアージをしていくというやり方をとっています。そして、その結果をかかりつけの先生に報告するというやり方になっています。

また、最後になりますけど、かかりつけのない患者さん、非常に実は多くいらっしゃいます。それを、その往診支援をきっかけに、かかりつけの先生を持ったという患者さんも、少なからずいらっしゃるので、私としては、ちょっと、この往診支援事業で、いろいろ学ばせていただいたのは、一つには、やっぱり、かかりつけの先生と必ずタイアップは必要だということは1点あるんですけども、一方で、この往診というの、単なる緊急対応だけではなくて、かかりつけ対応をベースにしながら、かかりつけの先生とタイアップしていくことが必要なのかなというふうに感じている次第です。したがって、往診をきっかけにしてかかりつけ医を持つという患者さんも、これからは少なくなっていくかもしれないというふうに思っている次第です。

大変雑駁な説明ですが、以上が「よりそいコール」についてのお話になります。ありがとうございました。

○田畑主任 それでは、救急災害医療課の田畑と申します。

先日、スウェーデンのストックホルムと、フランスのパリのほうに医療体制の視察に行っていました。そこで、さまざま施設を訪問させていただいたんですけども、

今回につきましては、患者さんが症状に応じた医療にかかるための取組について、簡単にご報告をさせていただきたいと思えます。

資料8をごらんいただければと思えます。まず、スウェーデンの急性期の医療体制になります。スウェーデンの急性期医療体制は、5段階に分かれております。下の図の一番上に記載をしておりますが、1177ケアガイドと呼ばれる医療相談コールセンターが、まず、ございます。スウェーデンの救急電話番号は112番となりますが、それとは別に1177番にかけると、病気やけがの際の相談窓口というところにつながります。そして、次の初期医療センターは、受診を要する患者の最初の窓口となる施設で、必要に応じて高次の医療機関への紹介を行っております。そして、緊急に処置が必要な患者さんは、その次の地域救急機関、さらに高度先進的な医療を要する患者さんは、大学病院等の救急窓口にかかることとなります。最後の高度医療救急（救急集中治療科）につきましては、大きな外傷による救急搬送ですとかへり搬送ですね、特に重篤な患者さんに対応する病院となっております。

全ての患者さんが、それぞれ適切な段階の医療を受けられるように、最初の1177ケアガイドというところが、各段階の医療機関と連携をして患者の振り分けを行っているそうです。

次のページに移らせていただきたいと思います。

1177ケアガイドの概要ですが、これは各県ごとに委託により運営されている医療相談コールセンターとなります。最低5年の経験を持つ正看護師が対応しています。1177番にかけますと、救急搬送・医師の派遣・医療機関受診の必要性があるかどうかの判断を行うほか、初期医療センター等の予約も、そこで行うことができます。そのほか、軽症患者に対する自宅ケアのアドバイスや、疾病に関する情報提供等、医療に関して幅広く相談や情報提供を行っているとのことでした。

下の円グラフの中に、2018年の1177ケアガイドの対応内容の内訳を示しております。一番多いのが成人からの医療相談、続いて子どもからの医療相談とあるんですが、それだけではなくて、医療にかかわる情報提供、各医療機関との連絡交渉、また介護職への医療に関する助言等、さまざまな内容に対応しております。

そして、右下に掲載している写真ですが、これは5段階のうち、適切な段階の医療にかかわるよう普及啓発を行うためのキャンペーン広告の写真を載せております。

こういった取組の成果もありまして、1177の認知率は98%に上るそうです。訪問しましたストックホルム県では、救急要請の前に、まず1177番に電話をかけるように促しているとのことでした。

では、次のページに移らせていただきます。

フランスの救急医療体制について、ご報告させていただきたいと思えます。

フランスでの日本の119番に相当する番号は、SAMUと呼ばれる救急コールセンターの15番か、消防局の18番となりますが、どちらにかけてもオペレーターによっ

て適切な機関に振り分けられるようになっております。

15番のSAMUは、医師が常駐する公設の救急コールセンターになるんですけれども、常駐する医師によってトリアージが行われて5段階の対応がとられます。その5段階を、下のほうに図で示させていただいております。緊急性が高いものほど上に載っているんですけれども、一番下の、一番軽症の患者さんに対しては、自宅での処置アドバイスということで、受診の必要がない場合は、コールセンターの医師によって処置のアドバイスを行うということでした。その上のSOSメドサン、こちらにつきましては後ほどご説明いたしますが、往診を希望する患者さんに対して、24時間365日対応の民間の往診サービスとなっております、こちらをSAMUのほうから案内することでした。続いて、その上の民間医療搬送車というものが、いわゆる医療タクシーというふうになるんですけれども、自力での受診が難しい患者さんに対して有料で利用できる民間の搬送サービスを案内しています。その上の消防局救急車、こちらが18番の番号にかけるとつながるところですけれども、主に外傷等の場合に、こちらの救急車が出動することです。こちらには、原則、医師は同乗しないということでした。そして、一番上のSAMUですけれども、こちらが最も緊急性が高く、救急搬送が必要な患者さんに対して、SAMUのほうから医療機器や、さまざまな薬剤を搭載したMICU車両によって医師や看護師が出動します。そして、車内で処置を行いながら、医療機関への搬送が行われる仕組みとなっております。そして、一番上のほうに記載していますSAMU social:115番というものですけれども、こちらにつきましては、主に路上生活者など社会的に問題を抱える患者さん対応する組織でして、SAMUと相互に連携を行って対応を行っているということでした。

では、次のページにまいります。

先ほどご紹介しましたSOSメドサンについて、ご説明させていただきます。

こちらが、1966年創設の非営利民間往診サービスで、パリ市内では、年間28万人の患者に180人の医師で対応しております。右下の写真のような車で、本当に自家用車のような形なんですけれども、登録医師が患者さんのところに往診に行きまして、SOSメドサンのコールセンターでは、往診中の医師が今どこにいるかという位置情報を24時間リアルタイムで把握しているそうです。そして、往診依頼のあった患者宅付近にいる医師を24時間365日派遣を行っております。こちらのSOSメドサンの運営に当たりましては、登録医師からコールセンター経費等の運営費を拠出しており、診療報酬については往診した医師の報酬となります。フランスでは、かかりつけ医制度があり、かかりつけ医を通さない場合は原則自己負担7割というふうになるんですけれども、救急など、一部の診療科では、かかりつけ医を通さなくても自己負担3割となっております。SOSメドサンの往診は救急扱いとなることが多いため、自己負担3割となる場合が多いということでした。こちらの機関につきましては、公的機関であるSAMUと連携して軽症患者に対応しているほか、フランスで医療を管轄する保健省という省庁に

