

会議記録

会議名称	第2回 杉並区基本構想審議会 第2部会
日時	平成23年4月26日(火) 午後0時45分～午後2時40分
場所	東棟4階 庁議室
出席者	委員 古谷野、北原、京極、高橋(博)、早坂、古屋、大泉、島田、鈴木 区側 保健福祉部長、高齢者担当部長、杉並保健所長、企画課長、 保健福祉部管理課長、障害者施策課長、高齢者施策課長、 高齢者在宅支援課長、地域保健課長、健康推進課長
配付資料	資料1 第2部会における主な検討テーマ 資料2 テーマ「健康」負担区分別・負担割合別一覧 資料3 新たながん検診手法の有効性の評価報告書(一部抜粋) 資料4 3つのワクチンの医療経済的な評価について 行政資料1 杉並区保健福祉事業概要 平成22年度版 行政資料2 杉並区における地域医療体制の充実に向けて (杉並区地域医療体制に関する調査検討委員会報告書) 参考資料1 「10年後の杉並を考える区民意見交換会」の実施について 参考資料2 区内各種団体からの意見提出の実施 ・年齢階級別・男女別の主要死因構成割合(H19) ・杉並区在宅療養支援対策の充実について
会議次第	1 開会 2 議事 (1)主な検討テーマについて (2)「健康」について 3 その他 4 閉会

○部会長 それでは、第2回の第2部会を開始いたします。お忙しいところをお集まりいただきまして、ありがとうございます。

前は、部会としての、どちらかというところと総括的なことでお話をいただきまして、今日から個々のテーマについてより突っ込んだ議論をしていただくこととなります。時間が余りありませんけれども、活発なご議論をいただければと思います。

お手元の次第に従いまして、第1の議事、主な検討テーマについて。これは前回お出しいただいた検討テーマとキーワードのまとめです。保健福祉部長からご説明をお願いします。

○保健福祉部長 資料の1について、ご説明を申し上げます。この資料の1は、前回ご議論いただいたたたき台の資料にご議論の中身を書き加えたというものでございます。

健康・参加・生活支援という大きな分類に入り切らないような大きなものについては、全体を通して留意すべき視点ということで、上のほうに書き出させていただきました。自助、共助、公助を横軸にした整理が必要ではないかと。その中で、特に共助を掘り下げるべきではというようなご意見もいただきました。それから、安全・安心のまちという視点を重視していきたいと。個人情報保護の適切な活用ということが大事ではないかと。それから、これは特にノーマライゼーションということも含めてですが、教育であるとか意識改革、こういったものが必要ではないかと。これはそれぞれの分野に入り切れない、全体を通して留意すべき視点というふうに整理をさせていただきました。

「健康」のところでは、健康づくり、心の健康・自殺予防の次に、相談や情報提供（健康不安への対応）ということで、これは特に今であれば放射能の不安とか、そういったことも含めての相談・情報提供が必要ではないかと。それから、医療についても、救急とか高齢者医療の問題が指摘されておりました。

「参加」のところでは、就労については、就労といってもいろいろな就労があるということで、例えば障害者だったり高齢者だったり生活困窮者だったり、あるいは子育て中の女性の就労は保育と切り離して考えることはできないのではないかとというようなお話がございました。それから、ボランティア活動、市民活動を活発にしていくということが非常に大事なのではないかとというような

お話がございました。それから、ネットワークとか情報連絡体制、こういったものが参加のために非常に重要であるし、緊急時に機能するためにも、平常時からのこういった情報連絡体制みたいなものは大事だというようなお話がございました。

「生活支援」のところでは、介護や援助という中でのこれは一つの視点ということになりますが、同居家族がいることを前提としないような支援のあり方というものを考えていかななくてはいけないのではないかと。それから、人材育成が非常に重要だというご指摘がございました。あと、災害弱者支援のことがいろいろと話題になりましたが、これも緊急時の支援、それから、緊急のときだけでなく、復興期というか、そういった長い期間の支援のことも考えていく必要があるであろうと。それから、住居というよりは住まいというふうに見たほうが、より視点が広がるのではないかとというようなご指摘がございました。

前回ご指摘いただいた点については、こういった形で整理をさせていただき、それぞれの分野の議論を進める中でキーワードを加えていくというようなこともあるかと、事務局としては考えております。

○部会長 ありがとうございます。

前回のまとめですが、何かご意見あるいはご質問がおありの方いらっしゃいますか。うまくまとめてくれたという印象を持っているのですが。前回ご欠席だった〇〇委員と〇〇委員、ご質問はよろしいですか。

それでは、次の議事へ移りたいと思います。前回、この三つのキーワードを挙げて、その中から1個ずつやっていきましょう、まず「健康」からということでしたので、今日はその「健康」についてになります。資料の説明をやはり保健福祉部長からお願いいたします。

○保健福祉部長 私から最初に、この分野に関係する私どもの事業の概要をご説明いたします。その後で、地域医療体制の充実に向けてという、昨年出ました報告書で、地域医療体制の現状についてご説明をさせていただきたいと思います。その後、保健所長から、前回ご指摘がありました、本当に効果のある事業ではどのような効果が見られるのか、幾つか例を挙げてご説明をさせていただきたいと思います。

保健福祉の事業概要をご覧いただきたいのですが、大変効率的に印刷してお

りまして、部数があまりありません。書き込んでいただくのは結構なのですが、持って帰っていただくと、次の会議のときにまた新しいのを差し上げられませんが、できれば専用で置いていていただきたいと思います。

お聞きいただきますと、杉並区保健福祉計画の体系図ということで、大きく五つの柱で保健福祉計画が構成されております。「未来を拓く子どもたちが育つまちをつくる」、「だれもが安心して健康で暮らせるまちをつくる」、「高齢者が元気で安心して暮らすことのできるまちをつくる」、「障害のある人が自分らしく生きることのできるまちをつくる」、「支えあい共に生きるまちをつくる」。この五つの柱で、今日ご議論いただくテーマは、主にこの2番になります。そのほかに、「高齢者が元気で安心して」というところにも、若干、介護予防、認知症予防にかかわるところがございます。

最初に、43ページをお開きください。「だれもが安心して健康で暮らせるまちをつくる」という中では、「健康な暮らしを支えるために」の1健康なまちづくりの推進で、健康づくり活動支援ということでは、自主グループの活動の拡大に努めております。

次のページにいけますと、健康都市の普及啓発ということで、この健康都市については後で触れますが、こういう普及啓発活動をやっております。

それから、45ページにあります食育、これも主に普及活動、それから、ネットワークの拡大というようなことに取り組んでおります。

それから、46ページは「総合的な生活習慣病予防対策」ということで、ウエストサイズ物語というのを一つ大きなテーマとして普及活動をやっております。

それから、47ページのところでは、健診（検診）・保健指導の充実というところで、ここは予算的に言えば、かなり力が入っているところです。区民健康診査というものを実施しております。これは、もともとは法に基づく制度としてやっているわけですが、区独自には年齢を30歳から39歳まで拡大してやっている。あるいはその表にありますように、基本検査項目のほかにも、詳細な健診をほぼ全員に適用したりとか、追加健診項目を加えたりということで、区独自に行っているものも幾つかございます。前回のご指摘で、区が自由にやれる範囲と決められている範囲というものを明確にしてほしいというお話がありましたので、説明の中で区が上乘せしている部分等については少し触れ

て説明させていただきます。

それから、50ページになりますとがん検診の実施ということで、がん検診については、基本的には国のガイドラインに定められているものということで、胃がん検診、肺がん検診、子宮がん検診、52ページにいきますと乳がん検診。喉頭がん検診というのもやっていたのですが、これは国のガイドラインにないものなので、今年度から廃止をしております。大腸がん検診も実施しています。前立腺がん検診については、国のガイドラインの位置づけとは違いますが、区独自にこれは実施をしているものです。それから、眼科の検診というのも、区独自に実施をしているものでございます。

54ページにいきまして、生活習慣改善支援ということで、これは特に個人を支援したり、あるいは健康教育をしたりというようなもので、生活習慣病対策として実施をしております。

それから、57ページ、支援環境の整備ということで、これは個人の健康習慣を行いやしくするために周辺の環境を整えていくということで、ヘルシーメニュー推奨店の拡大であったり、分煙化の推進、あるいはさまざまなコーナーやIT環境等を使って、区民の方たちが自主的にさまざまなことを学習したりできるようにというようなことを実施しております。

それから、61ページで、成人歯科保健対策ということで、歯科健診をさまざまな年齢でやっております。これも国が定めている取り組み義務としている健診の対象年齢よりも大分年齢を増やして実施をしています。

それから、64ページの「心の健康づくり」ということで、64ページの図は、区民全体には広く心の健康づくりということで対応しながら、より精神疾患を有する人に対しては医療のサポートをしたり、さらに精神障害者と言われる人には社会復帰と自立、社会参加の促進というようなアプローチをしているというイメージの図です。

一つは、うつ病対策として、普及啓発、早期発見・早期対応、あるいは家族への支援ということを実施しております。また、2番目も普及啓発です。3番目は心の健康相談ということでやっています。それから、地域のネットワークづくり。それから、67ページにありますその他の精神保健福祉事業としては、社会訓練事業としてのデイケアというのを五つの保健センターで実施しておりま

す。

この辺はある程度、定められているルールにのっとってやっていますが、基本的には区が独自に考えて事業を提供しているものです。68ページにあります医療費助成、こういったものは東京都や国のルールに従って、ほとんど区の自由度がない中で実施をしているものです。

それから、「自殺対策の推進」としてやっております普及啓発であったり、相談窓口の対応力の向上、地域の関係機関との連携、遺された方への支援、こういったものはすべて区が独自に実施をしているものです。

その次の「難病・アレルギー対策」は、どちらかという区の独自性があまり多くはないところで、難病患者の医療費の助成であったり、難病患者の訪問診療。訪問ヘルプサービスは、これもほとんど都のルールにのっとってやっています。それから、72ページの原子爆弾被爆者助成。これも区の独自性が全くない分野でございます。

