

第5回東京都保健医療計画推進協議会改定部会  
会議録

令和5年9月4日

東京都保健医療局

(午後4時00分 開始)

○奈倉計画推進担当課長 ただいまから第5回東京都保健医療計画推進協議会改定部会を開会いたします。

委員の皆様方におかれましては大変お忙しい中、ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

議事に入りますまでの間、私、保健医療局医療政策部計画推進担当課長の奈倉が、進行を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

本会議はWeb会議形式となります。通常の会議とは異なる運営となりますので、事前に送付しておりますWeb会議参加にあたっての注意点を一読いただき、ご参加いただきますようお願いいたします。

はじめに委員の皆様の出欠等についてご報告いたします。本日は桃原委員、阿部委員、山田委員、工藤委員よりご欠席の連絡をいただいております。

本日は、第3回、第4回に引き続き、各疾病事業の個別検討を行います。検討にあたり、各疾病事業の協議会から東京都小児医療協議会・森岡会長、東京都救急医療対策協議会及び東京都循環器病対策推進協議会・横田会長、東京都リハビリテーション協議会・安保座長、東京都がん対策推進協議会がん計画推進部会・佐々木部会長、

予防早期発見教育ワーキンググループから中山ワーキンググループ長、緩和ケアワーキンググループ・松本禎久ワーキンググループ長、AYA世代がんワーキンググループ・松本公一ワーキンググループ長、就労支援ワーキンググループ・内田ワーキンググループ長、東京都地方精神保健福祉審議会・加藤会長にオブザーバーとしてご出席いただいております。

次に、本日の会議資料でございますが、資料は事前にメールで送らせていただいておりますとおり資料1から資料9となります。

続いて、本日の会議の進行についてでございますが、予めご連絡させていただきます。本日は会議時間が長時間にわたるため、途中で短時間の休憩を入れる予定としてございます。検討対象の疾病事業が7つございますので、円滑な会議運営にご協力くださいますようお願い申し上げます。

それでは、これ以降の進行を伏見部会長をお願い申し上げます。

○伏見部会長 本日は大変長い会議となりますが、どうぞよろしくお願いいたします。

第3回以降、各疾病事業の個別検討に入っております。今回の改定部会では、国が示した指針、疾病事業ごとの協議会の検討内容を踏まえながら、保健医療計画に盛り込む内容として、課題取組等にご意見いただければと思います。

それでは、議事に入らせていただきます。まずは、小児医療について説明をお願いいたします。

○石川事業推進担当課長 事業推進担当課長の石川と申します。小児救急を担当していま

す。では、資料をご説明させていただきます。

取組1です。小児救急医療体制の充実です。

現状については、15歳未満の人口は令和2年をピークに減少傾向です。

小児科医師数については、診療所、病院とも増加傾向であり、年齢別で30代から40代前半の出産・育児世代が43%を占めており、女性医師の比率は全国と比較して高いです。

小児科を標榜する病院は減少傾向で、主たる診療科目を小児科とする診療所は微増、小児科を標榜する診療所は減少傾向となっています。

小児の死亡率は10～14歳児童のみ全国を上回り増加傾向です。主な死因は0歳から9歳までは先天奇形、変形及び染色体異常、悪性新生物が主な死因となっていますが、10～14歳については自殺が4分の1近くを占めています。

これまでの取組としては、こども救命センターと都内を4ブロック各1病院で指定し、ブロック内で小児医療のネットワークを構築して連携強化を図っています。小児科の休日・全夜間診療事業は54病院、79床を確保しています。初期救急は41区市町村34施設で実施しております。

課題としては、こども救命センターの受入患者数が増加しており、空床確保のために関係各機関との連携や慢性期にこうした患者円滑の転退院の取組が必要です。医療資源の異なる地域の実情に応じた二次救急医療体制の構築も必要となっております。また、医師確保が困難なため、初期医療体制については医師の確保が困難な区市町村が存在します。

今後の方向性は各ブロックの連携ネットワーク及び連絡会等を活用して、医療機関の連携や情報共有を進め、退院支援コーディネーターによる円滑な転退院促進や在宅移行支援病床、レスパイト病床の活用により、在宅移行支援の充実を図ります。

二次救急医療は、小児救急医療連携会議を活用し、地域の実情に応じた二次救急医療体制を構築して円滑な患者の受入を促進します。初期救急は医師確保のために小児医療研修事業を実施して、区市町村を支援していきます。

評価指標は、小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数、医療機関に受入の照会を行った回数4回以上を減らす。さらに、乳児、幼児、児童、それぞれの死亡率を下げること、前回の保健医療計画と同様の指標を継続します。

次に取組2です。小児外傷患者の受入促進です。

現状、これまでの取組は、0～14歳の東京消防庁管内救急搬送数のうち、整形外科選定事案の件数は減少傾向であります。選定回数が5回超の東京ルールに該当する事案は増加傾向にあります。

課題は、小児科と外科系診療科の連携を強化する必要があり、地域の状況によっては小児外傷患者に対応する病院の設置の検討です。

今後の方向性は、小児救急医療連携会議を活用して外科系診療科と連携を促進し、円滑な受入体制を確保するとともに、必要に応じて小児外傷患者対応施設の設置を検討します。

評価指標につきましては、取組と同様の選定回数となっておりますが、協議会におきまして、東京消防庁で集計している小児救急搬送症例のうち、整形外科選定事案、医療機関に受入の照会となった回数6回以上を減らすということで、変更するように今、定例会でなりましたが、そのどれの数字を取って使うかについて、現在、東京消防庁と調整中で、調整が済みしたら変更していこうと考えております。

取組3です。小児医療に関する普及啓発・相談事業の推進です。

現状、これまでの取組は、平日夜間及び休日の子供医療電話相談#8000、#7119、東京版救急受診ガイドの実施です。

課題は、子供の病気やケガへの対応について相談できる体制の確保及び普及啓発です。

今後の方向性は、#8000、#7119、東京版救急受診ガイドの利用促進を図り、相談体制を確保します。引き続き、普及啓発を行う区市町村して行うとともに「知って安心 暮らしの中の医療情報ナビ」の作成配布、「東京都子ども医療ガイド」等による適切な情報提供を行います。

評価指標は、選定回数としております。

取組4は、災害時における小児救急医療体制の推進ですが、これは、周産期医療のところで、全く同様の説明をしています。小児周産期リエゾンのお話ですので、ここは説明は割愛させていただきます。

取組5、新興・再興感染症発生時の小児医療体制の構築です。

現状とこれまでの取組です。

新型コロナウイルス感染拡大期には、小児科を標榜する全ての病院に受入要請を行うとともに、各医療機関が重症度別の受入可能病床数や条件を情報で共有できるシステムに入力し、都の入院調整や医療機関において活用してきました。

また、休日の小児診療を促進するために、診療を行った診療所に対する対応を促し、体制を確保してきました。

課題としましては、感染症発生時に迅速・確実に受け入れられる体制の確保です。

方向性は、新興・再興感染症発生時に情報共有の仕組みを迅速に整備し、都及び関係機関との連携強化を図るとともに、小児救急医療地域連携会議において、役割分担等をあらかじめ協議しておきます。

評価指標はございません。

続きまして、取組6です。地域の小児医療を担う人材の育成及び小児医療に携わる医師の勤務環境改善です。

現状は取組でお話ししたことと同様です。主な取組は、内科等の診療科医師を対象とした臨床研修の実施による小児救急医療の人材確保、小児医療に従事する意思のある医学生の奨学金貸与、勤務医の労働環境改善の取組を支援しています。