対して1日の業務報告を行う義務を負っているなど、民間サービスではあるんですけども、その歴史が古いということもあって、かなり国の医療システムにも組み込まれているものでした。

ご報告としては以上になりますけれども、どちらの国も共通して患者を適切な段階の医療につなぐことで、限られた医療資源を効率的に活用する仕組みを整えているということがわかりました。また、自宅ケアのアドバイスや往診サービスなど、軽症患者さんに対する支援等もしっかりと行われているということが印象的でした。

ご報告については、以上となります。

○飯島会長 ありがとうございます。

では、今まで、資料7、8、海外の事例も含めてご案内ありましたけども、これからご議論に入りたいんですけど、佐々木先生は海外に視察へ行ってこられたというところでの何か補足コメントみたいなのがありましたら、お願いいたします。

○佐々木委員 SAMUのセンターは、基本的には幾つかパリ市内にあって、基本的には大きな病院に併設をされています。SAMUの中に待機しているドクターは、コールセンター常勤の専門医というだけでなく、実は地域のかかりつけ医の輪番制で何人かSAMUの中にいるんですね。常時、電話がかかってくる、コールセンタードクターだけでなく、地域のGPも一定の割合で電話をとる。あとは、ソーシャルワーカーも私の見たSAMUは中に常駐していて、これは、ちょっとバイタルな問題じゃなくてソーシャルな問題だってことであれば、そちらにコールが回り、場合によってはソーシャルワーカーのアウトリーチがある。

それから、救急センターの中に、実は民間救急の受付カウンターがあって、そのままSAMUのコールセンタードクターが民間救急に話を振って、民間救急が迎えに行くという、そういうルートもある。そこからSOSメドサンにつなぐというルートもあって、コールセンターが本当に、日本の救急医療みたいに、もう救急の人だけというわけではなくて、実は地域のいろんなステークホルダーによって共同運営されているようなイメージを持ちました。

このSAMUの持っている機械はMICUと書いてある、サミュールと呼ばれていて、場合によっては体外循環も車の中で回せるぐらいの医療機器で、もうICUになっていて、そのまま病院の処置室ではなくてICUに連れていくということができるみたいな感じで、パリ市内は、今、サミュールが16台で人口300万人をカバーしているというふうな話を、私が行ったときはしていたと思います。

私がフランスを見て素晴らしいと思ったのは、やっぱり高齢者の救急って、どうしても、患者さんは医学的ニーズと思って救急車に乗るけれども、実際、その背景には、社会的なニーズが隠れていて、でも救急外来だと、どうしても社会的ニーズまでは思いをはせることが難しいこともありますけど、SAMUの場合は、コールを受けた段階で、ちょっとこの人社会的っぽいぞとなると、そこからワーカーさんが介入する窓口が一つ

できるというのは、まあすてきだなと思ったのと、救急車で運んじゃうと、やっぱり救急という形で医療的に見られちゃいますけど、場合によって、SOSメドサンでドクターが自宅に診に行くと、生活環境の問題とか、家族の問題とか、経済的な問題とか、そこにアウトリーチできるというのはすばらしくて、日本の場合、なかなかそこにつながらないまま救急と自宅、行ったり来たりする方が多いですけど、そこをもうちょっと短い距離でつなげるところがいいかなと個人的には思いました。

○飯島会長 先生、電話のレベルで、ゆっくり、いろいろお話を聞いてあげると、単なる身体的な問題だけではなくて、その背後の社会的な問題などが引き出せて、聞く側がこれは違う線路に乗せるべきかな、という感じでアレンジはができるということですよ。

○佐々木委員 ファーストコールは誰かがとって、これは救急だと思ったら、救急のドクターが受けますし、GPが受けるべきと思ったらGPが受けますし、いろんな人がいて、誰がファーストコールをとるかわからないんですけど、そこから先、適切な専門職につながって、話聞かなきゃいけない人は聞く人が聞くというような感じになっています。

○飯島会長 じゃあ、最初に受けた方々が、全て、そのソーシャルな部分まで、ちゃんとコントロールできてというところとは限らないということですね。つなげばいいということですね。

○佐々木委員 そうですね。トリアージが行われていても、重症だと思ったら、コールを受けた救急のドクターが、そのまま救急車に乗っていくみたいなシチュエーションも目の前でありました。

○飯島会長 さて、残りのお時間で、きょう、何を議論していただきたいかという、特に事務局側の依頼内容がある訳なのですが、今の情報提供の内容を吟味しながらということできたいと思います。当然、一つ一つの情報に対しての質問とか、いろいろ追加コメントあるかと思うのですが、それも、また後ほどの、この議論の中で、また触れていただきたいと思います。

では、まず、事務局のほうから、この検討部会での議論していただきたい点というところを、まとめて報告していただきましょうか。

○中島課長代理 皆様、最初にご説明をさせていただきました資料4に、一度お戻りいただけますでしょうか。

資料4の下の方に、今からいただきます意見交換の論点のほうをまとめてご紹介します。

まずは、ア、都民に対する理解促進の取組でございますけども、先ほどもご紹介しました医療情報ナビの冊子ですとか、あとは救急の医療の適正医療に関しましては、一番下のほうにA3の横の資料をお配りしておりますが、東京ルールというのを平成21年に策定しております、わかりやすいルールブックという形でつくっております、ホームページなどでも公開して、都民の理解促進を図っているというところがございますけれども、今後、一層、症状に応じて医療にかかることができるように、理解促進を図

っていくというときに、どういった取組が考えられるか、より、今まで以上に効果的な取組としてはどういったものがあるかというところを、皆さんにご意見を頂戴したいというふうに考えています。

この医療情報ナビに関しましては、来年度、少し内容の改定も検討してございますので、こういう内容を入れたほうがいいんじゃないのといったところとかも、ぜひご意見いろいろいただければというふうに考えております。

それから、イの体調不良時の相談支援の取組につきましてですけれども、先ほど救急車を呼ぶか呼ばないかという相談に関しまして、#7119がございましてということでお話させていただきましたが、そこまではないんだけど、救急車を呼ぶほどじゃないんだけど、少し軽症なんだけれど、体調不良のときの相談を受け付けると、そういったような仕組みがあれば、より症状に応じた医療のかかり方が進むんじゃないかという点。それから、そうした相談を受けた後に、必要に応じて往診に向かうとか、そういったような、地域の中で医療の面のバックアップの体制というのにも必要になってくるんじゃないかというところで、そうした点についても、少し意見をご議論いただければというふうに考えております。