それから、アレルギー・ぜんそく患者への支援の中で、ぜんそく患者のほうは割と国や都のルールにのっとってやっていますが、アレルギー相談等は比較的新しい分野ですので、区としての取り組みが少し強く出ている部分だと思えます。

75ページ、「暮らしの安全・安心を確保するために」ということで、「危機管理体制」。健康危機管理体制の充実あるいは災害時の医療救護活動等の充実、この辺は区が独自に取り組んでいるものです。

それから、試験検査機能の充実。この辺も、さまざまな健康危機に対応できるようにという意味では、ある程度、区が独自にやっている部分もございます。

次の「食品の安全確保」ですが、これは79ページの図を見ていきますと、左側に指導とか監視、検査ということで、これは基本的にはもう法で定められているもので、それほど区の自由度があるわけではないのですが、どういうものにターゲットを絞って、どのくらいの頻度でやっているか、そこは区の考え方をある程度入れることのできる分野です。

80ページで、特に区民の食生活の不安解消への取組み。こういったことは、区が独自にある程度対応をしているところだと思います。

81ページの食品添加物、表示に関する監視指導の強化。この監視自体は、全

体のルールに従ってやっているものでございます。

82ページの食中毒の対策等も、全体のルールの中で、例えば高齢者や児童・乳児等の施設に集中的にやっていこうとか、こういうところが区の考え方が出るところでございます。

84ページで、特に今は自主管理体制の指導育成ということで、そういったことができる体制づくり。これはすべてを指導していくのではなくて、ある意味では人材育成というような要素もでございます。

85ページ、環境衛生ということで、これも基本的には食品衛生と同じようなルールで行われていまして、一つには公衆浴場、旅館業、興行場等の監視指導ということで、これは法に基づいて全国どこでも同じように行われているところですが、どこに重点を置いて、どのぐらいやるかというところに区の独自性はあると思います。

88ページ、住まいの衛生。89ページ、水の衛生。これも全体のルールの中でやっているものでございます。

それから、「医薬品等の安全確保」ということで、これは90ページにありますように、薬事監視指導それから毒物劇物監視指導ということで、そういったものがきちんと適切に管理されているかどうかという視点で監視指導を行っているもので、これも特に区の自由度というのはあまりないところでございます。

有害物質を含有する家庭用品の安全確保というところは、これは割と杉並区として独自に取り組んでいる部分もでございます。

93ページから感染症対策ということで、情報提供と貿易体制の強化。これは全国一律のルールの中で、感染症の発生動向等をとらえていくというものです。

結核対策についても、基本的には全国同じような手法で行われていますが、97ページの下にありますような確実な治療に向けた患者支援というところでは、地域の医療機関や薬局との連携ということで、地域の協力の中でやっているというものでございます。

99ページ、エイズ・性感染症等検査・相談の充実も、ほぼ全国の保健所で実施しているものと同様にやっているという位置づけと考えていいと思います。

101ページの新型インフルエンザ対策、これはどちらかという区が独自に事前に取り組んできたもので、新型インフルエンザの発生に備えて、普及啓発

であるとか感染拡大の防止措置、あるいは危機の整備等に取り組んできたものです。

103ページ、予防接種の推進ということで、104ページの表にあります定期予防接種、これは国全体のルールの中で進めて、公費負担でやっているものですが、その上にあります任意予防接種費用の一部助成、これは区の判断でやっているものです。このうち、インフルエンザ菌b型（H i b）ワクチンとここには書いてありますが、小児肺炎球菌については、国のほうで助成制度ができましたので、国の制度に沿って区もやっています。今年度からさらに、水疱瘡とおたふくかぜについても一部助成というのを区の判断で実施をしています。

それから、「動物と共生できる地域社会づくり」ということで、これはもともとは106ページにあります狂犬病予防の推進とか犬の登録というところから始まっているのですけれども、犬・猫の問題、適正飼養という問題についても取り組んでいるというところでございます。

107ページからが医療になりますが、「安心して医療を受けられるために」、「救急医療体制の充実」ということですが、これは国や東京都のルールでいいますと、区の守備範囲というのは、108ページにあります休日等夜間急病診療という初期救急で休日の対応、これが区市町村の役割として定められているものです。この中で、夜間と書いてありますのは、いわゆる準夜帯であって、深夜帯は入っていません。休日であるとか平日の準夜帯の守備範囲というのは、基本的には区の守備範囲なのですが、杉並区の場合は、それに加えて、107ページにあります急病医療情報センターを運営して、区民に対して適切な案内をしています。それから、小児救急については、区内の医療機関の対応力が非常に乏しかったものですから、東京衛生病院と河北総合病院に区として支援を行って、平日夜間や休日の診療に当たっていただいています。それから、区独自の取り組みとして、やはり初期救急対応力の向上ということで、救急協力員あるいはA E Dの配置といったものに取り組んでおります。

「地域医療の充実」ということでは、かかりつけ医・かかりつけ薬局、「医療の安全確保」というところでは、112ページにございますが、医療安全相談窓口と、そういったものに取り組んでおります。

113ページ、「地域歯科医療の充実」のところ、かかりつけ歯科医の普及

啓発と、もう一つ、前回、〇〇委員からご質問のあった歯科保健医療センター、こういったものに取り組んでいるところです。

以上が、「だれもが安心して健康で暮らせるまちをつくる」という中で取り組んでいる事業でございます。

123ページをご覧いただきたいと思います。介護予防事業としては、介護予防の普及として、今、かなり事業面が変わってしまっているのですが、幾つかの取り組みをしております。

124ページ、特定高齢者把握事業ということで、区民健診の中で、生活機能の低下が疑われて、要介護になるリスクの高いと思われる人を見つけ出して、そこで、(3)にありますような介護リスクに対応した介護予防事業を実施しているということです。これも基本的には、その仕組みは国のルールで、どんなメニューをどう提供していくかというところが区独自の判断で実施をしているものでございます。

135ページですが、「高齢者の認知症対策の推進」。これも認知症に対する理解の普及あるいは予防活動の推進、相談、こういったものが今日の守備範囲として、事業として取り組んでいるところだと思います。

先ほどの5本の柱からは外れますが、203ページが国民健康保険、それから、211ページからが後期高齢者医療制度の分野ということで、これも区として取り組んでいるわけですが、これは全体的にもう国の制度、あるいは23区ある東京都のルールの中で実施しているもので、区が独自にやれるというものは、収納率の向上のためにどこまでお金を使うとか、そういった部分しかほぼないという状況だと思います。

これが保健福祉事業概要の中での今の区取り組みですが、先ほどちょっと申し上げましたように、「健康都市」というものを区の目標としてこれまでやってきております。この健康都市というのは、今の基本構想、21世紀ビジョンがつくられたときに、区の目標の一つというふうに掲げられたものですがけれども、これは1990年代からWHOで提唱されてきた考えで、前回の審議会のときに、やはりそれを強く提唱される委員の方がいらして、区の目標の一つとなったわけです。

この考え方というのは、発展途上国では、保健医療の基盤整備とか、保健医

療のサービスというのが直接、住民の健康に寄与していくけれども、成熟した都市国家においては、保健医療よりも教育であったり、都市基盤であったり、環境だったり、経済状態だったり、そういったもののほうがはるかに健康に大きく寄与するのだと。それで、都市のそのさまざまなあらゆる営みを、住民の健康の視点をもって総合的に進めていくというのが健康都市という考え方です。この場合の健康というのは、いわゆるWHOの言う、肉体的・精神的・社会的にという、そういう健康ではなくて、もっと幅が広くて、だれもが持てる力を発揮して、その人らしい人生を送る、自己実現を図るという、そういった考え方の健康です。

制定当初はそういった考え方が理解され、実際に健康都市を目指していきましようというのが21世紀ビジョンの中で大きく掲げられているわけですが、実際には行政の場合、いろいろな切り口とか、新しいキャッチフレーズというものをどんどん出していくという宿命がありますので、環境先進都市だったり、教育立区とか協働の推進、そういういろいろな切り口がどんどん出てくる。それで、環境が整ったり、教育が行き届いたり、その地域の活動が活発になるというのは、健康都市づくりにほかならないわけで、それは結構なことなのですが、結果として、区民の健康とかQOLが高まればそれでいいわけですが、逆に、健康都市というのが保健福祉分野の目標に狭められてしまったということがございました。そうすると、健康都市を目標に掲げているのだから、もっと保健医療のサービスを充実させなさい、健診をもっとやりなさいみたいな、そういう何か少し逆の議論になってしまいました。

広い視点から健康なまちづくりが必要だということで健康都市というのを掲げているわけなのですけれども、個別の保健医療サービスばかり充実しろというようなことになってしまったということが、10年間を振り返ってみて私は一番感じるころでもあります。新しい基本構想を皆様に議論していただくわけですが、その中で健康というのは極めて重要だと思うのですが、あまりそれが前面に出ると、前回と同じような繰り返しになってしまうのかと。そういう意味では、健康というのは専門家が守ってくれるというような発想を変えていかないと、専門家が何か専門的なサービスをするのが健康なんだというふうになってしまうと、ちょっとまずいのではないかなというのが私の感想で

ざいます。

もう一つ、「地域医療体制の充実に向けて」という報告書。これは杉並区の地域医療体制の現状と課題を整理するというところでやったものなのですが、5ページを見ていただきたいと思います。

基本認識なのですが、平均寿命が男女とも、男性は全国で12位で、女性は171位と、非常に上位に位置しているということです。

それから、標準化死亡比という、図3、4、5ですけれども、これは100が全国と一緒にいう意味です。それで、東京都、特別区、杉並区と比べてみると、杉並区はほとんど100以下ですし、東京都や特別区よりも低い。100よりも高いのは、肝疾患とかです。これはちょっと別の事情があって高くなっているのですが、ほとんどのものが低い、つまり健康である。十分、全国の中でも健康であるし、長寿であるというふうに言うことができるのだらうと思います。

6ページの表2ですが、国保のレセプトから見た一人あたりの医療費は、74歳以下は外来・入院とも特別区の中で一人平均2位です。低いほうからです。75歳以上の外来も5位。唯一、入院だけが16位なのですけれども、これはもしかすると、杉並区の高齢者の中でも、さらに高齢の人が多いということ。後期高齢者が多いのですけれども、さらに高齢の人が多。平均寿命が、先ほど全国でも12位と言いましたが、そういう意味で高齢の人が多ということが影響しているのかもしれないと思っております。