課題は、小児救急医療体制を維持確保し、医師の勤務環境改善が可能な体制を構築することです。

方向性は、引き続きこれまでの取組を行うとともに、こども救命センター等に負担を集中させないよう、医療機能に応じた役割分担と連携を促進していきます。

評価指標はありません。

取組7、地域における小児医療体制の確保です。

ここには、小児医療に係る保健医療局と福祉局の事業を再掲しております。各所管において詳細は検討しています。この中で特に、今回から取組1でも取り上げました、10～14歳児童の死亡要因が高いこともあり、自殺対策の取組を再掲することとしました。

また、昨年度からの新規事業として実施された予防のための子供の死亡検証CDR（チャイルド・デス・レビュー）についても再掲しました。

取組8の児童虐待未然防止の早期発見・早期対応についても、同様に再掲の事業になっておりますので、また各所管で詳細を検討しております。

小児医療につきましては以上です。

○伏見部会長 ありがとうございます。

東京都小児医療協議会の森岡会長から補足の説明等がありますでしょうか。

○森岡委員 小児医療協議会会長、日本大学小児科の森岡でございます。

先ほど、石川課長からご説明いただいたとおりの方向で協議会としては合致しているところでございます。

特に私たちのところで議論になったところは、外傷患者の受入をいかにスムーズにするかということです。

これは三次救急に運ばばいいというものではなくて、軽症例が圧倒的に多くございますので、そういったところをうまく解決できるように、二次救急、地域ごとの連絡会を今年度からスタートするというところで、いい取組をさせていただけると思っています。

それから、自殺対策も含めて、そういった顔の見える関係でできるような体制づくりというのを、地域ごとにしていくという対策を講じているところでございます。

それ以外のところは課長の説明どおりでございます。

以上、補足とさせていただきます。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

それでは、事務局からの説明についてご質問、ご意見のある方はお願いいたします。

高野委員、お願いします。

○高野委員 東京都病院協会の高野です。よろしく願いいたします。

私はこの委員会の委員に参加しましたのが今年からですので、昨年までの流れだとかは存じていない状況での質問で、少時的外れだったならば取り下げますが、医療、小児に関する直接の対応はよく分かりました。

私たちが病院同士で話をしていると、医療そのものよりも間接的に保護者への対応が結構困るということが問題になるんです。

小児科はもちろんお子さんを診るわけですが、その保護者の方の態度というか、望むも

のが、いわゆるモンスターペアレント的な過大な要求をされたり、現実にそぐわないようなことをされるので、引いてしまう医療者もいるのが現状です。

それらは二次的なこととなりますが、そういうことに対する対応は何か対策はありますでしょうか。

○伏見部会長 事務局、どうでしょうか。

○石川事業推進担当課長 申し訳ありません。具体的にそれについての対応は検討されておられません。

○高野委員 ありがとうございます。では、現場の医療スタッフはそういう気持ちを持ちながらやっているということです。

あと、小児科医は今決して全ての病院で多いというわけではないと思うんですが、その辺の都民の感覚というんでしょうか、受療する方の医療の受け方をうまく、何でもできるのが医療ではない、全て百点満点で終わらないということを、メッセージとして伝えるようなことがあれば、医療者のモチベーションを保つ、あるいは小児医療に参画しようという医療スタッフが増えることにつながるんじゃないかと感じています。

○石川事業推進担当課長 ありがとうございます。確かに医師の確保に関わることで、参考にさせていただきます。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

続きまして、佐々木委員、お願いいたします。

○佐々木委員 東京都医師会理事の佐々木です。資料を事前にいただきましたので、当会の小児科の担当の川上理事にも見ていただいて、ご意見をいただきました。

ほとんどのところが計画に網羅されていて、十分な計画だと思います。

ただ1つだけ川上理事からいただいたお話で、小児科対策にしる、救急医療の対策にしる、小児の自殺予防にしる、都民に対する、先ほども高野先生からありましたように、啓発、ヘルスリテラシー教育というのを充実していただきたいというのが、この中にもう一つ盛り込んでいただきたいかと思って発言をさせていただきました。よろしく願いいたします。

○伏見部会長 事務局、お願いいたします。

○奈倉計画推進担当課長 計画推進担当課長の奈倉でございます。先生方ご意見をありがとうございます。

東京都保健医療計画の中では、全体に共通する事項といたしまして、計画推進体制ということで、都民の方についても役割を記載してございます。

利用者本位の保健医療の実現という中には、ご理解をいただくことが非常に必要ということを織り込んでおりまして、その中の位置づけといたしまして、先ほど小児の中でご紹介があった子ども医療ガイドですとか、「知って安心 暮らしの中の医療情報ナビ」ですとか、そういったものを使いながら、理解促進というものを図っているところでございます。全般に係るものでございますので、私から回答させていただきました。ありがとうございます。

ます。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

ほかにはご意見、ご質問等はよろしいでしょうか。

よろしければ、次の議事に移りたいと思います。それでは、救急医療について事務局から説明お願いいたします。

○千葉救急災害医療課長 それでは、救急医療についてご説明させていただきます。救急災害医療課長の千葉と申します。よろしくお願いいたします。

資料4-1をご覧ください。救急医療につきましては、全部で6項目、骨子案を出させていただいております。1から順に説明させていただきます。

1、救急受入体制の強化でございます。救急受入体制の強化につきましては、この1から4まで、総論から三次救急、二次救急、初期救急と段階を設けて記載してございます。重複する部分もございますので、かいつまんでご説明させていただきたいと思います。

まず1、救急受入体制の強化（総論）のところでございます。

現状と課題ですが、救急搬送人員は、コロナ前の平成28年に比べまして、令和4年には非常に多くなってございます。

救急搬送人員に占める65歳以上の割合も、年々高くなってきているというところですが、救急搬送時間は、救急車出場から救急車に患者さんを収容いたしまして病院に到着、医師に引き継ぐまでの時間でございますが、それもコロナの影響を受けまして、長くなってきているということです。

一方で、救急搬送時における軽症の割合というのが高い状況になっております。そういったことも含めて、東京ルール発生事案と発生割合も増加して高止まっているというような状況でございます。

右に行きまして、今後の方向性です。2点ございまして、救急医療体制の強化ということで、二次保健医療圏ごとに設置いたしております地域救急会議等を活用して、情報共有の推進、関係者間の協議等を行いまして、連携体制の強化を図っていきたいと思っております。

もう1点、東京ルールの現況ですとか、今後の医師の働き方改革の影響などを踏まえまして、都の救急医療体制について、救急医療対策協議会等において、広範囲で、かつ中長期的な方向性を検討していきたいと考えております。

想定する評価指標といたしましては、二次救急の応需率、三次救急の収容可能回答率、それから救急のアウトカムといたしまして、心肺機能停止傷病者の1か月後予後というのを掲げております。

次に、事項の2、救急受入体制の強化（三次救急）の部分でございます。

三次救急、救命救急センターでございまして、昨年度2つの施設を増やしまして、都内で現在28の医療機関を救命救急センターに指定させていただいております。

また、救命救急センターの搬送件数は、右肩上がり伸びてきているということです。

もう1つ、三次救急といたしましては、東京都ドクターヘリを、令和4年3月から導入しております。

課題といたしまして、新型コロナや災害時対応等、救命救急センターの担うべき役割はだんだん増加してきているということ、それから救命救急センターの搬送件数も増加傾向にあるということがございます。

今後の方向性にいきまして、三次救急においても、三次救急医療施設連携会議等を活用いたしました連携体制、それから情報共有を行うことによって、三次救急全体での底上げを図っていききたいと思っております。