それから、最後のウのほうにつきましては、それ以外で何か効果的な取組があればということで意見を頂戴したいと考えています。よろしく願いいたします。

○飯島会長 よろしいでしょうか。

では、先ほどの情報提供、ちょっと盛りだくさんだったのですが、かなり先進的に取り組んでいる自治体・山形市さんにおける数値も5年間で約4倍ぐらい増えているという情報がありました。とはいっても、それによって救急搬送がどれだけ減ったのかという情報も、ちょっと見当たらないかなという気もしますので、全てセットで色々どう考えるのが課題ですね。いろいろ先進事例はあれども、東京都の現状、都民の方々の理解度はどうなのでしょう。都内で情報発信とか医療情報ナビとか、いろいろな冊子を作成してきているのだが、もう一回り次に行かない現実もあり、その壁をどう考えるのか。難しいですね。いろいろご意見あるかと思うんですけども、この論点のア、イ、ウですけれども、順番ごとにアからということでもいいんですけども、多少、これリンクする部分もあると思うので、決してアだけに限定せずということで、ちょっとまず、この自由討論的な形で始めたいと思いますけども、いかがでしょうか。

じゃあ、先生どうぞ、お願いします。

○三浦委員 今の説明の中で、東京ルールという言葉が出てきたんですけども、幾つか東京ルールって、きっとあると思うので、今お話された東京ルールは何を指しているのか、ちょっと教えていただけますか。

○中新井田統括課長代理 救急災害医療課ですけれども、東京ルール、ルール1からルール3までございまして、今申し上げたのは、ルール3の都民の理解と参画というものでございます。ご参考までに、ルール1は救急患者を迅速に受け入れましょう、ルール2

はトリアージを実施していくというものが続いてございます。

○飯島会長 よろしいでしょうか。

○三浦委員 実は、私、三鷹の野村病院というところで7年勤めていまして、それで当直業務もやっていたので救急はたくさん受けましたし、三鷹医師会の理事もやっていたので、いろいろ経験はしたんですけれども、特に東京ルールの一つですかね、まずは三次救急に行って、それを短い期間で二次救急などに、要するに初期の初期対応だけを三次救急でやってもらって、早い期間、早いうちにそれを二次救急の病院などで引き受けると、そこに点数が生じるというのがあったんですけれども、あれは非常に効果的に働いていたと思うんですけれども、それは今の東京ルールの中には入っていないですか。

○中新井田統括課長代理 東京ルールは、原則、中等症以下で、東京ルールとなる患者さんは、重症の患者さんでは基本的にはないのが現状でございます。

○飯島会長 では、ほかにいろいろご意見、ご質問、いかがでしょうか。

いろんな委員の先生方からお話聞きたいのですが、江原様のお立場から、先ほど「救急が頑張ればいいじゃないか」というコメントがございました。我々はそのような気持ちは全く思いません。むしろ、救急という限りある資源をどう都民で分かち合うのかというところからの出発だと思います。とはいっても、担当の側から見て、ここはどうしてこうならないのかなとか、何か、全部を解決するのも相当大変なのですが、まずここから着手できるものがないだろうかとか、何かちょっと思いやお考えを頂けますか。内部でよく話し合われている、議論されているものって。

○江原委員 我々としては、できるところは全て取り組んできているかなと思ってはいるんですけど、ちょっと今の議論の中で二つ感じているのは、例えば、この都民等への理解促進についてといったときに、何を都民に理解してもらおうのかというところの議論を、やっぱり詰めていかなければいけないのかなと思っています。救急の出場が多いからという前提だけでは、さっき言ったように、ちょっとテーマが矮小化されてしまう、消防が頑張ればいいじゃないかということにつながってしまう。そうすると、もう少し広い観点から何を都民に理解してもらおうんだということをアピールしていかなければいけないのかなと思います。

あと、2点目のほうですが、相談センターで医療機関を案内させていただくんですけど、やはり紹介した医療機関で受診してもらえなかったということで、それが相談センターへの苦情になって返ってきたりするようなこともあります。そういう意味で、やはり、受け入れる側の医療機関さんも、かなりもう疲弊しているんじゃないかなというところもありますので、その受け入れ態勢の確保という観点からも、かしこい受診の仕方というのを、それで医療機関の負担をどう軽減していくんだという議論は抜きには進められないのかなということを感じるところです。

○飯島会長 今のご意見も含めまして、いかがでしょうか。では、白井委員。

○白井委員 区の立場からになります。今、江原委員からお話がありました、都民等へ

の理解促進について、新宿区では、在宅療養をされている方、あるいはこれからのこととして考えている方々を対象に、秋山委員のところをお願いをしまして、在宅療養シンポジウムというのを10年以上開いているところでございます。その中で、ちょっとACPのほうにも関係しちゃうかもしれないんですけども、最期をどう迎えるかということと併せて救急の要請の仕方や救急車を要請することは必ずしもメリットだけではないというようなことも一定の期間普及啓発してきたと思うんですね。ただ、それがどれだけ区民の方たちに浸透しているのかなというのは、同じように感じておりまして、なかなか統計資料も、先ほどの都の資料もそうだったと思うんですけども、深掘りし切れなくて。またその普及啓発の効果というのがはかりにくいというのもありまして、どれだけの効果が出ているかというのは、何かそういった探り方があれば、委員の皆様にご教授いただきたいなというふうに思っております。

それから、昨今、病院の先生方とお話をしていて感じているのが、先ほどもありました働き方改革の件で、大学病院は研修医の先生も含めて、お医者さん方が多くいらっしゃるようなんですけども、公立病院などは非常に厳しい状況になっているのを感じております。ですから、これからの救急体制についても、より受け入れのほうも厳しい状況が出てくるんじゃないかなというふうに思います。早急に新しい策を考えて取り組んでいかなくてはいけないと感じたところです。

すみません、以上です。

○飯島会長 ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。

○佐々木委員 救急搬送されて入院するということの医療を受けることでメリットが大きい世代とデメリットが大きい世代って、やっぱりくっきり分かれると思うんですね。基本的には、飯島先生たち取り組まれているプレフレイルとかフレイルとか、ここから先の人たちってというのは、入院すれば病気は治るけど生活のレベルが下がる、あるいは命の危機にさらされるという人が一定の割合でいますけど、この手前の人たちは、やっぱり二次救急、三次救急、ちゃんとやったほうがメリットが大きいという世代もありますよね。なので、やっぱり世代別にとりか、カテゴリー別に、どういうふうに医療を使い分けるかとか、ACPに対してどう臨んでいくかって、やっぱり基本的には違うと思うので、グループを、やっぱり分ける必要はあるんじゃないかなと個人的には思うのと。