病院ですが、6ページの最初の丸のところを書いてありますけれども、500床以上の大規模病院が区内にはございません。そのほか、三次救急、救命救急センター、あるいはがんの連携拠点病院、周産期の病院、母子医療センター等、いわゆる専門医療機能のある病院は区内にはございません。

9ページをご覧くださいと思います。図の11ですが、救急車の搬送先ですが、ほとんどが二次救急医療機関に搬送されているわけですが、半分以上が区外の二次救急医療機関に搬送されているという、そういった実態がございます。区外へ搬送されても、近ければいいのですが、9ページの図を見ていただきますと、ほとんどが区外に搬送されているという地域が、やはり区の南のほうにございます。10ページを見ていただきますと、区外に搬送されるだけではなくて、病院の到着までの時間で見ても、南のほうの地域はそういった

時間が多くかかっているということがこの分析からわかります。

11ページは搬送時間のシミュレーションですけれども、杉並区の地域は、30分圏内というところが中央部にずっとあると。それで、30分でいいのか、悪いのかと。10分や20分のほうがよいことはよいのですが、このときの検討では、武蔵野赤十字病院での搬送実態からすると、心肺停止事例の生存率では影響がないということで、例えば岩手県なんかだったら1カ所しかなくて1時間以上かかるとか、そういう地域もたくさんあるわけで。練馬や世田谷はこの茶色い部分が多いので、練馬や世田谷よりはましだということが、それでいいかどうかはまた別なのですけれども。時間がかかることはかかるが、それで特別致命的ということでもないというふうにも見られます。

12ページですが、出産・分娩の状況で、ここには書いてないのですが、昨年調べたのですが、区内で出産している妊婦の割合は4割です。6割は区外、あるいは里帰りをしています。図16の左側を見ていただきますと、左上の図で、母親の既往の有無ということで、既往歴のある人は、やはり区外で産んでいる割合が高いといえますか、あるいは分娩時の異常があった人も区外だということで、リスクの高い人は区外の病院を、そういった周産期の母子医療センターを選んでいく可能性が高いかもしれないということが言えます。

13ページの図の17をご覧いただきたいと思います。外来について言うと、区内で65%、新宿、中野、あるいは周辺の自治体を入れると9割近くが、ほぼ地域の中で完結しているというふうに見ることができます。入院については、区外で入院している人は3分の1。新宿、中野あるいは渋谷、世田谷等を含めても7割ぐらいということで、3割ぐらいはもっと遠い地域に入院しているという実態があるということでございます。

18ページに、現状と課題ということを書いておりますが、基本的に人口増を踏まれば、高齢者の医療需要増というものに留意する必要があると。ただ、杉並区民は健康長寿だという前提に立って、医療の問題を考えていく必要があるだろうと。それで、区内には専門的な医療機能や災害医療を担う病院が乏しいと。あと、人口あたりの病床は少ないが、慢性期等対応の病床は、ほかの区に比べれば比較的多いということです。それから、救急搬送の大多数を占める二次救急患者の区外医療機関への搬送率が高い。三次救急への搬送時間は平均

15分程度だが、生存退院率との直接的な関係は認められなかった。ただ、二次救急医療機関の1病院当たりの受け入れ患者数が、ほかの地域に比べると少ない。そういったことが区外搬送にも影響する可能性はあると。小児救急については、以前は本当に夜間対応してくれる小児科の病院がなかったのですけれども、現状は改善されてきている。それから、出産リスクの高い妊婦ほど区外で分娩する傾向にあると。外来医療はおおむね近接地内で完結している。しかし、入院医療は近接地内で約7割、残りはより遠方の地域で入院をしていると。今後、在宅医療の充実や医療連携の強化が必要だというような認識です。

21ページから提言ということで、「専門医療機能等の充実」。特にがんや周産期等の病院、あるいは災害拠点病院、こういったものがさらに充実していく必要があるし、区としても何らかの支援策ということを講じていく必要があるだろうと。

それから、「救急医療対応力の強化」ということで、救命救急センターがあればいいわけですが、誘致するというのは現実的ではないだろうと。そういう中で、二次救急医療の対応力向上のために、どういうふうにしていくかということが今後の課題だろうと。

それから、3番目、「高齢者医療の充実」。これは慢性期の病床も、もっともっと増えていかなくちゃいけないし、それと地域医療との連携のところがこれから非常に重要だろうということ。急性期の病院も、専門医療の機能を持つ病院も必要ですが、慢性期の病床がもっともっと必要だという声が現場にもかなりございます。

あとは「東京都への働きかけ」、「区民への普及活動・情報提供の強化」ということで、こういったことが、今、地域医療体制の中では問題とされているということでございます。

私から最後にもう1点、今日お手元に配りました「年齢階級別・男女別の主要死因構成割合」という図がございますが、杉並区は健康長寿という認識の前提に立っていいのではないかと申し上げましたが、そういう中で、死因として明らかに一番多いのががんになるわけですが、若い世代で見ると自殺というものも非常に大きいので、若い世代や働き盛りということに注目をすると、こういった死因について目を向ける必要があるというのが現在の認識です。

○保健所長 引き続き、資料3をご覧いただきたいと思います。これは新たながん検診手法の有効性の評価報告書から抜粋したものでございます。

表のほうで、表の2、がん検診の「総合評価」における「評価判定」と「根拠の質」の分類と書いてございます。がん検診の評価につきましては、その検診によって死亡率が減少しなければ、そのがん検診は有効ではないというようなことで、これは世界共通で認められているような評価判定でございます。

また、根拠の質としましては、この1番目に無作為割付比較対照試験、これが非常に質の高い研究でございまして、それ以下、順次書いてございます。

裏面をご覧いただきたいと思います。表の4、がん検診の評価判定のまとめでございまして。

まず、I群のI-aということで、「検診による死亡率減少効果があるとする、十分な根拠がある」、これは非常に有効性が高いものですが、その中には、擦過細胞診による子宮頸がん検診。それから、視触診とマンモグラフィの併用による乳がん検診、これは50歳以上。それから、便潜血検査による大腸がん検診。この子宮頸がん、乳がん、大腸がん、これがI-aに属するというところでございます。

また、I-bのほうでは、「検診による死亡率減少効果があるとする、相応の根拠がある」、これもやはり有効性があるということになりますけれども、胃X線検査による胃がん検診。それから、視触診とマンモグラフィの併用による乳がん検診、これは40歳台。それから、あとは胸部X線検査と高危険群に対する喀痰細胞診の併用による肺がん検診、これは日本でのデータですけれども。

このように、日本で行われている五つのがん検診、子宮頸がん、乳がん、大腸がん、胃がん、肺がん、これらはすべて一応有効性があるということによって判断されております。

また、このII群のほう、下のほうを見ていただきたいのですが、「検診による死亡率減少効果を判定する適切な根拠となる研究や報告が、現時点で見られないもの」という中に、一番下のところに、前立腺特異抗原（PSA）測定による前立腺がん検診ということで、この前立腺がん検診については、区のほうも採用して、現在検診を行っておりますけれども、まだ国際的に評価が固まってはいないと。ただし、日本の泌尿器科学会等は、前立腺がん検診、ヨーロッ

パのデータ等も見比べながら、この有効性についてはあるだろうというようなことで現在進めているような状況でございます。

資料3については以上でございます。

次に、資料4をごらんいただきたいと思います。これはことしの3月に出ました公衆衛生情報の中からピックアップしたものでございます。

「3つのワクチンの医療経済的な評価について」ということで、この表のほうをご覧くださいなのですが、H i b ワクチン（H a e m o p h i l u s i n f l u e n z a e 菌 b 型ワクチン）、小児用肺炎球菌ワクチン、HPV（ヒトパピローマウイルスワクチン）、この三つのワクチンについて、医療経済的な評価を行ったものでございます。これは国際医療福祉大学薬学部の池田俊也教授が試算したものでございます。

この医療経済的な評価の視点として、上のほうに費用比較分析、費用効果分析というようなことが書かれております。この評価の最後に、備考の横のところに、実際に医療経済的な評価ということで最終的な評価が行われますけれども、これは接種費用からワクチン接種により削減される医療費と、生産性損失、または獲得QALY、これを引いたものが最終的な評価ということになっております。

例えば、H i b ワクチンにつきましては、1年当たり238億4,000万円の費用超過ということになっております。それから、小児肺炎球菌ワクチンにつきましては、1年当たり28億5,000万円の費用低減効果。それから、HPVワクチンにつきましては、1QALY獲得あたり201万円と推計。これは500万円を切れば、費用対効果は良好というような判断が通常下されますので、これは有効だろうということになっております。

ちなみにH i b ワクチン、これは費用超過ということで、必ずしもこの費用超過は望ましくないのですけれども、例えばこのH i b ワクチンを推進することによりまして、薬剤耐性獲得菌の増加や、それによる治療困難例の増加に対する抑制効果、また、小児救急の負担軽減などの二次的効果なども言われておりまして、単にこの医療経済的な費用に見られる効果だけでは判定が難しい部分もあるだろうということも言われております。

以上が、この「3つのワクチンの医療経済的な評価について」の資料についての説明でございます。

○部会長 ありがとうございます。保健所長が説明してくださったのは、前回の検討の中で費用対効果についてのご質問があったので、その一つの回答としてお出しただいたものと思います。

資料2はどうですか。

○保健福祉部長 前回、いろいろと国のルールにのっとって、区の独自性がないものも結構あるのではないかというご指摘がありましたので、先ほど事業概要の中で説明したように、区の独自性というのはいろいろなところで出せるわけなのですが、例えばその41の事業で見えますと、区単独でやっているものが14ございます。

それから、国の負担、区の負担という中で、がん検診であるとか、そういったものは一定のルールでやっているものもありますが、国の負担が入っているものは割とルールを守らないと、やれないかと。