また、ドクターヘリにつきましては、災害時の効果的な運用方法を引き続き検証いたしまして、災害時の運用方法を確立していききたいと考えてございます。

想定する評価指標のところは説明を省かせていただきまして、ドクターヘリのところでは、今回、災害時の運用方法等ということを方向性として打ち出しておりますことから、災害時を想定した訓練の実施回数というのを指標として考えております。

次に、事項の3、救急受入体制の強化、東京ルールを含めた二次救急でございます。

現状のところは、先ほど申し上げました、救急搬送時間が伸びているということ、東京ルールの発生割合は、コロナの影響をダイレクトに受けまして、非常に高くなってきてしまっているというようなことがございます。

課題といたしまして、真ん中のところでございます。中小病院などは感染対策等を講じることにより、コロナ前の、従前のような救急の受入が難しい状況が今も続いてしまっているということ、それに伴って、東京ルール発生件数及び発生割合が高くなり、そのまま高止まってしまっているということがございます。

今後の方向性でございます。地域救急会議のところは、先ほどご説明させていただきました。2つ目のところが、新興感染症の発生時、まん延時に必要とされる体制を、事前にとっておかなければいけないということがあると思います。

また、医師、看護師等のタスクシフトの面から、救急外来での救急救命士等の活用によって、受入体制の強化を図る医療機関を支援していききたいということ、また初期の治療後に状態が安定した患者さんが身近な地域に早期、早く転院・移動できるように、そういった医療機関の取組を支援して、次の救急患者さんを取っていただくような体制を構築していききたいと考えております。

想定する評価指標は、二次救急のところ、先ほど申し上げましたが、そのほかに、東京ルール事案に該当する救急搬送患者の割合を下げていくということも考えております。

事項4番目は救急受入体制の強化（初期救急）でございます。

こちらでいう初期救急は、区市町村が行っていただいている休日夜間急患センター等の初期救急でございます。実際には二次救急の病院のほうに、初期救急の患者さんもたくさんいらっしゃると思いますが、こちらの事項では、区市町村の初期救急のことを記載させていただいております。

現状でございますが、区市町村が行う休日夜間急患センター等の初期救急医療に対して、都が支援しているということと、区市町村単独では体制確保が難しい診療科につきましては、都による広域的な体制を確保しているということでございます。

今後の方向性は、これまでと同様でございます。きちんと取組を行っている区市町村の財政支援をしていくということ、それから眼科、耳鼻科など広域的な体制の確保が必要なものについては、都が引き続き担っていくというところでございます。

次に、事項5、地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療の確保ということでございます。

タイトルが長いんですが、いわゆる高齢の方に対する救急医療、また高齢者を支える医療ということでございます。

現状でございますが、高齢者人口が伸びているということで、救急搬送人員に占める65歳以上の割合が高くなってきているということでございます。

課題といたしまして、上から、救急医療を要する高齢者につきましては、患者情報の把握や意思の疎通に時間を要しまして、救急搬送時間がかかる傾向があるということ、独居や老々世帯では、救急も含めて、急な事態になかなか対応することが難しいことがあるということ、また、在宅療養患者さんが入院が必要なきには、いきなり三次救急の病院等に運ばれるのではなく、身近な医療機関に搬送されることがご家族やご本人にとってもいいのではないかと課題がございまして。

今後の方向性でございます。救急医療情報キットの情報共有に取り組む区市町村を支援していくということ、高齢者施設につきましては「救急対応マニュアル作成のためのガイドライン」の活用を促して、医療機関や救急隊との連携を働きかけていくということ、先ほど申し上げました、早期移行支援についても記載させていただいております。ACPにつきましても、救急の側からもきちんと普及啓発等を図っていきたくと考えております。

想定する評価指標のところは重複がありますので、省略させていただきます。

最後、事項の6番、救急患者搬送・受入ルール（救急車の適正利用）の普及啓発というところでございます。

現状では、救急出場件数や救急搬送件数の軽症の割合等々、先ほどから申し上げているものを記載してございます。

課題のところの一番下、限りある医療資源である救急医療を守るためには、都民一人一人の理解と参画が必要であるとしております。

今後の方向性は、これまでも取り組んでいることの4引き続きでございますが、関係機関とも連携しながら#7119等の利用促進など、救急車の適正利用について、救急の理解と参画につきまして、普及啓発を引き続き実施していきたいと考えております。

想定する評価指標は現行の計画と同じでございますが、救急相談センター#7119の認知率を上げていくということ等を掲げております。

駆け足ではございますが、以上でございます。よろしくお願いたします。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

救急医療対策協議会の横田会長から補足の説明等はございますでしょうか。

○横田委員 救急医療対策協議会会長の横田裕行でございます。

千葉課長から今説明いただいたとおりですが、救急医療のキーワードと申しますと、1つは先ほどお話があった、高齢化、超高齢社会です。

2つ目は、救急医療は、医療の中でもっとも新型コロナウイルス感染拡大の影響を受けて、一時逼迫というようなことも言われましたが、そのような場合であっても救急の受け入れ体制をさらに発展させていくための課題です。

3つ目として、これも先ほど説明がありました、いわゆる医師の働き方改革の中で、救急医療を支える医師たちがどのように対応していただいて、さらに質の高い救急医療を提供していくかという、この3つが課題だと認識しています。

1番目の救急受入体制の強化の中で、資料の共有ができるといいですね、ありがとうございます。

1番の救急受入体制の強化（総論）のところの、一番右の想定する評価指標の一番下のところに、心肺機能停止傷病者の1か月後の予後というのがあります。

これは、毎年総務省消防庁から全国の心停止で救急車で搬送された傷病者の生存率、あるいは社会復帰率が、47都道府県まとめて公表されるんですが、実は東京都というのは全国平均よりも悪いのがずっと続いています。

私は救急医療対策協議会で自分なりに分析したその原因を共有させてもらったんですが、例えば、救急車が現場に行くまでの時間とか、あるいは病院までの搬送時間が、確かに全国平均より長いんですが、転帰に左右した相関係数が高いのは、目撃した一般市民の応急手当の割合でした。

実は、直近のデータで言いますと、47都道府県の中で、東京都はその場に居合わせた人、目撃者が応急手当をするのは、47都道府県中46位です。

応急手当をするということが、この生存率に最も大きく寄与する、相関係数が高いということは、救急医療対策協議会で自分の分析結果を共有させてもらったんですが、今後様々な機会を利用して都民に普及啓発をして、生存率を上げて、いずれ全国一にしようと思っている次第です。

それから、東京ルールに関しても、世界的にも評価されて、確か2018年だったか17年は、東京ルールが非常に少なくなったということだったんですが、この新型コロナウイルス感染拡大の原因もあって、今非常に増えています。

感染拡大が現在、9波とか言われていて、感染拡大していますが、収束した後に元に戻ることを、これから考えていかななくてはいけないと思っている次第です。

それから、三次救急のところ、2番目になりますが、一番右の、救命救急センターの充実度段階評価Sの割合が東京都は高いです。Sが一番高い評価の割合ですが、東京都は救命救急センターが非常に充実して、Sの割合が高いんです。

ただ、厚生労働省のこの充実度段階評価は、2年ごとに更新されていくということですので、引き続き、東京都は高い評価をいただけるように、都民に対して質の高い三次救急を提供できるように救急医療対策協議会では検討して行かなければなりません。

最後の6番目。これも千葉課長から説明があったんですが、救急患者の搬送受入のルール目標のところ、救急相談センター（#7119）の認知率は、救急医療対策協議会のメンバーの中で、「一般の方々からまだまだ認知率が低いんだ」ということを指摘いただいています。