あと、お年寄りが必要介護になってくると、何となく病院とは切っても切れないから、そういうことって、かかりつけ医を含めて、ちょっと啓発していくというのはやりやすいかもしれませんが、若い人たちって、当事者にならないと、いつまでたっても人ごとで、病院にかかって、結構大変だね、やっぱりふだんからみたいなのはあるから、普及啓発ってポスターを張っても、なかなか若い人たちの心に響かず、その人たちが、やっぱりかかったタイミングでばつんばつんと何かを張っていくとか、そんな感じが必要なのかなと個人的には思います。

○飯島会長 いかがでしょうか。じゃあ、どうぞ。

○葛原委員 今のご意見と同じなんですけれども、国立市のほうでも、やはり市民に普及啓発ということで、ちょっと医療計画をつくったときに、救急のときどうするとか、かかりつけ医は皆さん持っていますかという、6割ぐらいは持っていますと丸をつけるんですが、じゃあ、実際に話をしてみると、私のかかりつけ医って何してくれるのかしらとか、かかりつけ医は、その方を、患者さんのほうを自分のかかりつけ患者さんと思っていないかという、いろいろな、実際とちょっと乖離している部分がやっぱりわかってきたと。今やっていることが、どうやったら皆さんに普及啓発できるかという方法が、なかなかないものですから、本当、ぐるぐる回って、実際に何人かのグループに話をするとか、やはり、自分ごととしてって、今おっしゃっていただいたんですけれども、40代ぐらいの人に、あなたはかかりつけ医はとか、病気になったときどうしますかとか、それこそ、最後、どういうふうな人生を送りたいですかといっても、やっぱりイメージできないという方がいらっしゃるところでは、やはり、その層に対しての働きかけと、あと介護になっていると、かなり、もうチームができて、介護保険もあって、ケアマネ中心にとか、在宅療養の先生中心にチーム医療ができていますので、そこでは、やはりACPとかというときには、もう継続的にどうやっていくかということになってくるとは思うんですけれども、やはり、こういう冊子とかを国立市でもつくっているんですけれども、じゃあ、これを見て納得という形にまでは、やっぱり落ちないところが、ずっとやってきてあるので、やっぱりどういう形が一番効果的なPR方法なのかなというふうに、ちょっと思いました。

あと、ちょっと子どものほう、私、ちょっと地域包括なんですけど、きょう、ここに来るに当たって、子どもの分野のスタッフから聞いてきたのが、やはり外国籍の方の課題は、やはり子ども、乳幼児さんを抱えているところではあるということは、ちょっとあったので、例えば、こういう冊子にしても、外国語版みたいなものもつくられるのかというところは、またちょっと提案していきたいと思います。

○飯島会長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。じゃあ、あちらからよろしいでしょうか。お願いします。

○大家委員 今の国立市の方の関連です。啓発といっても、上から目線で自治体とか医療関係の方が言っても、受けるほうとしては、ほとんどの人は損得で日常動いているんじゃないかと思います。ペイペイで買うと安くなるとか、そういうところで誘導される傾向があります。救急を呼んだ場合と呼ばない場合、または、#7119かけて救急車の出動を抑制した場合、その人にメリットがあるのかどうか。中には救急車呼ばないほうが自治体にも負担かからないことを知っていても、病気になってばたばたしていると119に行っちゃうかもしれません。でも、実態は119の必要ない人が多いということですから、どういうふうに、その啓発の後のメリットを都民の方に与えるのか。もう少し何か、次の医療サービスを受けたときに何か診療報酬が少し安くなるとかメリットを

提供する方法はいかがですか。もしくは、救急の予算が将来大変になるということがわかっているならば、その大変になる前に、何か予算対策などで手を打つのも一つの方法かなと思います。

○飯島会長　じゃあ、秋山先生。

○秋山委員　先ほど英先生がよりそいコールの話をしてくださったんですけども、先生が最初に新宿区の医師会で始められた往診システムのときに、実際は外来以上在宅未満という言い方をされて、その範囲の人たちの、非常にちょっとした身体的な状況の不安とか、そういうことで、ちょっとかかわれば、ある程度軽快していく、その人たちが、ある意味ターゲットで、非常にたくさんいるんだと。それで、かかりつけ医を持っていない、そこにやっぱり相談するその機能というのが、それが救急にすぐに行く手前のところの、ちょっとした相談というか、それを気軽に聞ける窓口があるということが、一つは大ごとにならずに済むというか、そういうことにもつながるのかなと、そういうふうになっちゃうところですよ。

それで一方では、暮らしの保健室というのをやっていて、それ全てに依拠しているわけではないんですけど、特に超高齢者で比較的自立をしている、でも要支援1・2ぐらいはついている、その方たちの年の中の月単位での身体的な変化というのは、やっぱり季節変動があるんで、今の時期は非常に変化が起きやすいので注意喚起をしようとか、やっぱり重点的な、そういう啓発というのは、やっぱり、ただこのパンフレットをつくれればいいとか、そういうことではなく、現実的な状況に合わせてのアプローチが必要じゃないかなと思うんです。

スウェーデンにしても、デンマークにしても、フランスにしても、ある程度一般市民が、これは病院にかかるけど、これは家で何とかしよう、風邪ぐらいでは病院に行かないわというような、割とそういう意識っていうのが小さいときから植えられていた上にGPがいて、こういう救急のシステムなので、その辺のところは、何でもかんでも病院へ行けば何とかできるという、その基本的なところを変えない限りは、ストップはできないんじゃないのかなと思うので、もうちょっと若い世代から、病院、本当に必要なときは使えばいいんだけど、そうじゃないし、決められた社会資源、あなたの税金ですよというあたりは、ちゃんと言っていてもいいんじゃないかなというふうに、ちょっと思いましたけれど。

○三浦委員　今のお話に関連してなんですけれども、スウェーデンと、それからフランスの件を伺いたいですけれども、基本的に一般の国民は、フリーアクセスでどの病院にもかかるんですか。それとも、このシステムを経ないといけないと、上級の病院にかかることはできないのか。

○久村地域医療担当課長　詳細なところまで正確にというわけにはいかないんですけど、基本的には、かかりつけ医の先生を持っていただいといるところがベースになるのかなと思います。なので、先ほどそちらのところでも紹介しましたが、かかりつけ医を通