それで、東京都の負担、区の負担という中の包括事業というのが七つございます。つまり13のうちの七つは、ほとんどこれは、補助金として都からもらっていますけれども、区の独自の判断でやっているものについて都の補助金を適応しているということなので。実際に負担割合別一覧を見ていただきますと、73%が区の予算でやっています。ですから、一定のルールではやらざるを得ないというものもありますが、お金的に言いますと、ほとんど区が負担してやっているものだということで、ご了解いただければと思います。

○部会長 ありがとうございます。かなり込み入っているのがこの健康の領域かという気もするのですが、ご質問あるいはご意見がおありでしたらお願いします。いかがでしょう。

○委員 感想を言っていていいですか。

○部会長 はい、どうぞ。

○委員 さっき保健福祉部長が言った、健康というのを、私はハードとソフトで言ったら、ハード的な面に限定してとらえてしまうと10年前と同じになるというようなお話をされたと思うんです。その部分を健康で、あるいは元気と言ってもいいかもしれませんが、それを体的な面とか医療的な面からとらえてしまう

と、まずいのではないかというふうに、保健福祉部長が10年間の反省みたいな形なのかわかりませんが、そういう形で言ってもらったことに非常に共感をしました。その後、またどんだんどんだんと続いてくるのは、医療とか、がん検診の問題とか、そういう形で今また流れていっているのかな、そういうふうにならないようお願いしたいなと思います。

○部会長 何かありますか、保健福祉部長。

○保健福祉部長 自由に議論していただいたほうがいいと思うので。私の意見はさっきちょっと申し上げました。

○部会長 感想で結構なんですけど、いかがですか。

○委員 この問題はなかなか難しいのですけれども、国の動きというか、日本全体で見ますと、どちらかという国と都道府県の事業という感じが今までずっと強かったんで、それがもう少し、ローカルガバナンスじゃないけれども、地域のほうが主体的に対応しなくちゃいけないんじゃないかというふうに、少しトーンが変わってきている時期に今差しかかっているのかなと思います。

ただ、お金がかかりますんで、こういう分野というのはどうしても切りがなく、かければかけるほど大きくなるので、ではどこまで区ができるかということ。それから、区民のいろいろな活動というものと、うまく区の行政がタイアップすると非常に効率的なだけけれども、そうじゃないと、区が一生懸命旗を振っても、余り区民はついてこないということだとまずいので。その辺、ちょっとなかなか難しいなと思って、お話を伺っていた次第でございます。

○部会長 ありがとうございます。

○委員 私はこれを拝聴していて、非常にいろいろなことをやっているんだというのが実感なんです、正直言って。ただ、その割には、これが知られていたり、参加している方がどれだけいるのかなということ、健康づくりの予防の面も検診の面も、それから、治療の面も、それぞれの面があるわけですけれども、例えば今、我々、どう考えても、がん以外の健康づくりと考えると、体重とウエストサイズというのが、これはもうだれが考えても、どこに聞いても、多分その問題になるので。ただ、それを実際にやっているかというところが、もう一番の問題なわけですから。やっぱりこういうウエストサイズみたいな、ネーミングといい、なかなかいいことをやっているんだと思う割には、実際に

それがどれだけの人が参加して、効果が上がっているのかなという、やっぱりそのモチベーションの問題がどうしても出てくるのだろうと思います。

今、〇〇委員がおっしゃいましたけれども、やっぱり国から地方にということもありますけれども、私はやっぱり、こういう場で言うべきことなのかどうか知りませんが、地方が何か行政としてやるのがどれだけ個人のところにおいていったかとか、個人が参加できる形にするかというところが、もう一つのすごく大きなキーポイントかなと思っています。それで、恐らく今の日本の医療は、今ちょっと出てきましたが、国に任せようとか区に任せようかというレベルでは、今後10年単位を考えると、多分もう無理になっていくんじゃないかと。個人がどこまで自覚を持って、ある意味で行政を利用しながら、自分の健康を守っていくかという視点にいかないとだめなのだろうと思っているものですから。そこはやっぱりその取り組ませ方というか、どうやって参加させるかというところが、いいものを持っている割にいかないのかなという感想です。

○部会長 ありがとうございます。

今、〇〇委員が言われたように、病気を治すということと、早期発見みたいなところと、そもそも病氣にならないように予防していくところと、少なくとも三つくらいに分けることができ、後半のほうでおっしゃったのは、その予防の部分が中心になってくると思います。保健所あるいは地域保健課で、その予防についてはどういう取り組み、あるいはどういう基本的なスタンスをお考えですか。

○保健所長 保健所の今までの活動は、すべて予防に尽くされると思うんですね。特に予防の中でも、一次予防、二次予防、三次予防というのがありますけれども、今、部会長がまとめられたように、一次予防として健康増進なり特異的な予防というようなこと、それから、二次予防としては健診とか早期発見ということなんですけれども、特に今は二次予防から一次予防へシフトしているというような観点で、そこにまたマンパワーも予算も強くつぎ込んでいるというような状況でございます。

○部会長 これはほかの区での話なのですが、調査をして分析したところ、根幹にあるのはその人の健康志向というのでしょうか、健康意識みたいなものがあって、

その健康志向が高いと、あれもやる、これもやるけど、それが低いと全部やらないという傾向があったのです。区がおやりになる一次予防のいろいろな健康増進教室とかには、出る人は全部出る。でも、出ない人はまるで出ない。リピーターばかりということが現実にはあります。やはり、どうやってその健康志向を高めていくか、健康に対する人々の意識を高めていくかというところがポイントになってくるだろうと思います。

ただ、一方で、健康、健康と言うと、引いちゃう人も出てくる。そうすると、健康以外、さっき保健福祉部長が言われたところなのですが、健康を旗印にしないさまざまな活動の中で、健康づくりに実はつながっていったり、あるいは健康の維持増進に間接的につながっていくような活動を行政が支援するということもあり得るのではないかと思います。どうでしょう、そういう考え方は。

○保健福祉部長 健康という名前呼びかけて集まってくれる人は、もう大体来ていただいているんだろうと思うし、一回話をして生活習慣を変えられる人はもう変えているんだと思うんです。何度言われてもたばこをやめない人とかですね。

ただ、実際に体を動かしてくれればよかったりするわけなんで、それは健康でなくても、楽しむためにやってもらってもいいし、そういう工夫とか広がりというのは、これからもっと必要かと思います。

○委員 一つはやっぱりモチベーションだと思うんですね。みんな健康にならなくちゃとは思いつつ、どこか人ごとで考えていますから。私はこのままだも何とかいこうと思っている部分が多いので。

そういう意味では、例えば実際に病院にいらっしゃる方というのは病気になって来ますから、そこでこういうプログラムとかをもうちょっとタイアップできるかなというのは一つあるんじゃないかなと思います。いらっしゃる方は必ず、何か不安を持ったり病気だったりしていらっしゃいますから、全く健康な方よりはもうちょっとモチベーションが高いのかなと思いますので。開業医の先生のところであっても、我々のようなところであっても、そこが例えばパンフレットを差し上げて、この次の会合はここですよとか、こういうところにいらっしゃいませんかという情報交換みたいなものをすれば、もうちょっとすそ野を広げるかなとは思っています。

○部会長 そうですね。例えば、全く健康を課題に掲げていない長寿応援ポイントみた

いな制度も、ひょっとすると健康づくりに大いに関連している可能性はあるわけです。その辺、どうですか。高齢者担当部長でしょうか。

○高齢者担当部長 そうですね。元気な高齢者の方が地域貢献活動とか、いろいろな活動に参加していく、こういうきっかけをつくるという目的の制度ですが、始める時点では、別に健康とか、そういったことを意識しないで、純粹に活動への参加、そういうことが動機になっていても、結果的に健康に結びついていくと、こういうことになっているのかなと思います。

○委員 健康な方が杉並は多いという数字は非常に興味深く拝聴しましたけれども、これは時系列的にはだんだんよくなってきているのか、昔からよかったのか、何かあるんですか、そういうデータみたいな。

○保健福祉部長 標準化死亡比での全国比較に関してはないんですけども、平均寿命について見ると、もともと男性はある程度よくて、女性は中間ぐらいだったんです。それが前回の調査ではぐっと上に出ましたんで、それは平均寿命に関して言うと、都市と地方で逆転といいますか、昔は長野とか沖縄が長寿県だったわけですけども、今回、ずっと都市部が、特に男性は強調して出てきました。女性のほうが5、6年長いから、多分次の調査の時には、女性もかなり都市部がぐんと出てくるんじゃないかと。ですから、それは杉並だけじゃなくて、むしろ都市と地方の健康格差というとらえ方でいいのかなと思います。

○部会長 気をつけないといけないのは、それは都市のほうが医療状況がいいからだというふうには考えないことだろうと思います。むしろ生活全般の水準が高いとか、あるいは教養水準が高いとか、そして、それらに刺激される形で先ほどの健康増進活動に参加する意識が高まっているということが恐らくベースにあると思います。そういう状況を考えますと、さっき保健福祉部長が言われたように、これからあれをやってこれをやって、直接何か、例えば薬を配るとか、そういう方策で健康の問題を考えるのは杉並の場合にはあまりよい方法ではなさそうだし、〇〇委員が言われたように、10年先まではもたないということもあり得ると思います。

そうすると、保健所のほうでずっとやっていらしたという、健康づくりをする区民の方たち、あるいは健康寿命を伸ばそうとする区民の方たちの活動なり取り組みなりをバックアップする、あるいはそこに必要な情報なり機会なり便

益なりを用意するという形での健康、予防の段階での健康への取り組みというのは、今後考えていかなければいけない一つの柱になると思います。いかがでしょうか。

○委員 二つぐらいあるんですけども。私たちは去年から、心の健康というテーマで講座を続けているんです。私たちは介護にかかわっている活動をしておりませんが、そこでいろいろな方を見た、わずかなデータですけども、体が健康でも心が健康でなければ、健康ではなくなってくる。だけど、体が健康じゃなくても心が健康であれば、かなりの方が健康なのではないかと感じています。私は長年、大病を患った家族を介護しておりました。先ほど言われたようにモチベーションの問題もあるでしょうけれども、本人がどこまで頑張れるかということは、環境も影響しているのではないかということが一つ。