今後の方向性のところに、利用者の促進や普及の啓発を実施すると書いてありますが、それは委員の方々からご指摘いただいた部分です。

とはいっても、この#7119は、東京都においては、年間数十万件の相談に応じているというような状況で、救急車の適正利用にも大いに資していると評価していますので、引き続きこの認知率をさらに上げて、質の高い救急医療を提供していこうと考えています。

私からは以上でございます。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

それでは、事務局からの説明についてご意見ご質問のある方はお願いいたします。

高野委員、お願いいたします。

○高野委員 高野です。小児医療の繰返しになるんですが、救急医療のかかり方、救急車の利用を含め、#7119は活発に機能していると、横田先生からお話がありましたが、より一層都民へ向けた救急車の適正な利用の仕方などの啓発を、救急に関してもお願いできればと、病院では考えております。

○伏見部会長 ありがとうございます。事務局はいかがでしょう。

○千葉救急災害医療課長 ありがとうございます。一層取り組んでまいりたいと思います。

○伏見部会長 野月委員、お願いいたします。

○野月委員 確認ですが、3の救急受入体制の強化の今後の方向性というところで、救急外来での救命救急士の活用ということで、受入体制の強化に取り組みたいといって、医療機関を支援するというようなことが書かれていますが、これは何か具体的な取組とか目標のようなものはあるんでしょうか。教えていただければありがたいです。

○伏見部会長 事務局、お願いします。

○千葉救急災害医療課長 ご質問ありがとうございます。

現在、都では、救急の現場で働いていらっしゃる救命救急士さんを雇用する病院さんに対して、人件費の補助を行っております。さらにその拡大ですとか、またもう少し活用方法とかも、今後検討して進めていきたいと考えております。

○野月委員 こちらに関して、その取組は民間の病院というようなことだったと思うんですが、その範囲で広げていくということでしたでしょうか。

○伏見部会長 事務局、お願いします。

○千葉救急災害医療課長 補助の対象といたしましては民間の病院を補助の対象とさせて

いただいております。

○野月委員 分かりました。ありがとうございます。

○伏見部会長 ほかにご意見、ご質問等がある方はいらっしゃいませんか。

よろしければ、次の議事に進みたいと思います。それでは、循環器病について事務局から説明をお願いいたします。

○千葉救急災害医療課長 循環器病について引き続き、救急災害医療課長の千葉が説明させていただきます。循環器病は、現在の保健医療計画では、脳卒中と心血管疾患という形で、1項目ずつ分かれておりますが、循環器病の基本法ができて、循環器病対策推進計画というのも各都道府県において策定されたことを踏まえまして、今回の保健医療計画から脳卒中と心血管疾患を併せて記載するような形とさせていただきたいと思います。

そういったことから項目数が多くなっておりまして10項目ございます。ですので、大変申し訳ないんですが、要点を絞ってご説明させていただきたいと思います。

それでは、資料5をご覧ください。1枚目、事項の1、循環器病の予防・健診の普及、知識の普及でございます。

現状でございますが、一番上、循環器病の多くは運動不足や不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態を端に発して発症することが多いとされてございます。また、受動喫煙も脳卒中や虚血性心疾患との関連が明らかになっております。さらに、心肺停止患者の周囲にいる一般市民や救命救急士等による心肺蘇生の実施や、AEDの使用により救命率の改善が見込まれています。

そして、これまでの主な取組のところですが、生活習慣の改善や健診受診の必要性などに関する普及啓発や、喫煙、受動喫煙の健康影響に関する普及啓発、健康増進法などを、都として取り組んでまいりました。

今後の方向性に行きまして、一番上、患者さんやそのご家族や都民に対しまして、循環器病の前兆や症状、発症時の対処方法や発症予防、早期受診、後遺症に関する知識の普及啓発を、推進していきたいと考えております。

真ん中に行きまして、小児期からの循環器の知識に関する普及です。これは、小児期と書いてありますが、要は循環器医療教育みたいなことを考えております。

また、その次、AEDの使用方法や心肺蘇生法の講習会の実施などに取り組み、普及啓発等を推進していきたいということ、一番下、循環器病ポータルサイト、これは仮称ですが、これから開設して、都民に循環器病に関する情報を、都から分かりやすく提供、発信をしていきたいと考えてございます。

想定する評価指標は、生活習慣の改善の指標や、健診の実施等がございます。また、先ほどから出ていましたバイスタンダー、これは、実際に心筋梗塞とかになられた方のそばにいらっしゃった方、目撃された方という意味ですが、応急程度の実施率を上げていくという指標を置いてございます。

次に、事項2、救急搬送・受入体制の整備でございます。

現状ですが、循環器病は急激に発症いたしまして、数分から数時間単位で命に関わる重大な事態に陥ることが非常に多くなっております。

早急に適切な治療を行うことで、予後の改善につながる可能性が高いということで、急性期の早期に適切な治療を開始する必要があるということでございます。

また、これまでの主な取組のところでは、脳卒中の患者さんを速やかに運ぶ「脳卒中急性期医療機関」を認定しているということ、また、心臓病では「東京CCUネットワーク」を構築して、心血管疾患の患者さんの救急の受入体制を整えているところでございます。

右の今後の方向性に進んでいただきまして、一番上、脳卒中や心血管疾患の特性に応じまして、先ほど申し上げました救急医療体制の充実をさらに図るとともに、救急全体のネットワークを活用いたしまして、迅速適切な医療機関の搬送を実施していきたいと考えております。

1つ飛びまして、患者さんを救急現場から急性期の専門治療が可能な医療機関に適切に搬送できるように、救急車及び救急隊員に対する研修等の充実をさらに図っていききたいと考えてございます。

想定する評価指標は、体制の整備というところですので、先ほど申し上げました、脳卒中急性期医療機関、CCU医療機関数を維持していきたいというところと、脳血管疾患及び心血管疾患の患者さんの年齢調整死亡率を下げるというのを目標にしております。

次に、3項目目は、循環器病に係る医療提供体制の構築というところでございます。

現状、一番上は、循環器病に関する治療では、外科治療や血管内治療など、先進かつ高度な医療が必要となる場合が多々ございます。

これまでの取組といたしましては、デジタル技術を活用しました脳卒中急性期医療機関やCCU医療機関間の情報共有を推進してまいりました。

今後の方向性でございます。一番上では、専門的な治療が円滑・迅速に実施できるように、デジタル技術を活用した情報共有をさらに進めていきたいと考えております。

また、その次、心不全等によって、特に慢性心不全によって、入退院を繰り返す患者さんの円滑な入退院、治療と連携した緩和ケアの実施等々、また様々な理解促進に向けて相談支援の充実とともに、またここでもデジタル技術を活用いたしまして、関係者間の連携、情報共有の強化に向けた取組を実施していきたいと考えております。

想定する評価指標は、先ほどと同じ、脳卒中急性期医療機関数、CCU医療機関数でございます。

事項の4つ目は、リハビリテーション体制の充実でございます。

現状の一番上、脳卒中患者さんは急性期治療を行うために様々な神経症状、いわゆる後遺症が残る場合が多い。それから、心血管疾患患者さんの、特に心不全等で入退院を繰り返す患者さんが増えているということ、再発予防及び再入院予防の観点が重要であるということです。

これまでの取組といたしましては、東京都リハビリテーション協議会を設置いたしまし

て、様々な地域におけるリハビリテーション提供体制について検討を行っていただいております。

今後の方向性でございます。上から3つ目、急性期から引き続き回復期における患者さんの疾病や病態に応じた、適切かつ円滑なリハビリテーション医療の提供ができる等、これまで以上に推進していきたいと思っております。