さないと7割負担になるけれども、かかりつけ医を通せば3割というところがありまして、それとは別に、ちょっと救急のときに相談をしてというときに、この流れでいきますよというふうなところなのかなという。

- 三浦委員 要するに、日本のとてもいいところなんだけれども、そのフリーアクセスというのが、結局、すぐ救急にかかって大きい病院にかかりたいという欲望につながっちゃっているんですね。例えば、私は慈恵医大で総合診療科というところで診察していますけれど、もう超安定してしまった患者さん、特に高齢者に対しても、もう地域のかかりつけ医に行きましょうよと言っても、何かあったとき困るからと言うんです。だから、何かあったときはいつでも受けるから、とりあえず地域に帰りましょうというお話をしても、それで帰ってくれる人は半分ぐらいしかいない。

やっぱり、この先、市民への啓発活動についての話にもつながりますけれども、市民公開講座って、僕も随分いろんなところに頼まれて、沖縄から東京、千葉のあたりでもやっておりますけれども、そこに集まってくる人たちというのは、こちらの現状を話せば、かなり理解してくれるんですけども、そういう人というのは、そこに集まる、その客席分しかいないわけなんですね。ですので、もうちょっと、やっぱり別の手段を使っていかないとだめじゃないかなというふうに思っています。特に若者などは、ネットで何かそういう啓発をすとか、あと、それから高齢者は実は意外とケーブルテレビで、その地元の番組なんかを見ていることなんかも多いので、そういうような形で、ちょっとやっていかないと難しいんじゃないかなというふうに思ったりしています。

以上です。

- 飯島会長 英先生。

- 英委員 多くの救急を利用している高齢者の方々の状況というのは、要するに、救命的なトリアージを希望しているのではなくて、生活で困っちゃって、それで呼ばざるを得ないみたいな場合が少なからずあるように思うんですね。ですから、救命的な、その救急医療はもちろん、先ほどの佐々木先生の年代層によって多分ニーズが違うという話ともリンクするんだと思うんですけど、高齢者で虚弱が進んだ人にとっていうと、その生活なのか、その生命的なもの、身体的なものなのか、疾病なのかと、かなり不可分な状況の中で、さっき秋山さんが言うように、やっぱり保健的な活動も、かなりベースにあって、それでそこに救急が乗っていかないと、非常に救急が短絡で行っちゃった場合には、ちょっとこんなはずじゃなかったという事例が少なからずあるんじゃないかなというふうに思っているんですね。ですから、もし今、医師会の往診支援事業をやるとしたら、もうちょっとソーシャルな基盤、例えば看護であったりとか、先ほどおっしゃったソーシャルワークだとか、そういうのも含めてやっていく、そこまでの知恵は全然なかったですけど、あの当時は。やっぱりやっていく必要があるのかなというふうに思いました。

あと、きょう、ちょっと僕、お話を伺っていて、このフランスの救急医療って非常に

よくできたシステムなんだけど、先ほど佐々木先生が言うのは、地域の開業の先生、GPにも加わっていると言うんだけど、じゃあ自由開業性とこれは、どの程度リンクを以ていて、診療報酬で、これが、まずSOSメドサンに入っている人は、まず診療報酬、自分で請求して、その部分の一部を拠出してコールセンターが運営しているみたいな。一方で開業の先生は、そこにかかわっていると、ちょっと我が国における診療報酬制度と、実際、フランスにおける診療報酬制度と、その体系はどのぐらい同じで、どのぐらい参考になるものなのか、ちょっとその基盤も、ちょっとわかる範囲で教えていただければありがたいなと思ったんですけど。

- 佐々木委員 SOSメドサンは、NPO法人なんですね。それに参加したい、活動に参加したいドクターは、理事としてそこに加入し、そしてコールセンター機能など、センター機能を使用するための費用を分担します。そこから町の中を走っていると、あの人、ここ走っているよというのがあって、近くの患者さんからコールがあると、コールセンターが近くを走っている英先生に、じゃあ電話かけますということで、英先生お願いしますという感じになるんですね。これは、ドクターは選べないし、オンラインになっているドクターは、かかってきたコールは拒絶できないですね。それで走り回って。常時、パリ市内を何十台ものドクターの車が走り回っていて、コールセンターのドクターが割り振りをしながら、今、ここでこういうコールがあったんで、何々さん行ってくださいみたいな感じで電話を振っていくという感じになって。

だから、個々の先生は個人開業医みたいな感じですね。開業にかかるプラットフォームをNPO法人に支払う。NPO法人は、それでコールセンターを運営したり、システムを運営したりしていると。そのNPO法人のほうで医療材料とか、あとは自家用車に張るステッカーとかは貸し出せるようになっていて、使った分だけドクターは実費を払います。

- 英委員 というと、日本だと医療機関が診療報酬を請求するじゃないですか。個人で診療報酬を請求しているということでしょうか。
- 佐々木委員 そういうことになります。
- 英委員 それがフランスの、そういう制度の基盤になっているんですかね。
- 久村地域医療担当課長 ですからSOSメドサンの方は、機関に所属しているというよりは個人で活動をされていて、そのSOSメドサンの、先ほどお話あった理事というふうな形で、共同運営というか、個人事業主みたいなイメージですかね。
- 飯島会長 ちょっと先生、すみません。

ちなみに、このフランスの事例というのは、パリでやられているものなのですか。それとも、パリ以外の大都市とも存在し、フランスの国全体でのシステムですか。

- 佐々木委員 ほぼ主たる都市部はカバーされています。私が見に行ったのは、SOSメドサンイールドフランスという、イールドフランス県で、パリを含むエリアをカバーするメドサンですけど、地域によっていろんなサイズがあって、それぞれNPO法人で、

場合によっては薬局を経営していたり、夜間対応する薬局を経営していたりするような事業体もあります。

○飯島会長 なるほど。一応、パリ限定という話ではないということですね。

先生、どうぞ。

○内藤委員 私のところは小さな救急病院ということでやっていますけれども、基本的には、やはり高齢者施設であったり、在宅を診ている先生方、自分たちで行っている在宅の患者さんの急変といいますか、一般の救急から見ると軽症かもしれませんが、ご本人にとっては中等症・重症というような方をお引き受けして診ている病院なんです。実際のところ、先ほどから出ていますように、うちにはソーシャルワーカーもいますし、相談員もいて、結局は救急で飛び込んできた方の病気の面を見るよりかは、やはりその社会的な部分を見ていくということのほうが、今、私、東京都病院協会の副会長もさせてもらっていますけれども、民間病院における役割としては、そのような部分というのがすごく大きくなってきていて、開業の先生方から見ると、ちょっとまだ余り見えない部分あるかもしれませんが、そういう役割は、かなり病院として地域の中で担っているというつもりの病院はたくさんあると思います。