それともう一つは、介護予防なり、その意識なのですが、実は私たちは、この4月からゆうゆう館の運営を受託させていただいております。わずかまだ1カ月足らずですが、本当に80代、90代の方が健康なんです。それもいろいろなプログラムに参加される方は、1週間に5項目ぐらい、五つの会というんですか、舞踊だとか、いろいろなもの。それが健康につながっていらっしゃる方もいれば、個々に親しくお話しさせていただくと、健康でありたいと思うのでこういうことをしているという方が多いようです。

先ほどの長寿応援ポイント、あれも一つのポイントをためる楽しみもあるんですけども、最初は、ゆうゆう館を受託するまでは、そういうことが先行しているのかなというふうに、今までの講習とか講座で感じておりました。しかし、全くそれとは逆で、ただ、そこで仲間と会って楽しくして、それで楽しめて、なおかつ健康に結びついているということは素晴らしいことだと。逆に、その80代、90代の方からエネルギーを、今、私たち60代、70代の者がいただいています。この現実から、もっといろいろなところでこのような現象が発生するということが一つの健康づくりの方法かなというふうに、今は実践で非常に感じています。

○部会長 ありがとうございます。

はい、どうぞ。

○委員 今の意見とちょっと重なる部分があるんですけども、私ももうすぐ65歳に

なって、高齢者世代になるんですけども、さっき言ったことにも関連しますが、私がやっている身体障害者協会は平均年齢が65歳以上なんです。私なんかまだ若いほうというか、下があまりいないということで若いほうなんですけれども。楽しい人生を送りましょうというふうに私たちは言っているんです。健康な人生とか頑張る人生とか、そういう言い方じゃなくて。そういう楽しい集まり、楽しい人生を送る中で、自然と仲間が集まってきて、その仲間の中で触れ合う中で、その人たちが動いたり話したりすることで、心の悩みも仲間同士で話し合える。先ほど言ったように、一緒に動く人がいるということで、そこに行くことがまた励みになるという。

そういう健康ということになると、ああ、体操やるのかとか、リハビリの、さっきハードと私は言いましたけれども、そういう健康とか、あるいは医療とか、そういうところから形づくられる、何か強制された医療の続きみたいなところでのものじゃなくて、自分自身が楽しいことを、あるいは仲間と一緒に動くことで自分自身も動くようになるし、仲間を助けていける、そういった社会ができていければ、それで最初の保健福祉部長の話に戻りますんですけども、健康ということによって、ある意味で固定観念みたいなものがつくられていない、新しい形のものをつくってあげればいいかなと思います。

それで、長寿応援なんかも、もっと手続とか、あるいは範囲をもう少し広げていけば、「長寿応援」というのではなくて、「もっと楽しい人生参加券」とかそういうような形にするとよい。健康長寿とかというと、そのために何かをしなければいけないという、何か強制感というか、感覚が来るのかなというふうな中で、その辺をちょっと工夫してもらったらいいのかなというのがあります。

あと、質問なんですけど、先ほど保健福祉部長の報告の中で、区内には救急病院がないと。救急救命病院ですか。その辺は、私たちが区内に専門的な施設を持った病院をつくってほしいという、障害者団体連合会としてずっと区に要望してきていて、〇〇委員なんかも一生懸命やっていたいっているんですけども。その辺の見通しが、佼成病院が区内に来ることによって、そういう専門性の病院ができるのかどうか、その辺も情報があつたらお聞きしたいんですけど。それがあつかないかで、今後の、さっき言っていた救急救命とか、

そこの辺の問題というのが少し変わってくると思うんですけども。

○委員 関連でよろしいでしょうか。

○部会長 はい。じゃあ、先にどうぞ。

○委員 詳しい情報ではないんですけども、病院ができるときには、このくらいの都市で、このくらいの人口があったところに、幾つ病院が建つというようなことが決まっているというふうに聞いておりますけれども、その辺をかんがみて、保健福祉部長がそういうものが区内にはできないのではないか、できないだろうというふうにおっしゃった部分、それが正しいのか、あるいはそれ以外のことでそのように判断をされているのか、お教えいただきたいと思います。

○部会長 ちょっと待ってくださいね。

今、最初に健康維持、一次予防のところの話をしてきて、その一つのまとめのような形で〇〇委員がおっしゃってくださいました。楽しみながら、これは同時に参加の問題でもありますね。

○委員 参加型なんです。

○部会長 ええ。健康づくりをしていくという話をして、これは前回、〇〇副部会長が盛んにおっしゃっていた、自助の部分のウエートが高くて、その自助を区が支えていく、あるいは自助・共助がうまく回るように行政が何か工夫できないかということになってくると思います。

ところが、病気になったとなると、今度は自助だ、共助だという世界ではなくて、むしろ医療を提供できる基盤づくりをどうしていくかという話になって、それが拠点病院であったり、あるいは救命救急センターの問題だったりになるのだらうと思います。

そういうことで、今度は、病気になった後の医療の基盤という話へ行きましょう。

○委員 別に楽しくしようということは全然反対ではないんですけど、ただ、多分、年代によって、それが少し違うんじゃないかという気は、私はしています。

例えば65歳で定年になったとして、それから、75歳とか80歳とか、そのぐらいの方というのは、結構お元気ですよ。ですから、そういう方は、ただ楽しみたいというだけじゃなくて、何かお手伝いをしたいとか、何か社会の役に立ちたいという楽しみという。

今回の災害なんかでも、何かしてあげたいというのは、結構みんなあるんだと思うんです。ですから、その辺のところを、別にまじめ、ふまじめとかという話じゃなくて、やっぱり自分が楽しむとか、いい人生を送るという視点の中に、必ずしも自分の好きなことだけやっていけば楽しいわけではなくて、何かやっぱり役に立つということをやることによる自分の喜びという部分も考えておかないと、援助の方向としてはちょっと違うかなとつけ加えたいと。

○部会長 ありがとうございます。

じゃあ、保健福祉部長、お願いします。

○保健福祉部長 今ご質問のあった医療のことというのは、やっぱり法で決められた世界があって、その中で、基本的には大きな医療の仕組みをつくるのは都道府県の役割なんです。東京都は医療計画というものを定めています。それで、法に基づいて二次医療圏単位で大体考えていくわけなんですけれども、杉並の場合には、新宿、中野、杉並という三つの区が一つの医療圏で、その中で、数として言えば、病院じゃなくて病床、ベッド数の規制がございます。

そのほかに東京都としては、例えば救命救急センターが何カ所と。これも国の縛りもあって、救命救急センターは何カ所ということなんですけれども、そういうこととか、あるいは災害拠点病院は何カ所、がんの連携拠点病院は何カ所というふうに、計画上、定めています。それで、新宿、中野、杉並という、この二次医療圏の宿命として、そういう指定を受けられる病院はほとんど新宿にとられてしまうといいますか。

そういう中で、現実的に、新宿に例えば2病院が救命救急センターに指定されていますので、杉並に救命救急センターをとったときに、新たに一つつくるという理屈が東京都の中で理解が得られて、国も了解するという、そういうことは現実にあるかということ、非常に厳しい。では、新宿の病院が杉並に引っ越してくるなどということがあるかということ、それも非常に厳しいと。そういう中では、二次救急の対応力全体が高まっていくことが区民の健康としては非常に望ましいのではないかということが、この検討会での議論の方向でした。

それで、〇〇委員が言われた佼成病院は、規模とか機能から言えば二次救急医療を担う病院という位置づけで、そういう中で、急性期の医療として、一定の病床を持って脳血管疾患や心疾患に対応していくとか、あるいは緩和ケア病

棟を持ってがんの末期の方に対応していくとか、そういった機能が充実するだろうと思っています。

佼成病院は中野から引っ越してくるので、病床の数には……

○委員 圏内でね。

○保健福祉部長 はい、影響しないんです。

○部会長 ちょっと待ってくださいね。

医療圏という言葉の説明していただけますか。

○保健福祉部長 すみません。圏というのは圏域という意味です。それをどういう単位で考えるかというので、一次医療圏、二次医療圏、三次医療圏という考え方がございまして、三次医療圏というのが都道府県に該当する大きさです。

それで、一次医療圏というのは、基本的には区市町村の単位で考えると。区市町村の単位で完結するような医療というのはなかなか考えにくいので、先ほどの夜間の診療とか休日の診療とかというものは、じゃあ一次医療でやりなさいと。もう少し広域的にやらなきゃいけないものは二次医療圏で考えましょうということで、東京の場合は13の二次医療圏に分かれています。さらに大きな三次医療圏で考えなくちゃいけないものについては、東京都で1カ所とか2カ所ということで考えていくという、そういう広さと専門性の両方で、医療体制の整備が考えられているということです。

○委員 私も、いろいろな福祉の計画をつくるときに、保健の計画と両方、対応したことがあるんですけど、何か東京都の場合の二次医療圏というのは、人口数がめちゃくちゃ多いような感じがするんですけどね。ただ三つの区を集めたというのと、普通の地方の県で市町村単位でやるのと比べますと、人口があまりにも多いので、ちょっと形式的になり過ぎている嫌いがないだろうか。

実は、細かい話で恐縮ですけど、東京都が認知症疾患医療センターというのを二次医療圏に1カ所ということでやったんですけど、新宿区が大体。浴風会も手を挙げたんですけど、抽せん漏れしちゃっているんです。熊本なんか、あの小さな県で10カ所あるんです。ところが、東京都は、その熊本の10倍以上大きいところで12カ所。だから、テリトリーが、確かに一次、二次、三次という考え方はいいとしても、それを適用するときちょっと大き過ぎる嫌いがあると。それを補うのはどうするかというと、多少、区の努力というのがあってい

いんじゃないかなと。東京都にもプレッシャーをかける必要があると思うんですけどね。ちょっとそういう感じを持っております。

あと、これからは病院ですべて入院対応でやるということだけではなくて、今後のことを考えると、入院して一定程度の治療が終わったら地域に戻るといふか、あるいはできれば在宅に戻るようにすると。そうすると、結構、在宅医療の支援体制というのが必要になってきて、それで、病診連携もありますし、それから、医療と福祉の連携もありますし、そういうものを何か、これからの時代の方向なものですから、区のほうで何か支援することができないかと。そんなにお金がめちゃくちゃかからない、病院を建てるお金は要らないものだから。むしろシステムづくりのほうが大事なので、これは今回の計画の中で、できれば目玉になるようなものがないかなと期待をしております。