少し飛んでいただきまして、循環器病のリハビリテーションに関する高度な知識・技術を持った医療・介護関係者の育成について検討していきたいと思っております。

想定する評価指標は、リハビリテーションの実施可能な医療機関数を、それぞれ脳血管と心大血管に分けまして、それぞれ増やすという指標を置かしていただいております。

事項の5番目は、循環器病の後遺症を有する者に対する支援でございます。

現状ですが、循環器病は、様々な後遺症を残す可能性もあります。後遺症によって日常生活の活動が低下し、介護が必要な状態になることが多くあります。

特に脳卒中の発症後は、手足の麻痺だけではなくて、摂食嚥下障害、てんかん、失語症、高次脳機能障害等、見た目で見分けにくい場合も多々ございます。

今後の方向性ですが、てんかん患者さんにつきましては、東京都てんかん拠点病院を中心に必要な検討を実施しております。

また、失語症の方に向けましては、意思疎通支援者の養成、また、高次脳機能障害者に適切な支援に向けて、医療機関へのコーディネーター設置や研修の実施、東京都心身障害者福祉センターでの電話相談・広報・研修等の実施を、方向性として考えてございます。

また、その次、区市町村の高次脳機能障害者支援員の支援をしていきたいと考えてございます。

評価する指標は、なかなか定量的に測ることが難しいものですので、各事業の進行によって定性的な評価をしていきたいと考えてございます。

事項の6は、循環器病の緩和ケアでございます。

現状の2つ目のところでは、循環器病は生命を脅かす疾患でございまして、病気の進行とともに、身体的、心理的、社会的な苦痛が増悪することがございます。疾患の初期段階から継続した緩和ケアを必要とする疾患と考えております。

右の今後の方向性でございます。患者さんの苦痛を、身体的、精神的、社会的な多面的な観点からトータルケアを行う、適切な緩和ケアを推進していきたいと考えております。

循環器病患者さんの緩和ケアの都民への正しい知識の普及啓発を、循環器病においても緩和ケアが重要であるということを普及・啓発していきたいと思っております。

またさらに最後のところは、ACPにつきましても、循環器病の観点からも、きちんと普及啓発、患者さんやご家族をサポートできる医療介護人材の育成を図っていきたいと考えてございます。

想定する評価指標としましては、心血管疾患の緩和ケアを提供する医療機関数を増やすことを考えております。

次の事項7つ目は、社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援でございます。

現状のところでは、介護が必要だと思ふ原因を占める割合は、脳血管疾患が16.1%、心疾患が4.5%、両者を併せると20.6%と、一番多くなっております。

循環器病患者さんは、脳卒中の後遺症の残存ですとか、心血管疾患治療後の身体機能低下によって、生活の支援・介護が必要な状態に陥る場合が多々ございます。

今後の方向性として、心不全等によって入退院を繰り返すこと、患者さんの円滑な入退院と地域における医療介護関係者の、心不全に関する理解促進や相談支援の充実を図るとともに、関係者間の連携、情報共有の強化に向けた取組を実施していきたいと思っております。

想定する評価指標のところでは、脳卒中、慢性心不全の認定看護師さんを増やしていきたいと考えてございます。

事項の8は、治療と仕事の両立支援・就労支援でございます。

現状のところですが、脳卒中患者さんの約17%が、20歳から64歳という若い方がいらっしやいまして、65歳未満の患者さんにおきましては、約7割ぐらいがほぼ介助を必要としない状態まで回復するという報告もございます。

また、心血管疾患の患者さんのうち19%は、20代から64歳という若い方でございまして、職場復帰できるケースも多く存在してございますが、継続して配慮が必要な場合も多々あるということでございます。

今後の方向性です。都の関係機関による奨励金・助成金制度や研修、専門家派遣などによって、循環器病患者さんが働きやすい職場環境を整備していくことが必要だということです。また、医療機関の職場に配置されます両立支援コーディネーターによる、効率的な相談支援も推進していきたいと考えております。

評価指標としましては、両立支援コーディネーターの基礎研修の受講人数を増やしていきたいと思っております。

9番目は、小児期・若年期から配慮が必要な循環器病の対策ということでございます。

現状です。循環器病の中には、100人に1人の割合で出生する先天性心疾患や小児不整脈、小児脳卒中などの患者さんがいらっしやいまして、近年の治療法の開発や治療体制の整備等によって、小児期に慢性疾病に罹患した患者さん全体の死亡率が大きく減少しており、年々それは減少してきております。多くの子供さんの命が救われるようになった現状がございます。

一方で、治療や合併症の対応は長期化し、それを抱えたまま思春期、さらに成人期を迎える患者さんが増えてきているという状況でございます。

今後の方向性です。小児期から成人期への移行期にある患者さんに、年齢に応じた適切な医療を提供するために、移行期医療支援センターを中心に、小児診療科・成人診療科の医療連携を進めるなど、移行期医療支援を充実したいと考えております

こちらについての評価指標は定量的には難しいので、各事業の進捗によって定性的な評

価をさせていただきたいと考えております。

最後の項目10項目目は、循環器病に関する適切な情報提供・相談支援でございます。

現状では、患者さんの療養生活が多様化する中で、患者さんとその家族は、診療や生活における疑問、心理的、社会的、経済的な悩みを多く抱えていらっしゃるということでございます。

急性期における医療機関受診に関すること、慢性期における医療介護、また福祉に係るサービスに関することまで、患者さんやそのご家族が必要な情報にアクセスできる、各場面場面に応じた課題解決が求められております。

今後の方向性です。医療機関の相談窓口の効果的な活用、それから最初に申し上げましたが、「循環器病ポータルサイト」による情報発信等を行っていきたいと考えております。

想定する評価指標としましては、循環器病の相談窓口を設置する医療機関数を増やしていきたいと考えております。

大変長い説明で恐縮です。よろしく願いいたします。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

循環器病対策推進協議会の横田会長から、補足のご説明等がありますでしょうか。

○横田委員 循環器病対策推進協議会会長の横田でございます。

千葉課長から今説明のあったとおりでございます。

循環器病に関しては、いわゆる脳卒中循環器対策基本法にのっとりた形での対応ということになると思うんですが、そもそもこの疾患の特徴としては、発症の危険因子が想定されているということがありますので、予防が非常に重要視されているということです。

それから、発症した場合には、疾患の特徴から脳卒中であれ、心疾患であれ、時間との勝負ということが、極めて大きな問題となっています。

それがその後の転帰を左右するという意味で、時間との勝負ということで、まさに先ほどお話しした救急医療と大きくリンクするところであります。

もう一つ特徴としては、適切なフォローをしないと再発を繰り返すことも、大きな特徴だと思えます。

これらを全てクリアするために、今回10項目ということを設定していました。予防に関しては、何ととっても普及啓発というところだと思えます。

先ほど東京都における心停止目撃者で、応急手当をする割合が非常に少ないというようなところは、これも普及啓発に関わってくるのですが、それも含めて都民に対して普及啓発を機会あるごとに、情報発信をしていくということが非常に大切だと思えます。

それから、いざ発症した場合に、先ほど話したように、時間との勝負ということになります。

特に虚血性の脳卒中、すなわち脳梗塞に対しては、ここ数年の治療の進歩というのは極めて著しいものがあります。

都内においても高度の最先端の治療ができる医療機関は、多くはないのですが、そこに

該当する傷病者をうまくマッチングさせるシステム、これは説明のあったように、デジタル化が、どうしても必要だと思います。

その後、急性期を脱した後は、リハビリや後遺症を有する傷病者の支援、特にリハビリは従来から麻痺だとか知覚感覚障害が適用になりますが、国でも議論されている失語症やてんかん発作のフォローも、きめ細かく、東京都として支援できるような体制を議論しております。