ただ、私なんかは思いますのは、やっぱりどうしても一つ一つの病院ですと、マンパワーであったりとか、時間的な問題もありまして、なかなかお一人お一人にしっかり対応できていないという意味では、今、中途半端な状況の対応になってしまっているのかなという意味では、もっと地域のかかりつけの先生であったり、訪問の先生とネットワークをつくっていきたいと思っています。つくれば一番いいなと思っています。

先ほどから安心して地域で医療にかかれるということに関しては、SAMUとかSOSメドサンとかありますけれども、振り返ってみますと、東京においては、なかなかそういうシステムというのがしっかりでき上がっているという部分が余りなくて、先生のところも個人的に、そういう寄り添いコールというのが個人でやっていますけれども、残念ながら、今医師会とそんなにタイアップしているというわけではないんですよ。ですから、やはり地域の中で、もう少ししっかりした医療を支えるネットワークづくりを本格的にやらないと、こうしたらいいですよ、ああしたらいいですよといったような啓蒙活動をしたり、#7119をつくっても、そこではシステムとしてあっても、受け手側は、皆さん個人の先生の努力、病院の努力でやっているというところにごく安心してかかれない部分があるんじゃないかなというふうに私はすごく感じます。だからといって、今、東京の医療とか日本の医療が、国が全て制度をつくって、その中で我々がやるというわけにはちょっといきませんけれども、何か啓発していく上では、そういったようなものの仕組みづくりをもう一回しっかりやっていくことが大切かなと。

ここで言うことかどうかわかりませんが、やっぱり医師会が、その辺のところのネットワークづくりをしっかりやっていくということ、もっとバックアップしていく必要性があるんじゃないかなというふうに私は思っています。そういうものができてこそ、

初めて理解促進ができたりとか、相談支援の取組もできたりとか、医療のかかり方を推進している取組ができるんじゃないかなということを、ちょっと、きょうお話をお伺いして感じておりました。

○英委員 たびたびすみません。

まさに内藤先生がおっしゃるとおり、私も、実は新宿医師会の往診支援事業のときの伸びと、よりそいコールとでは全く違うんですね。ですから、やっぱり基盤として医師会診療所が、やっぱりそういった公的なものをつくっていくというのは、すごく、社会的な意味もありますし、スピードも全然違うし、それからまた、周りの地域に対する影響も違うなどというふうに思っているんで、先生おっしゃるように、ちょっと医師会の関与というのはすごく大事かなというふうに思います。

○三浦委員 今のお話にも、また通じるところなんですけど、私も、やっぱり、この医師会の夜間診療所とかが機能的にもっと動くのが、まず一次のシステムとしていいんじゃないかなと思うんですね。

それから、このフリーアクセスを少し抑制しようというような意味で、うちの大学病院なんかは選定療養費と言って、初診料を高く設定するようになりましたが、全く減らないんですよ、初診患者。皆さん、風邪でも平気で来ています。要するに、今のたった2,000円ふやただけでは、全然抑制になってないというところもあるので、もうちょっとやっぱり別の方法を考えていかないといけないかなと思います。

○飯島会長 いかがでしょうか。先生、どうぞ。

○佐々木委員 秋山さんの話の続きみたいな感じだと思いますけど、入院になってしまう人たちのバックグラウンドというのを、もうちょっと詳しく調べてみる必要があって、多分、単独、独居世帯とか老々世帯とか、比較的サポートする力が弱い人が多いんじゃないかなと思うんですね。ちょっと二つ、私たちの圏域をご紹介します。

一つは、品川のクリニックで、2年間にわたって緊急入院になった事例が、なぜ入院になったのかというのを分析したことがあります。ACSCS-Ambulatory care-sensitive conditions、きちんとケアをすれば入院を防げたかもしれないという事例で、入院になってしまった事例を振り返ってみると、何で救急車で入院になったのかというのを見てみると、患者側の要因と社会的要因というのがすごく大きくて、医学的医療者側要因というのは実は少なかった。そこをきちんとケアできれば47%入院が減らせたという結果でした。

同じく、川崎北部で、聖マリの先生と一緒にやった高齢者の救急の分析では、実は在宅医療を受けている、あるいは高齢者住宅でケアを受けている人たちというのは、確かに搬送件数は多いんだけど、軽症搬送というのはほとんどない。基本的には重症搬送で入院が必要なケースがよく搬送されていて、市中高齢者は軽症が多い。だから、在宅医療は24時間のかかりつけ医として機能していて、それが機能することで、実は一次トリアージと、ある程度の在宅治療も行われていて、本当に入院が必要なケースし

か入ってこないし、入院になったケースもICUまではいかないという人たちが多くて、ACPが、実はきちんとされているんじゃないかというものがありました。だから、やっぱり医師会の先生たちになるんですかね、地域のかかりつけ医療がきちんと機能していく。24時間何らかの形で相談機能があれば、実は入院というのは、かなりそこでトリアージできるんじゃないかなという印象を持っています。

○飯島会長 ありがとうございます。

ほか、いかがでしょう。ちょっと総括してしまう訳ではないのですが、幾つかキーワードを拾い上げてみると、それこそ小手先の情報の出し方では恐らく無理だろうと思います。それこそ金額もちょっと上げたからということで、対応できるものじゃないだろうと思います。それこそ、もっと根本的なことでいえば、基本的な教育、リテラシーの問題ということにもなるのでしょうか。自分のちょっとした喉風邪をどう考えるのかというレベルですね。それははっきり言って、社会人ど真ん中の頃よりは、もっと小さい頃（幼少期）からの教育の視点ですね。あとはソーシャルの基盤も忘れてはならないですね。結局、救急の部分だけを手厚く補強すればいいというものでもないし、そう簡単にできるものでもないというところはありますよね。

あと、先ほども、まさに仰る通り、都民への理解促進とはいっても、簡単なリーフレットを1枚つくればという話ではないですよ。心にストンと落ちるものがなければ、何か意識変容・行動変容には全くつながらないのでしょうか。従って、全てを逆算して考えて、ドラスティックにメスを入れていかなければならないですね。

あと、啓発をした、幾つかの選択肢が見えてきた後のメリットといいますか、インセンティブをどう見せるのか。言い換えれば、「そうならば、こっちの方が良い」という風に考えさせるという選択でいくのかどうかということですね。ストラテジーの問題ありますよね。