○委員 救急のことについて、ちょっとだけ申し上げておきますけれども、私どもの病院も二次救急まではやっているんですけれども、現実には区内に三次救急まであれば、それにこしたことはないと思いますけれども、これはハードルがやっぱり高いので、大学病院クラスでないと、大きな全科の救急対応の病院を持つというのは、結構難しいと思うんです。

それで、さっきちょっと出てきましたけれども、私どもの役割は、多分、自分のところで対処できるのか、早目に三次救急の病院なりに送るのかという判断を間違えないということができればいいのかなと思って、今、二次救急をやっています。そういう点では、東京医大に送るとか、距離的に一番近いですから。それから、杏林に送るとか考えても、大体15分ぐらいで救急車であれば行くんです。これはほとんどの疾患の場合に、救急対応可能な時間内かなと思っています。ですから、その連携がきちっとできれば、ある程度のカバーはできるのかなと思っています。

○部会長 医療連携には、そういう救急医療機関同士の連携ということもあれば、病診連携もあるし、それから病院相互の連携ということも当然あり得るし、さらに、○○委員が言われたように、介護との連携ということも当然あり得ると思います。

この医療連携についての考え方を、区として何かご説明いただくことはできますか。

○保健福祉部長 今年度の取り組みとして、健康と医療・介護の緊急推進プランというのを昨年策定いたしましたして、在宅医療にちょっと力を入れていきたい、そのスタートを切りたいと思っております、もしも今日、そういうことに話が行ったらご説明しようと思っております、資料は用意してあります。

○部会長 よろしいですね。その件のご説明をいただくことにいたしましょう。

○保健福祉部長 それは担当の課長から。

○委員 部会長、ついでに。衛生病院でやっている訪問看護ステーションみたいな、地域医療みたいなものを行っているじゃないですか。そこの辺も報告してもらおうといいんじゃないかと思っておりますけれども。参考になるかと。

○委員 さっき〇〇委員がおっしゃったように、その先のこととしては救急医療があって、ある程度、療養があって。その先のこととして、それは一番大きな問題だと思います。

○委員 在宅医療。その辺の話を聞いてみたいと思います。

○部会長 じゃあ、先に高齢者在宅支援課長にご説明いただいて、その後、追加していただきますしょう。

○高齢者在宅支援課長 先ほどの緊急推進プランの中にある杉並区在宅療養支援対策を今年度実施したいと考えているものでございます。

先ほど冒頭に説明がありましたように、いろいろな医療背景、健康長寿の区、そして高齢者を中心に、在宅で医療・介護が必要な方が増えてきているということが背景にございます。

課題は、区外に救急入院されたとしても、速やかに円滑に在宅医療に戻る、結びつけられる仕組みということが必要ではないかということと、安心して在宅医療を続けながら、看取りの時まで在宅で過ごすことができるための支援体制を構築することが必要ではないかというところでございます。

今年度の取り組む施策でございますが、四つの事業がございます。一つ目の事業が、在宅医療相談調整窓口の設置ですが、今年度は高齢者在宅支援課にこの窓口を設置する予定でございます。病院等から在宅療養へ移行・継続できるように、患者さんの状態とか療養環境、住まいとか家族の方の状況に合った地域の訪問医師、看護師、介護・福祉等の情報を提供することが主な内容でございます。

また、事業2の後方支援病床の確保ですが、これは在宅で訪問診療をしている医師が入院して点滴等の治療を受けたほうが良いと判断した場合に、在宅診療を受けている患者さんを、短期間受け入れていただける病院を協力病院という形をお願いするものです。早めに入院治療をすることで、また在宅の療養生活に戻っていただくことを目的としたものでございます。この後方支援病床というのは、地域で訪問診療をしていただいている地域のお医者さん方を支援するという役割がでございます。

それから、事業3の在宅医療推進協議会は、診療所などの訪問医師、病院、訪問看護ステーション、それから、訪問介護、ケアマネジャー、地域包括支援センターなど、在宅療養生活を支援する関係者が集まり事業運営などを通していろいろな課題を見つけ新たな提言をする、また、医療・介護の連携を深めていくといった目的の会議体を設置したいと考えております。

最後の事業4在宅医療の普及啓発は、在宅医療に関する必要な情報を介護事業者などに周知することや、区民の方自身が看取りの時まで在宅医療体制をどのように整えていったらいいのかというところを知っていただくための普及啓発を考えております。

この事業は、事業1、2を7月に実施、その前に、事業3を6月末に設置を予定しているところでございます。事業4に関しましては、事業1、2を行いながら、また、事業3でご意見を伺いながら、普及啓発を、今年度中に行っていきたいと考えております。

○部会長 ありがとうございました。

では、〇〇委員、先ほどの〇〇委員からご要望のご説明をいただきます。

○委員 おっしゃるように、今後は病院で最後とか、病院でずっと過ごすという、ある意味で、時代ではない。それを収容できる病院の数というのが、もうなくなっていくと思いますから、やっぱり在宅というのがかぎになると思いますし、ここに出てきますように、それを支援していくというのがかぎになると思います。

いわゆる「訪問看護」という言葉がよく使われるんですけども、もしかしたら、やっぱり「訪問介護」のほうが重要になるのかもしれない。いわゆる医療を在宅の方に提供するというのと同時に、やっぱりトイレにどう行ってい

ただくのかとか、ご家族が夜眠れないのをどう支えるのかとか。ですから、多分、私自身は、今後は訪問看護も重要ですけど、訪問介護のほうがより重要になっていくんじゃないかという意識を持っています。この計画と結びつけて考えると、そのときにやっぱり一番重要なのは、後方支援病床の確保ということなんです。

それで、我々の側から言いますと、お引き受けするのはするんですけど、お引き受けするときには、三日で退院してもいいですよと言っても、やっぱりご家族の状況がいろいろ当然ありますし、大抵、そこまでに至る過程でご家族が疲れ切っているという場合が結構多いわけです。それで、何かで入院できたとなると、もうしばらく預かっていてよということがどうしても出てきますし、その気持ちはわからないではないので、そう簡単にお入りになった方がお帰りになれるというふうにはいかないんです。

そうすると、我々は、例えば急性期の病棟を持っていますと、入院日数の縛りですとか、いろいろなことがありますから、そこにどうしても警戒感が出てしまうので、そのあたりは国なり区なりの支援の形というのがないと、やっぱりこの橋渡しは非常に難しいと思います。理屈は非常にいいんですけども、現実には受けて差し上げたいけれども、そこで例えば具合の悪い人を受けてくれますかというときに、あなた、本当に三日で帰るといって誓約書を書いてくれるんですかというわけには、これは医療ですからいきませんから。そういった方が別の病気になったりしてずるずるといって何人もなった場合は、現実には急性期病院は回らなくなるわけです。だから、後方支援病床というのをどう確保して、それを支援していくかということをやらないと、在宅が現実化していかないと思っております。

○委員 あと、人材の面はどうなんですか。看護師とか。

○委員 これはもう常に足りないわけで、特に同じ病院の中でも、急性期というのはある種、嫌な言い方ですけど、やりがいがありますから、治っていつてもらうというやりがいがありますから、やっぱり若い看護師たちはそっちに行きたいわけですね。いわゆる療養型だとか、慢性の方のお世話だとか、在宅支援というような形になりますと、どうしても若い人にはなかなか難しい。

ですから、ある年齢を経験した方ということを考えていくと、それを早目に、

ある程度育てていかないと、在宅というシステムだけがあっても、実際に働く人間は確保できないという状況は、今は我々も確保できているんですけども、先々は難しいのかなと思います。同じ医療の中でも、若い人はある種、華やかな側にどうしても行きたいわけで、これは我々もなかなか教育しづらい部分がありますから。これは使命感だよと幾ら言っても、それだけでは済まないの、ある程度、若い人たちも、そういうことに積極的に取り組む、これは医師もそうなんですけれども、最初から療養のことをやるとか、看取りをやる医師を育てていくというのはなかなか難しい。でも、社会の仕組みは絶対にそれを必要としてくるんだと思います。

○部会長 同じことは障害者の医療に関しても起こっていると思うのですが、どうですか。

○委員 というよりも、今、〇〇委員が介護士が必要なんじゃないかという話をしたんですけども、地域的な包括のケア体制みたいなものをつくるときに、病院がバックにいて、介護事業所とか、そういうところがシステムの的に連携しながら、障害者であろうが高齢者であろうが、いざというときには病院のほうでお医者さんが行くなり、看護師さんが行くなり、そういうフォローアップ体制とか、後ろにバックアップ体制があって、介護士とか、あるいはボランティアとかが、そういう人たちをお互いに助け合ったり、支え合ったりしながら生きていくような、きずなとか、社会みたいなものがつくられていくといいかなというふうに思っているんです。そのためには、いざというときのバックアップというのは、やっぱり最後にはお医者さんになるのかなという感じがするんです。

うちの人たちも、今、80歳ぐらいの人も元気で、80台の人はだんだん元気がなくなっていきますけど、70代の方は非常に元気なわけですが、でも、その人たちが80代半ば過ぎになってくると、やっぱりだんだん歩くのがしんどくなってくる。それでも来るんですけども、そういうときに何かあったときに、いざというときはこういう病院なり、どこの何のバックアップがあるんだとわかっていれば、やっぱり安心していろんな活動に参加できる。そういう意味では、私は、人生を楽しむというか、人生を楽しむ。そういう中で、自分ができることは人を助ける。やっぱり70台の人が80台の人を助けたり、60台の人が70台

の人を助けたりとか、そういうことはやっているわけで、そういう根拠のところには介護支援の事業所とか、お医者さんたちがいるということがやっぱり必要。

グループホーム、ケアホームをつくっても、ケアホームなんかになんかにお医者さんとか介護士さんがいるわけにはいきませんから、やっぱり浴風会とか、ああいうところにみんな行っちゃうわけです。グループホームをつくったときにも、そういう病院とか医師会や何かが、いざというときは助けに行くよというような体制をとっていると、ひとり暮らしの障害者でも安心だし、高齢者でも安心して自分の家で過ごすことができると思います。