それから、これも千葉課長からお話のあった、少ない割合ではあるんですが、適切に治療すれば、非常に転帰がいい、小児の発症も、非常に重要だと考えています。

いずれにしても、循環器疾患は基本法があるということを踏まえて、循環器病推進計画を、作成している段階でございます。

私からの補足の説明は以上です。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

それでは、事務局からの説明についてご意見、ご質問等がある方はお願いいたします。

高野委員、お願いいたします。

○高野委員 用語の確認をさせていただきたいんですが、循環器病が脳卒中と心血管疾患を示すということが、冒頭に説明がありましたが、これは東京都で決めたものではなくて、全日本的あるいはWHOの言葉にも出てきましたが、世界的にこういう風潮なんですか。教えていただけますでしょうか。

○伏見部会長 事務局、お願いします。

○千葉救急災害医療課長 循環器病の国の基本法にこのような形で記載がございまして、それに沿った形で東京都も行っております。

○高野委員 ありがとうございます。分かりました。

○伏見部会長 循環器病の横田会長、お願いします。

○横田会長 これは令和2年10月（後述で令和5年3月に訂正）に国から出された循環器病対策基本計画ですが、ここの冒頭に、「脳卒中、心臓病、その他の循環器病（循環器病）という」と記載されています。

これを受けて、脳卒中と心疾患を一括して循環器病と表現するので、そこは確かにご指摘のように混乱する部分ではあります。今回はまとめてお話をさせていただいたというところでございます。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

○高野委員 どうもありがとうございました。

○伏見部会長 ほかにご意見ご質問等はありませんでしょうか。

佐々木委員、お願いいたします。

○佐々木委員 東京都医師会の佐々木です。ここでしゃべるべきことではないのかもしれませんが、先ほど小児期からのという話があったので、意見を言わせていただきます。

ご存じのように、各区市町村で小児生活習慣病検診というのをやられて、心臓検診もや

られていますが、そういう取組がその後の成人期まで情報がなかなかつながっていかない。

これからはそういうその小児期からの検診とか、あと教育とか、あとその循環器病に限らず、例えばがんの教育とか、そういうのが幅広く継続していっていかねばいけないと思います。

ここだけの話ではないので、全体的な話になりますが、追加意見を言わせていただきました。

○伏見部会長 ありがとうございます。事務局、よろしいですか。

○千葉救急災害医療課長 ありがとうございます。保健の部門等と協力しながらしっかりやっていきたいと思います。

○伏見部会長 ありがとうございます。

続きまして、野月委員、お願いいたします。

○野月委員 7の社会連携に基づく循環器病対策・循環器病患者支援のところで、想定する評価指標に、認定看護師を増やすということで、看護の専門性の高いナースの育成というところをお考えいただいているのが分かったんですが、具体的にどのように目標値といえますか、その辺をどのようにお考えになっているのかということですが、教えていただけますでしょうか。

○伏見部会長 事務局、お願いいたします。

○千葉救急災害医療課長 ご質問ありがとうございます。目標値につきましては、計画策定時からその後増やしていこうという形になりますので、現行の人数というのから伸ばしていくということになります。

具体的な取組というのは、大変申し訳ございません、これから、様々な場面で先生方からご意見いただきながら、取組を検討し、しっかり事業等を行っていきたくと考えております。

○伏見部会長 野月委員、よろしいでしょうか。

○野月委員 認定看護師を増やすということに限定されていましたが、心不全や脳卒中後の患者の重症化や再発予防に向けた療養生活支援を行うという点では、認定看護師育成に限定せず、外来や在宅等の看護師の育成が重要であり、「研修修了認定」のような形でジェネラリストの育成の中に組み込むこと等の検討も必要ではないかと考えました。

○千葉救急災害医療課長 ありがとうございます。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

佐々木委員、お願いいたします。

○佐々木委員 質問ですが、10のところで、循環器病の相談窓口を設置している医療機関数を増やすとあるんですが、具体的には、例えば循環器専門医の診療所なのか、それとも病院なのか、どの辺の医療機関を想定しているのでしょうか。教えてください。

○伏見部会長 事務局、お願いいたします。

- 千葉救急災害医療課長 ありがとうございます。現在では、病院を想定してございます。
- 佐々木委員 治療についての相談ということが主になるのでしょうか。
- 千葉救急災害医療課長 いや、治療だけでなく、その後の生活ですとか、福祉、介護等に関する事とか、急性期から慢性期、生活にかかることまで、全ての相談を受けるというのも想定してございます。
- 佐々木委員 そうすると、医療的なことじゃなくて、例えばMSWさんとかいうところの職種も関わってということですね。
- 千葉救急災害医療課長 はい、そうです。がんの相談窓口の循環器病版みたいなイメージでございます。
- 佐々木委員 ありがとうございます。
- 伏見部会長 どうもありがとうございました。
- 高野委員、お願いします。
- 高野委員 高野です。6の緩和ケアに関する質問ですが、私、知識のなさをひけらかしますが、循環器病と緩和ケアというのがどうもピンとこないところがあるんですね。
- 現在、心血管疾患の緩和ケアを提供する医療機関数が都内にどのくらいあるのか教えていただきたいという質問をよろしいでしょうか。
- 伏見部会長 事務局、お願いします。
- 千葉救急災害医療課長 すみません、今手元に数字がないものですから、後ほど調べて、お伝えさせていただきたいと思います。
- 高野委員 あくまでも私個人の知識のレベルで話して申し訳ないですが、まず医師に対しても、循環器疾患も緩和ケアの対象になるんだという教育から始めるぐらいなんじゃないかと思いますが、いかがなものでしょう。
- 伏見部会長 事務局、お願いします。
- 千葉救急災害医療課長 今後の方向性では、都民への正しい知識の普及啓発はうたわせていただきましたが、先生がおっしゃるとおり、医療従事者の方々に対する普及啓発も非常に重要と考えますので、検討して、記載を考えていきたいと思います。
- 高野委員 どうもありがとうございました。
- 伏見部会長 ありがとうございました。
- ほかにご意見ご質問等はいかがでしょう。
- それでは、よろしければ次の議事に進みたいと思います。リハビリテーション医療について事務局に説明をお願いいたします。
- 田村歯科担当課長 歯科担当課長をしております田村です。リハビリテーション医療についてご説明いたします。資料の6をご覧ください。
- リハビリテーション医療につきましては、7月24日に開催しました、東京都リハビリテーション協議会でご議論していただいているところになります。
- 1つ目の取組としまして、一貫したリハビリテーションの実施を挙げております。

まず現状としまして、回復期リハビリテーション病床数、また地域包括ケア病棟または病室病床数も増加しております。また、病院に従事するリハ職の数につきましては、PT、OT、STとも増加しております、特に訪問看護ステーションにつきましては、平成28年から令和2年の5年間で約2倍の増加となっております。

取組としましては、脳卒中医療連携パスの普及啓発や地域リハビリテーション支援センターにおけるリハビリの提供体制、及び連携の強化を行っております。

また、回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟の施設整備補助などを行っております。

次に課題ですが、後遺症を軽減し、療養生活の質を高めるためには、一貫したリハビリテーションにより、合併症の予防や機能回復、日常生活動作の維持向上を図ることが必要としております。

また、回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床の整備は進んでいますが、今後は需給状況を踏まえた整備が必要としております。

あと、ここが一番今回協議会でご議論になったところですが、リハ職の人数が増えてきている状況ですが、病院に比べまして、訪問看護ステーションにつきましては、小規模な事業者が多いということがありまして、訪問リハを行う人材の育成と提供体制の整備が必要としております。