あと、佐々木先生が仰ったように、すぐ対応すべきだろうという患者様と、むしろ結果的にはマイナス面の方向に転がってしまう患者様、この2パターンの振り分けというものが重要なのでしょうか。ファーストコールの段階でどう分けられるのかという課題と、コールを受けた時にどう振り分けるのかという課題、等、幾つかのフェーズがあるだろうと思います。それは、受け手側の話ですけど、実際、患者さん側にも、それをどう意識させるのかという大きな課題があります。

あと、根底には時代の変遷もあり、やっぱり「かかりつけ医」のイメージチェンジが余りにも大きいですね。昔のかかりつけ医のイメージをノスタルジックに思っているけど、そう簡単に変わるものじゃないでしょうし。そのかなり変わってしまったかかりつけ医のイメージというものを、どのように医師会ベースでボトムアップと綿密な連携を推進していくのかですね。県単位だけで動ければいい話じゃなくて、各自治体、郡市区医師会単位という要素が非常に大きいですね。

あと、これは英先生からのご説明、寄り添いコールの中の、ちょっとふと後半に言わ

れたコメントですけど、やっぱり重度要介護の方は、もう大体ルールに乗っているというか、もう大体わかっている、決まっている。だけど、ちょっとその一、二歩、三歩手前ぐらいの方々が、大分多いということで、そこら辺が、このよりそいコールで大分うまく回ったんじゃないかというお話もあったんですけども、そこが、この東京都全体で考えると大きなパイで、そこをどう、うまくワンストップでコール受けて、こうやって仕分けていけるのかという大きな課題がありますよね。

あともう一つは、これ、英先生が最後に言われた、まさに救急搬送という単発のものだけでどう底上げするかというのでは恐らく意味がなく、その後のフォロー、そしてかかりつけの存在ですね。すなわち医師会～かかりつけ医という部分になってくるわけですね。それがセットでの話なのですね。

幾つものキーワードが出て、それが重層的に歯車で絡み合っていて、だから、1個のメスだけでは恐らく無理で、全部逆算して時間をかけながら底上げしていかなければ、これは根深い。ある意味根深い、時代背景とともにという話なのでということじゃないかなと思うのですが。

あと、少しだけ時間ありますので、まだご発言できてない部分とかありましたら、ぜひ。きょうは自由討論ですので。また、第2回目に向けては、実際、都民のアンケート結果というものをどう我々が、また見ていくのかという視点が入ってきますので、きょうはフリーですけど。

オブザーバーの新田先生と河原先生、何かコメント。どうぞ。

○河原オブザーバー 3点ほどありまして、一つはひまわり、私、委員長をさせていただいていますが、これの論点は明らかなんです。認知度が低い。これは、都の調査でもわかっていることで、認知度を上げないと、幾ら改定しても通じていかないわけですよ。どうしても努力して認知度が上がらないというのは、この政策が間違っているということです。だから、そこまで行きついていないんですね。だから、認知度を上げるということ、それが論点です。

それからもう一つ、資料6で救急の資料ありましたが、これは、どっちかという、リバウンドサイド、患者、利用者のほうのデータで、多くの都民の方は公共財は無限と思っているから、例えば、そのサプライサイドのデータですよ、例えば、単位一人当たりの搬送件数とか、どういうふうになっているか、供給側が、どういうふうにしんどいかとか、そういったことをわかしてもらわないと、都民の理解が得られないと思うんです。だから、リバウンドサイドだけじゃなくて、サプライサイドのデータとか分析がいると思います。

それから、この委員会が、名前が地域で安心して医療を受けられる環境づくりですよ。地域で安心して医療を受けられるまでのことを考えれば、いっぱい検討しているんですよ、今まで。医療計画でも救急の体制とか、あるいは地域医療構想、それから今度、外来医療計画とかありますよね。それから部会レベルでは救急部会、あるいは在宅部会

とかいっぱいあります。この委員会の目玉というのは、次の環境づくりというところ、これがソフトの部分だと思うんですよね。魂の部分だと思うんですよ。だから、この検討会というのは、その富士山に例えれば、雪の部分ですよ。下に医療計画とかハードをいろいろ検討した計画があって、その論点というのを、やっぱりこの場で提供していただいて、それをいかに計画を有機的に結びつけて、その魂を入れていくかというのが、この委員会じゃないかなと思うんですよね。ですから、今までいっぱい検討したけど、うまく生かされてないのがほとんどだと思いますから、ぜひ、これちょっと言い過ぎましたが、ぜひ、これに絡むような検討会の論点とか、あるいは検討結果とかいうのを踏まえながら、有期的に結びつけて魂を入れていくようなことを考えれば、私はいいのかなと思ったりしています。

以上です。

○飯島会長 ありがとうございます。

では新田先生。

○新田オブザーバー ある、アジアの検討会で、日本の政治家、学者が日本に誇らしき国民皆保険と言っていたら、アジアの学者が失敗した日本の国民保険と。おもしろいなど。日本は、国民皆保険を成功したのか失敗したのか。やっぱり大変だと思うんですね。

だから、先ほどの話は医療のかかり方、全て保険でかかるわけですよ。全て保険ですよ。だから、保険をこのまま継続するかどうか、ここの、今、症状に応じた医療のかかり方で保険でやるのかと。例えば、小児救急がシンガポールで有料化したら、小児救急は減ったですよ。それ、日本は極端ですから、そんなことはできないですよ。そんなことしたら、とんでもないことだと。でも、日本はそれができない中で、どうするんだろうと。でも、トリアージは成功しましたよね。それは、子どもと、いわゆる子どもを持つお母さん方と小児科医が、やはり医療を、小児医療を勉強したんですね、あれ。そうすると、救急が完全に減ってきたと。

先ほどの話もそうですよね。高齢者っていうのは、社会的事情を持っていると。これは大きなことですよね。75歳以上の高齢者が一番やっぱり救急が多い中で、単に高齢者が救急の医療だけでかかるわけじゃなくて、そのときの社会的事情、ひとり暮らしとか等々とか、いろんな状況があると。そういったのを解決しない限りは、救急問題は解決しないんだろうと。むしろ、救急ではない可能性が半数以上あるだろうと、今さっき話があった、そうだろうなというふうに思いますね。