区のほうでも、緊急コールをつくっていますよね。だから、ああいうものを利用するにしても、実際にそういう支え、呼び出して、ホームヘルパーは来るけれども、やっぱり医療的なものはないわけですよね、今の段階では。だから、その辺がバックアップされてくれば、本当に健康というか、生活の危機的なときには安心できるような杉並区になっていくのかなというふうに思います。

○委員 これはもうおっしゃるとおりで、今おっしゃる中で、訪問看護と訪問介護、それを例えば往診してくださる先生と、それから、我々、病院の病診連携みたいなものは、かなりできていると思います、もう既に。

ただ、やっぱり気になるのは、さっき申し上げた、一番後ろで引き取るよという場合に、我々が例えば急性期で預かって、三日間たって、一応のことはやりましたと。だけど、家の人はまだ疲れ切って、帰ってきてもちよっと困りますよと言って。ただ、確かにこの人、今、家に帰ったら実際に暮らせるのかなという療養型みたいなところは、今、国の中でも非常に冷たくされています。冷たくされている部分ですから。

これは区の問題ではないとは思いますが、実際は、今後はそういう療養型みたいなところは、決してそこに全部預ければいいという国民の考えだけでも、どうしても在宅を進める上でも、そのあたりの療養型のところがないと、やっぱりみんな安心して在宅にいられないんですよね。ですから、そこは今後の医療としてはどうしても必要な部分だと思います。

○部会長 ですから、在宅と急性期医療機関しかないという状況では、やっぱり回らないんじゃないかと思うのです。その中間的な施設、中間施設という言葉はもう10年以上も前に出て、老人保健施設に化けちゃって、全く違うものになっちゃ

ったのかもしれませんが。

区を面として考えると、やはり何かまだ足りない部分があるのではないかと
思うのですが、その辺はどうですか。

○保健福祉部長 全体的な病床の制限がある中で、そういった慢性期の病床をどんどん増
やしていったらいいということは、政策としては区はとりにくいわけなんです
けれども、やっぱりそこでは、医療への対応力のある老健、そういったものに
少し期待をしていきたいと。つまり、病院が併設するような老健ですね。そう
いったものがどんどんできていけばいいかなというふうには思っております。

○部会長 ただ、その老健でも長くそこにおられたら困るわけで、まさに通過型の施設
にしていけないといけないと思うのです。

○保健福祉部長 そういった意味では、今の老健みたいなものではやっぱりだめなので、
今、部会長が言われたような通過型の、きちっと回転していく中での老健とい
うものをたくさんつくっていく必要があるということは思っています。

○委員 あとは多様な住まいというか、病院から出て、自宅には戻れないかもしれな
いけど、老健に入る。それから、そのほかいろいろな、最近は高専賃とか、国
土交通省と厚生労働省で連携していろいろとやっていますけど、そういうのが
できると、介護サービスもそこに入り込むし、それから、往診なんかで先生方
に来ていただくこともできるし。だから、完全な在宅、居宅じゃなくて、地域
に根差した住まいというのは、やっぱりこれからかなり可能性があるんじゃな
いかと。

お金をかけて、コンクリートですごく立派なものじゃなくても、一定の住宅
を改造してやることもできますし、審議会の会長がおっしゃっていたけど、そ
ういう空き家みたいなものがいっぱい増えていますから、そういうのをうまく
買い取って何かにするとか、そういうことができていくと、大分違うんじゃな
いかと。

今、民間事業者が結構どんどんつくっています。私ども浴風会もそうですけ
ど、社会福祉法人とか医療法人というのは、手をこまねいて待っているみたい
なところがあって、ちょっと民間業者に、してやられているんだなと思ってい
るんですけどもね。だから、何かもう少し、やり方があると思います。

○部会長 手をこまねいているんじゃなくて、手を縛られていると言ったほうが正しい

のかもしれませんが。

○委員 在宅介護にしても、医療的な在宅での治療等々にしても、どうしても家族が疲れてしまうというのが一番大きいので、特養にこれだけお待ちの方がいらっしゃって、ショートステイなんかも使っていただいていますけれども、これをもうちょっと機能性を持たせることができないか。

例えば、春夏秋冬、どこかで1カ月間は手を離れるとか、3カ月で4シーズンあれば、2カ月はじゃあうちで介護なりなんなりしましょうと。じゃあ、1カ月間は手を離れて、その間、ちょっとリフレッシュさせてもらうとか、そういうベッドのシェアリング的な部分もちょっといろいろと考慮して。すぐに施設が全部できるというわけではないですから、そういうふうを考えれば、3倍ぐらいの人間を受け入れられるとか、そういう形になると思うので。そんな考え方もちょっとどこかで盛り込めないかなというふうなことを、この選挙戦を通じても感じたところです。

○保健福祉部長 制度的には、今、一つのベッドを2人の人が使うというのは、制度としてはあるんです。介護保険の中で、特別養護老人ホームについて。杉並での特養はどこもやってもらっていませんけれども、世田谷では若干トライしているみたいなんですけど、すごくうまくいっているという話もあまり聞いてはいません。6カ月というのが中途半端なのかもしれないですけども。

それで、ショートステイについて言うと、1ベッド当たり6人の在宅生活を支えているというふうに見ていまして、ですから、特養1ベッドをつくっても、そこに一人の人が5年間いるのと、同じベッド一つで6人の人の生活を支えるのとでは、どっちがというのも。一方では、特養を待っている人はたくさんいますけれども、ショートステイも同じぐらい重要だと。どっちも必要なんですけれども。数字的にはそんなふうに見ています。

○部会長 そこに医療機能が加わったようなショートステイがもしできれば、制度上どういう形になるのかはわかりませんが、そういうのがあると、さっき〇〇委員のご指摘の問題が一つ前進になると思います。

○委員 なかなか難しい問題がいざとなると出てくるわけですけども、自分が今考えているのは、ケア24がありますよね。あれの在宅支援みたいな形の中で、そこへ登録してあれば、在宅で介護をやっている間に事故が起きたとか、何か必

要性が応じたときにはケア24の中で対応して、幾つかのベッド数とか何かをケア24が確保して。そのケア24というのは、どこかと提携か何かしていて、そこに運び込めると。だから、安心して在宅介護をしてくださいと。

今、結局、在宅介護をしていると、もうそこでどこにも行けないという、そういう考えから、とにかくどこかへ入れたいという感覚がすごくあると思うんです。ただ、やっぱり在宅介護の一番いいところは、家族で一緒になって生活ができるという、おじいちゃん、おばあちゃんも孫や何かと一緒にできるという観点が、私は一番尊重されるべきであると思います。

ただ、困るのは、何かあったときの対応が、すぐ病院に運ぼうとしても、病院はなかなか受け入れてくれない。そういう問題があるから、その辺をもっと機動力を発揮して、二日間とか三日間とかぐらいのことであれば、そこで十分対応して、また自宅へ戻させることができるというような、そういう何かシステムを考えていく必要があるのではないかというふうに、今、考えているところです。

もちろん、費用がいろいろとかかるだろうと思うけれども、だからといって、全部みんな、特養ホームじゃないけど、そういうところに入れ込んでいくということは、もうこれは不可能に近いだろうと思います。ですから、できるだけ家庭を利用して、その中にいていただいて、何かのときはいつでも受けてやるよというような、そういうものをやっぱりつくっていく必要があるのではないかというような気が私はしております。

○部会長 ありがとうございました。

 じゃあ、〇〇委員。

○委員 ちょっと一つ、教えていただきたいというか、先ほど保健福祉部長のほうから説明を受けたときに思っていたことなんですけれども。この「杉並区における地域医療体制の充実に向けて」というので、ページで言いますと9ページとか10ページにかかわるところが一つなんですけれども、いわゆる患者さんの搬送体制がここに色分けがされて、大体6割、7割ぐらいが、7割から8割ぐらいというんですかね、まとめのところなんかを見ますと、区外にということなんですけれども。医療圏の問題もありますので、一概にどうのというのはなかなか比較が難しいかというふうに思うんですけれども、23区の中で、こういう形で

見たときに杉並がどういう位置づけにあるのかとか、それぞれの区が大体何分ぐらいかかるのが何割、こういうようにするとどういような状況にあるのかということがちょっと知りたいなというように思いを一つしたということです。それがわかればといいますか、教えていただければありがたいと思っています。

それで、もう一つは、21ページのところで、地域の医療体制の充実に向けてということで、さまざまなこういった調査・検討されたまとめがあるわけですが、例えば東京都への救急体制の問題で働きかけというところもあります。東京が47都道府県の中で、例えば救急車の数が下から1番目とか、下から2番目とか、人口10万人当たりで見たときの配置の車の数がそういうような位置づけと。だから、それをもう少し高めるような、人口10万人当たりに対して、例えば救急車の数をもっと高めれば、もっと早く行けるのかとか、それから、もう一つは、それを受け入れる体制がどうなのかという、二つの側面があるんだと思うんです。その辺のところとか、働きかけもいろいろとしていかなければいけないし、するんだというようにまとめになっているわけですが、どういふうに、もう少し具体的に考えたときに必要なのかという。あるいは、所管としてはどういふうに考えながら、ここにまとめられているのかというように、ちょっとお願いしたいと。

それで、もう一つは、例えば21ページの救急医療対応力の強化というように、ことにしても、区内で受け入れ可能な患者数が増加する、増加をしていくことが必要なんだという、そういうための方策を考えていくことが必要だとあるんですが、具体的には、そういう医療圏の問題なんかもあるので、どういふうにこの辺を見たら、解決といいますか、そういう方向に行くのか。あるいは整備の問題でも、医療提供体制の整備を進めていく必要が、高齢化社会に向けて必要だとありますけれども、医療圏との関係も出てくるんだろうと思うんですけど、どういふうに区が必要だと思って、例えば区独自で、財政のことはちょっと置いておいたとしても、どんどんつくれば、それでできるのかとか、また、その辺のところがどんなお考えなのか、あるいはどういふうに見たらいいのかということについて、ちょっとお話をさせていただけるとありがたいと、ちょっとそんなふうに思ったんですが。