今後の方向性ですが、急性期病院での治療後、速やかに回復期リハビリテーション病院へ転院できるよう、医療連携を推進します。

また、リハ病床の供給状況を適切に把握しつつ、回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床などの必要な整備を促す支援を実施します。

維持期リハビリテーション等を提供する在宅医療機関や福祉施設等の連携を強化します。

圏域ごとに研修を実施する際のカリキュラムやテキストを作成するなどして、現場経験の少ない若手のリハ職の技術等を底上げします。

目標としては、急性期、回復期、維持期を通じ、患者の状態に応じた一貫したリハビリテーションが提供できているとしております。

想定する評価指標として、リハビリテーションが実施可能な医療機関数、回復期リハビリテーション病棟の病床数の2つを挙げております。

次に、2つ目の取組としまして、地域リハビリテーション支援体制の充実を上げております。

現状の取組としましては、地域リハビリテーション支援センター、自治体、関係団体等の参画による連絡会を開催しまして、課題や情報共有を行い、連携を強化しております。

また、リハビリテーション協議会とその下の部会におきまして、災害時を含めた地域リハビリテーション体制の強化や支援体制の見直しについて検討をしております。

課題としましては、地域リハビリテーション推進のための指針に基づいて、拡大するニーズに対応できるよう、機能強化が必要としております。

また、関係者間の連携強化や災害時リハビリテーション支援体制の構築に取り組むとともに、地域包括ケアシステムの推進に資するよう体制の見直しが必要としております。

今後の方向性としては、リハビリテーション協議会において、新たな地域リハビリテーション支援体制を検討し、取組を推進するとしております。

また、区市町村が実施する介護予防の取組への支援や、在宅リハに関わる人材の育成に資するよう、地域リハビリテーション体制を強化・充実していきます。

地域リハビリテーション支援センターが、地域の関係機関と連携・協力し、災害時のリハビリテーション支援体制を構築することを推進します。

目標としては、区市町村が実施する介護予防等の取組について、地域リハビリテーション支援センターが地域のニーズ等に応じた効果的な支援を実施しているとしております。

この取組に対して想定する評価指標はございません。

最後、3つ目の取組としまして、東京都リハビリテーション病院の運営を挙げております。

現状としまして、東京都リハビリテーション病院は、都が設置し、東京都医師会が指定管理者として運営する病院として、365日リハビリテーションを実施しています。

また、臨床研究に取り組むほか、実習生や見学生の実入を実施しています。

地域リハビリテーション支援センターの連絡会の取りまとめとして、関係者の連携を推進しております。

課題としましては、東京都のリハビリテーション病院としての機能の充実とともに、地域リハビリテーション支援機能の充実強化が必要としております。

また、今後はさらなる行政施策への貢献が求められるとしております。

今後の方向性ですが、リハビリテーション医療の機能を充実するとともに、研究成果・ノウハウ・技術の普及を推進していきます。

また、地域リハビリテーション支援センターの取りまとめ役として、各センターの活動を支援するとともに、区市町村が実施する介護予防への取組の支援など、行政施策に対し、積極的に貢献していきます。

目標としましては、地域性や将来的なリハビリテーション医療に関するニーズなどに対応した運営体制を構築するとしております。

この取組に対する想定する評価指標はございません。

リハビリテーション医療についての説明は以上になります。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

それでは、東京都リハビリテーション協議会の安保座長から説明の補足等がありますでしょうか。

○安保委員 安保でございます。それほど大きな補足はありませんでしたが、少し簡単に追加したいと思います。

皆さん、ご存じのように、リハビリテーションは2000年の回復期リハビリテーショ

ン病院が保険収載されて、それから大きく変わりました。

特にベッド数が数千だったのが今8000を超えて、急性期と回復期の連携は非常によくなったと言えます。

ただし、ここ数年、高齢者の数が多いということも顕著になってきて、回復期の高齢化の率もどんどん上がってきました。維持期について、特に生活期の関わりについて、医療保険のリハビリテーションと介護保険のリハビリテーションのつながりを、もう少し上手くしなければいけないというのが、一つの大きな課題になっています。

そこで、地域リハビリテーション支援センターが、圏域ごとに指定されておるんですが、ここも、最初の発足と違って、介護保険、介護予防のほうに大きくシフトしなければいけないときになってきました。

そこが一番難しいところですが、それを東京都リハビリテーション病院や医師会の先生方が中心になって、介護保険の充実に向けて、これから進めていこうと考えております。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

それでは、事務局からの説明についてご意見、ご質問のある方はお願いいたします。  
川島委員、お願いいたします。

○川島委員 地域に戻ってきた患者様の話が今出ました。地域でケアマネをやっています。

最近、回復期のリハビリテーション病院からご自宅に戻るときに、家屋調査などをやっていただいて、とても細やかな対応してくださいます。

それはすごく、ケアマネとしても、また在宅に戻る専門職にしても、ご本人さんにしても家族にしても、ありがたいと思っています。

ただ、退院カンファレンスでは、介護度の見直しから入ることが必要になってきますので、専門職ももう少し退院カンファレンスに出席させていただければと思います。

もう一つ。五、六年前に、地域で活躍するリハビリ専門職人材育成を目的に東京都福祉保健局で東京都地域リハビリテーション専門員の現任者・初任者の資格取得の案内がありました。私はその当時2日間の講習を受け 現任者の資格取得をしました。またその資格者名簿が自治体に行く聞いていました。

しかし自治体に確認しました所、いまだそのような資格の名簿はないと回答を受けています。現在ではその資格のある方が多分たくさんいらっしゃると思うのですが、どうようになっているのでしょうか。

○伏見部会長 事務局からお願いいたします。

○田村歯科担当課長 一度確認させていただいて、改めて回答させていただければと思います。こちらには今その資料がないので、すみません。

○伏見部会長 前半の連携等の話については、何かあるでしょうか。

○田村歯科担当課長 連携につきて、先ほど座長からもご発言がありましたが、地域リハビリテーション支援センターの取組の中で、今後そういった介護のほうとの連携については積極的にやっていきたいと思っています。

まだ、現状はまだ余りできていない部分ですが、今後のセンターの取組として、次期計画の中では盛り込んでいこうと思っているところになります。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

高野委員、お願いいたします。

○高野委員 東京都病院協会の高野です。また私、新任委員ということで定義を教えてくださいたいんですが、災害時のリハビリテーションとありますが、この対象者はその災害によって罹災というか、負傷を負った急性期あるいは亜急性期の患者さんを対象としているのでしょうか。

あるいは、慢性期の患者さんに維持的なリハビリを行うというのでしょうか。どちらを意味しているのか教えてくださいませんか。

○伏見部会長 お願いします。

○田村歯科担当課長 災害時のリハビリに関しましては、今 J R A T が全国的な組織としてありますので、そういった取組の中でのリハビリというところですが、比較的急性期の頃から実際、被災地域に入って活動していくところをイメージしております。

○高野委員 分かりました。すばらしいと思います。ありがとうございます。

○伏見部会長 ありがとうございました。

ほかにご質問、ご意見等はありませんでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、ここで予定どおり5分間の休憩時間とさせていただきます。5時22分まで休憩したいと思います。

<前半終了 午後5時17分>

<休憩>

<後半開始 午後5時22分>

○伏見部会長 それでは、再開させていただきます。

先ほどの循環器病につきまして、千葉課長から補足説明があるということですので、よろしくをお願いいたします。

○千葉救急災害医療課長 救急災害医療課長の千葉でございます。先ほど循環器病のところで、高野先生からご質問いただきました、心血管疾患の緩和ケアを提供する医療機関は現在いくつあるのかということですが、数字をお答えさせていただきます。