そのあたりのところの都民啓発って、ずっとやってきているんだよね。ずっとやってきているんだけど、何年やって、もう10年以上やっているんですかね。やっているんだけど、なぜ都民はわからないんだろうと。これは、マスコミの大家さんに聞きたいぐらいなんだけど、マスコミは何をしているんだろうと。マスコミは、迎合しているんじゃないのと、逆に言うよね。私は、マスコミの責任もあるなど実は思っていて、先ほど言われました、河原先生から、いわゆる、いろんなことをやってきたけど、どう

なのというのは、なかなか都民に伝わらないと。これは、全て我々も必死になってやっている。だけど、医師会、医師会といったって、そのシステムの違いだけで、医師会の責任もあるだろうな。医師会も何もやってきてないという話ですよ。さらに、医師会中心に組織をつくるなんて、また何を言っているんだろうなと。何もやっていないところに、そうやってつくるのという話になるわけですよ。そう思いませんか。だから、我々ここにいる全員責任だと私は思っていますが、そういう中で、この議論がどこに落ちつくんだろうなというところは、さっきから皆さんの意見を聞いてとても悩んでいました。

それで、例えば、6-1の2の表とか等々は、やっぱり中途半端ですよ。例えば、救急というのは夜間の問題なのか、昼の問題なのか、かかり方の問題なのか。あるいは、ここで言う体調不良って、どういうことと。体調不良って、英語で訳すとアイルシックですか、これ。アイルシックだったら、病気、アイルシックですかね。どういうふうなんでしょうか。その状況の中では、昼間で解決しますね、大体。夜、必要ないですよ。というようなことで、そうすると、夜の救急なんて、在宅やっている先生は皆わかるけど、夜の在宅って減らすには、昼間の対応ですよ。そうすれば、ほとんど減るだろうなと。となると、さっきからかかりつけ医って議論があったけど、かかりつけ医って何をやっているんだと。さっき国立から出ましたけど、都民にとってかかりつけ医ってないも同然ですよ、はっきり言うと。そこから始めるということも重要です。かかりつけ教育を、私も医師会のワーキンググループのメンバーで、もう3年やっているんだけど、何人受けているのかって、東京都で、医師会で、そんなに受けてない。それくらいかかりつけ医というのは、まだ定着してないですよ、やっぱり。ということも我々自戒しながら、さらに地区医師でかかりつけ医をつくり上げながら、そして都民と一緒に教育をずっとやりながら、秋山さんじゃないけど、やり続けながらやっていかないと、これ、問題なので、やり続けるための都民との会話とか、そういう話をマスコミも含めて一体化するという方向性の中でやってほしいというのが一つと。

もう一つは、さっきからばらばらで、年齢層ばらばらですよ。だから、年齢層ばらばらでいいのかねという話ですよ。ここでいう、英先生が虚弱からと、あれ、とてもいい議論だなと思って、それで、佐々木先生の言う、介護の何とかという話、あれもとてもいい話で、やっぱりそのところはそこで集約するだろうなと。それ以外の高齢者の問題と、そして真ん中の話ですよ。真ん中の話って放っておいてもいいんじゃないかなと、私、この際思うんだけど、真ん中の話はね。小児、小児は必要なので、小児はどうするかという話と、真ん中放っておく。

それは、もう一つ、ちょっと話が長くなってすみませんが、地域包括ケアシステムにおける、迅速、適切な救急医療って、これ結構まとまって、課題も結構出しておりますよ。課題の検討は、これ、中途半端に終わっていますよ、江原さん、恐らくそうだと。課題だけ出して終わっているような検討会だったと思うんですね。そうですね。だ

から、恐らくここを含めて、これの延長線上に、この議論もあるんだろうなというふうに僕は考えて、これ、皆さん、委員の方に熟読していただいて、そうか、そこまで話したんだなというふうに思って、その上で、第2回以降やっていただきたいなと思います。

ちょっと長くなりました。すみません。

○飯島会長 わかりました。

ちょっと時間になってきましたので、ちょっとこれでクローズのほうに行きたいと思えます。

新田先生が最後に言われたように、パーツパーツはみんな頑張ってやってきたにしても、何か絡み合っていないとか、遠くから見ると、まだすき間だらけなのかもしれません。結局、誰が犯人なのかと思ったら、みんな全員が犯人だったみたいな。結局、自分たちで自分たちでという考え方で、俯瞰できていない部分がありますよね。だから、従事者側も俯瞰できていない、結果的に国民も俯瞰できないという、ある意味負の連鎖に入っている国かもしれませんけど、とはいっても、下を向いているわけにもいきません。どこからメスを入れるかですね。全てをやるには余りにも多過ぎて、しかし、この会議によって、1～2年後には何かモデル事業を着手するということであるならば、ある部分にちょっと絞り込まなければならないかもしれませんね。高齢者のどのフェーズの方々を対応するのかとか、小児とセットでこうやるんだとか何か。そこもちょっと、第2回目の会議の議論の、一つのポイントになるかなと思います。そこに都民の声というのが少し反映されてくるので、それを合わせて、我々が立体的にどう考えていくのかというのが第2回目かなと思います。　　じゃあ、ちょっと9時過ぎてしまいましたんで、事務局に、第2回の検討会議の開催準備のもろもろの話を少し説明していただいて終わりたいと思います。

じゃあ、ちょっと事務局にお返ししますけど、よろしいでしょうか。

○久村地域医療担当課長 本日は、いろいろなご意見、深いご意見いただきましてありがとうございます。いただいた話を整理して、第2回に向けて整理したいと思っているんですけど、冒頭、飯島先生のほうからございましたけども、追加のご意見等ございましたら、後ほど様式を送らせていただきますので、そちらのほうで記入いただく、あるいはもうベタ打ちでも結構ですし、お電話いただいても結構です。何かいろいろご意見ございましたら、またいただければと。それも踏まえて整理をさせていただきますし、こういったデータがあれば参考になるというふうなものもいただきましたら、できる限りの対応を、取組をしたいと思いますので、そのあたりをよろしく願いいたします。

次回以降、1月以降に第2回の検討会を開催したいとは考えておりますけども、ある程度きちんと論点整理して始めないと進まない部分もあるかと思っておりますので、準備のほうも時間をいただいてというふうに思っております。また日程調整等のご連絡はさせていただきますので、よろしく願いいたします。

それから、本日、資料のほう、かなり厚くなっておりますので、机上に残していただければご郵送させていただきます。

最後、お車でいらっしゃる方、駐車券をご用意しておりますので、事務局までお知らせいただければと思います。

それでは、以上をもちまして、第1回の検討部会を終了とさせていただきます。本日は、まことにありがとうございました。引き続きよろしくお願いいたします。

○飯島会長 ありがとうございました。

(午後 9時03分 閉会)