○保健福祉部長 ちょっと思ったぐらいでは答えられないくらい、たくさんご質問いただ

きましたけれども、区外搬送率、ちょっと記憶にはないんですけども、やっぱり杉並は高いことは確かだと思います。それで、時間がほかの区よりもいっぱいかかっているかという、それはそんなに差はない状況です。ですから、そんなに杉並区民だけが非常に二次救急の中で何かとてもひどい目に遭っているかという、そんなことはないんですけども、もう少し区内に運ばれてもいいんじゃないかというのは現状だと思います。

それから、東京都の例えば消防車の数が少ないからもっと増やせとか、そういう意味では、東京都の消防の機動力といいますか、そこは非常に充実しているし、また、増えてきているというふうに聞いています。むしろ、10ページの図で見ていただいた活動時間で言うと、着いてから病院を決めて出るまでの間、そこが時間がかかっているというのが実際に、病院がすぐに決まれば、もっと短縮するわけなんです。ですから、病院をどうやって決めていくのか、そのやりとりがもっと速やかにいけばいいんだろうと思うんですけども、病院の対応力といっても、救急の専任の医師を置いているのか、当直対応なのかということでもやっぱり違ってきますので、それぞれの病院の事情をお聞きしながら、区としてどういうことができるか、考えなくてはいけないと思っています。それは区の政策ではないのですけれども、佼成病院が来ることで、少しは改善するということはあるのかなと思っています。そのほかはやはり、今ある病院にそれぞれ、さらに対応力を向上するための工夫ができないのかどうかということをご相談をしていくのかなと思っています。

○部会長 健康の問題は、話をしたら切りがないくらい、たくさんやることはあると思うのですが、そろそろ予定の時間が来つつあります。

基本構想ですからあまりたくさん、あれもこれもと具体的に書くわけにはいかないのですが、今日お話しいただいたことの一つは、楽しみながら、それも特に人を助けるような楽しみ方をしながら、自分の健康をつくっていきけるような社会づくり、そしてそのための区としての支援というのが、一つの柱として出てきたように思います。

2番目は医療の問題で、急性期から慢性期までのすべての医療を区内で完結するというのは現実的ではない。特に三次救急などを区内で完結させるのは到底無理なこと。だとすれば、医療連携、あるいは医療、看護、介護の連携に立

って、地域の中で安心して療養ができるような体制づくり、仕組みづくりを区として支援していくということが一つの柱として出てくるのではないかと思います。

あと、家族の支援の部分とかショートステイの充実の部分は、「生活支援」の中でもう1回取り上げていくことができるだろうと思います。

それから、〇〇委員がご指摘になられたことで、非常に大事な話なのですが、今日は話を進めることができなかつたのが心の健康の問題です。これは自殺の問題とも大いに絡んでいるはずなのですが、今日は十分に掘り下げることができませんでした。おそらく、心の健康の問題は、「参加」の枠組みとの関連も出てくるところだと思います。次回には「参加」を取り上げることになっておりますので、その中で心の問題も取り上げながら、話ができたらと思います。今日のところのまとめは、今申し上げたようなことくらいでよろしゅうございますでしょうか。

はい、どうぞ。

○委員 部会長がよくまとめていただいたので、これはちょっと印象で、恐らく委員の方が共通にお持ちだと。杉並区は意外によくきちっとやっているなという感じを受けましたので、これはこれで進めていって、どんどん今後やってほしいと。ただ、部会長がまとめられたように、これからじゃあ少し張りをつけていこうということで、今までやってこられたことは大変立派な事業を進めてこられたんじゃないかという印象を非常に強く思いましたので。

○部会長 ありがとうございます。

ほかに。はい、どうぞ、〇〇委員。

○委員 先ほどの〇〇委員が言われた部分ですけれども、二次医療と三次医療のその判断が重要だというふうに。保健福祉部長が言われた部分と考えあわせると、区内で収容し切れないものが区外に行くわけですね。そこをうまく、もう少し的確な判断ができれば、二次医療でおさめることができるのではないかとというふうに考えられるのですが、そのときの人材確保とか、そういったものは進んでいращやるのでしょうか。専門的にその判断する能力を持っている方がおられるかどうかということをお伺いしたいと思います。

○委員 これは現実的には、やっぱり大抵のところは、救急からの問い合わせがあっ

たときには、まず一番最初に対応するのはほとんど看護師なんです。すべてが医者のところに来るわけではなくて、残念ながら、今、現状ではまだ医者のほうの体制としては、夜間は昼間も働いている人間が夜も働いているところが多いですから、昼間に働く人は昼間に働いて、夜に働く人は夜にだけというふうにできるところはほぼ三次救急ができるところですので、そういう面では、やっぱりどれだけ救急の看護師が訓練を受けているかということになりますので、この問題はまだ残っていると思います。

もちろん、そこで看護師が疑問を持てば、当直にこういうことでどうでしょうかというふうに聞くわけですけど、その段階で、まずは来てみてくださいというのと、そこは最初から、じゃあ救急車でダイレクトに頼んだほうがいいですよという振り分けにはなりません。大体はやっぱり1回は拝見してというので、大丈夫なことが多いと思いますけど。

○委員 それから、もう一つ、よろしいでしょうか。例えば建物をつくるというお話がありましたけれども、それと同時に並行して考えていただきたいのは、そこで働く介護士の方々が、誇りを持って働けるかどうかということをやはり念頭に考えなくてはいけないと。

というふうに思いましたのは、四、五年前に、私は少しデータを集めました。全国的に介護の現場で働く人たちの約4割が数年で辞めていくという事実がありましたし、全国の平均給与に満たないということもありました。これは非常に大きな問題です。一般的に言われている介護の現場というのは、失礼な言い方ですけども、汚い、きつい、そして賃金は安い。こういうことが言われる社会では、本当に誇りを持って働くようなことはできないと思うんです。介護の現場にいて非常に困難な状況にあっても、例えば自分がその仕事に誇りを持っていれば、多くを乗り越えることができるというふうに私は考えています。

そのためには、介護士が誇りを保てるような待遇の改善、それは絶対に必要であると思います。私は以前から国のほうに要望を出しておりますけれども、それが不可能であれば、せめて杉並区でも、そういった独自の計画を立てて、その人たちを守るという施策を講じていただきたいと思います。

○部会長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。今日のまとめと、次回は、もう1回、心の問題も含め

て、参加を取り上げるというようなことでよろしいでしょうか。

(了承)

○部会長 ありがとうございます。

それでは、あとは事務局のほうでご用意いただいている情報をお願いします。

○企画課長 お時間も押しておりますので、簡潔に。参考資料の1と2でございます。

まず、1のほうですけれども、「10年後の杉並を考える区民意見交換会」ということで、この間、区民アンケート、転出・転入の方のアンケートなどをやってみましたが、もう一つ、新しい試みとして、記載の日時で、無作為抽出によります区民の方々にお集まりいただきまして、幅広い世代の方から、この審議会のこれからの議論の参考に資するようにご意見をいただいて、それを集約して、部会のほうにフィードバックしていきたいというふうに考えてございます。

これまでは、例えばいろいろな懇談会等の参加でも、興味、関心が高い方に手を挙げていただいて、その中でということだったんですけれども、今回はもう無作為抽出で、こういう意図でお集まりいただいて意見交換をして、審議会、部会での議論の参考にしていただくのはどうでしょうかというふうに投げかけ、参加意向のある方を対象に行う、初めての試みです。

今の人口構成とバランスをとりながら1,000人の方を抽出してご案内をしたところ、現在102名の方から参加意向が示されてございます。当初は60名規模で考えていたのですが、そういった多くの方々からのお話もいただいて、可能な限り、規模を増やして対応していきたいと思っています。

実際の意見交換は、参加する方々を大きく二つのグループに分け、5名程度の班で、進行・集約も含めて、それぞれ区民の方に自発的にやってもらうと、こういうことで考えています。あらかじめ予見を与えないということで、資料も事前にはお送りしません。その日に、テーマに即して客観的な状況等を簡単にお話しして、意見交換に入っていただくと、こういう形でやっていきたいと思っています。

そのテーマなんですけれども、今、三つの部会に議論を進めていただいていますので、その三つの議題の、当部会で言えば、健康・参加・生活支援とあるわけですが、このうち二つぐらいのテーマを決めて、二つのグループごとに

各部会一つずつのテーマを担当していただいて、闊達な意見交換をお願いしていきたくと思っています。当部会に関する二つのテーマについては、今ご議論いただいているテーマがありますので、それをもとに部会長とご相談させていただきながら、わかりやすい表現でお伝えしていきたくと思っています。

参考までに、裏のほうに、当日のプログラムの案をつけてございます。

委員の皆様には、また別途ご案内をしていきたくはありますが、もしご都合がつけば、傍聴いただければと思っております。

区民の皆様にも、傍聴、見学は可能ということで、広報等でご案内をしております。

2点目が、参考資料の2でございます。幅広い意見を反映することに努める一環として、もう一つ、各種団体からの意見を募集してまいりたいと思っております。

この間、審議会にも、関係する12の団体から委員の選出をお願いしてご審議いただいておりますけれども、幅広い団体がありますので、広報・ホームページで、建設的な意見がちょうだいできるようにそれぞれの部会の検討テーマをお示ししながら、6月上旬まで募集していきます。これも先ほどの意見交換会とあわせて、それぞれの部会に情報をフィードバックして、審議の参考にしていただきたいと思います。

○部会長 ありがとうございます。

何かご質問。出なければいけないということはあるでしょうか、6月4日は。

○企画課長 特に何かお役目としてお願いするということは想定していません。

それぞれ、ご都合のつく範囲でご参加いただければと思っております。

○部会長 ほかに連絡事項はおありですか。

○企画課長 次回ですけれども、かねてご案内していますように、5月13日の金曜日、午後6時からということで、よろしくお願い申し上げます。

○部会長 ご協力ありがとうございました。