昨年度に都で行いました医療機能実態調査によると、心血管疾患における緩和ケアを実施している医療機関は、調査に回答した病院354施設のうち36施設、一般診療所8、817施設のうち169施設という状況でございました。

○高野委員 分かりました。どうもありがとうございました。

○千葉救急災害医療課長 失礼いたしました。

○横田会長 横田ですが、訂正をよろしいでしょうか。

○伏見部会長 横田会長、どうぞ。

○横田会長 先ほど、私、循環器病対策基本計画という、国のお話をしたとき、高野先生からのご質問にお答えしたときに、国の循環器病対策基本計画は令和2年10月とお話ししたんですが、令和5年3月でした。内容に関しては一緒です。ここで言っている循環器病の定義に関して、文言は一緒でございますので、日時だけ訂正をさせていただきます。すみません。

○高野委員 ご丁寧にどうもありがとうございます。勉強になりました。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

それでは、議事にまいります。次は、がんについて事務局より説明をお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 それでは、医療政策部地域医療担当課長道傳より、資料7-1、がんにつきましてご説明いたします。

がんにつきましては、今年の3月に国の第4期がん対策推進基本計画が策定されたことを受けまして、今年度、東京都がん対策推進計画の改定を予定しております。

現在、東京都がん対策推進協議会と計画推進部会と4つのワーキンググループにおいてご議論いただいているところでございまして、本日も説明させていただく骨子案につきましても、現時点の検討状況と整合性をとる形で整理をしております。

それでは、早速資料に沿いましてご説明をさせていただきます。

○坪井健康推進課長 がん予防につきまして、健康推進課長の坪井よりご説明申し上げます。

まず、がん予防は一次予防、二次予防とございまして、まず1枚目、一次予防のうち、科学的根拠に基づくがんのリスクを下げるための生活習慣に関する普及啓発の推進、生活習慣を改善しやすい環境づくりの推進ということでございます。

がんのリスク要因につきまして、喫煙、受動喫煙、その他飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜不足等の食生活などが挙げられているところでございまして、こちらでは、受動喫煙以外の項目につきまして記載しているところでございます。

こうしたリスク因子、生活習慣につきましては、普及啓発や生活習慣の改善に取り組みやすいような環境整備等を取り組んできたところでございまして、今後の方向性といたしましても、引き続きこうした普及啓発の推進、環境づくりの推進というところに取り組んでまいりたいと考えてございます。

目標につきましては、食生活、身体活動量、飲酒につきまして、それぞれ対応するような指標、こちらいずれも定性的にあるべき姿を増やす、減らすといった形ですが、設定させていただきたいと考えてございます。

続きまして2枚目でございます。こちらが生活習慣のうちの喫煙・受動喫煙の健康影響

に関する普及啓発と、20歳未満の者の喫煙防止というところでございます。

まず、上段でございますが、喫煙率に関しましては、20歳以上の者の喫煙率、現在の計画では全体12%。また男性女性とそれぞれ目標を設定いたしまして、取組を推進してきたところでございますが、目標には届いてないというようなところでございます。

今後の方向性につきましては、こちらを引き続きでございますが、喫煙・受動喫煙の健康影響に関する普及啓発とともに、20歳未満の者の喫煙防止、普及啓発に取り組んでいくというところでございます。

指標につきましては、こちらも現行計画からも引き続きというところで、喫煙率の目標を定めているところでございます。

下段が受動喫煙対策でございます。こちらにつきましても、受動喫煙の機会の減少に向けた取組を実施してきたところでございますが、目標に届いてないというところでございます。

受動喫煙に関しましては、健康増進法の規制に加えまして、令和2年に、東京都受動喫煙防止条例も施行されてございまして、こちらにつきましては周知を行うとともに、区市町村に対する財政支援等も実施してきたところでございます。

今後の方向性につきましては、引き続き健康増進法や都条例の正しい理解の促進・定着を図り、取組を推進というところでございまして、目標といたしましても、受動喫煙の機会を有する者の減少というところを、引き続き上げているところでございます。

引き続きまして、3ページ目でございます。こちらは感染症に起因するがんの予防に関する取組の推進というところでございます。

発がんの因子となるウイルスや細菌というところに触れておりまして、具体的には、肝炎ウイルスとHPVにつきまして触れてございます。

肝炎ウイルスにつきましては、令和4年に改定いたしました都の指針に基づきまして取り組んでいるところでございます。

HPVにつきましては、昨年、積極的勧奨が再開されたというところもございまして、都の取組といたしまして、相談窓口ですとか、協力医療機関との連携強化というところに取り組んできたところでございます。

今後の方向性につきましては、肝がんにつきましては、引き続き指針に基づいて取組を行っていくというところと、あと、HPVにつきましても、接種状況の把握を行っていくというところを、方針として掲げてございまして、HPVにつきましては、今回新たに指標といたしまして、HPVワクチンの定期接種の接種者数、実施率、キャッチアップ接種の接種者数というところを増やすという形で、新たに指標として掲げてございます。

○坪井健康推進課長 次のページからは、二次予防、がん検診に関する事項でございます。

まず、受診率向上に向けた関係機関支援の推進、がん検診受診に関する普及啓発の推進というところございまして、がん検診につきましては、受診率、5がん50%を目標といたしまして取組を推進したところでございまして、こちらについては概ね達成している

状況でございます。

今後の方向性につきましては、こちらは引き続きの取組でございますが、受診率向上に向けた関係機関、区市町村職域における支援というところと、あと2つ目の○における、がん検診受診に関する普及啓発の推進というところも、引き続き実施して行きたいと考えてございます。

目標といたしまして、項目としましては、がん検診受診率とところでございますが、率につきましては50%を概ね達成したというところもございますので、60%に引き上げる形で設定をしております。

続きまして、次のページでございます。こちらは二次予防のうち、科学的根拠に基づく検診実施と質の向上に向けた支援の推進、職域におけるがん検診の適切な実施に向けた支援の推進というところでございます。

まず1つ目、科学的根拠に基づく検診実施というところでは、がんの死亡率の減少を科学的に証明されている5がんについて、適切な方法で区市町村で実施していただくというものでございますが、令和4年ではまた13自治体にとどまっているという状況です。

区市町村の精密検査の受診率が5がん90%を目標としてございますが、いずれも達成していないという状況です。

職域につきましても、国でマニュアル等も交付されている状況でございますが、そうした実態も含めて正確に把握できていないというような状況がございます。

こちらにつきましては、区市町村ですとか、職域については技術的支援等を実施してきたところでございます。

今後の方向性につきましては、引き続き区市町村、職域にそれぞれ適切な実施に向けた支援というところを推進していくということでございまして、評価指標としましては、こちらも従前の引き続きでございまして、科学的根拠に基づくがん検診の実施区市町村、全ての62区市町村と、精密検査の受診率5がんの90%というところを、今回の計画でも引き継ぎ掲げていきたいと考えてございます。

○道傳地域医療担当課長 続きまして、6ページ目、がん医療についてで、拠点病院等を中心としたがん医療体制の構築ということでございます。

これまでは都内における医療提供体制の均てん化のため、国のがん診療連携拠点病院の指定や、都独自に拠点病院や協力病院等の指定をしておりますが、成人につきましては58病院、小児につきましては15病院となっております。

また、国や都が指定認定した病院によりまして構成される東京都がん診療連携協議会及び東京都小児・AYA診療連携協議会におきまして、がん対策の推進に向けさまざまな取組を進めていただいているところでございます。

こうした中、国の第4期の基本計画におきまして、人口動態やがん医療の高度化を踏まえ、これまでの均てん化の観点に加えまして、都道府県内の拠点病院間での役割分担の整理を行うという、集約化の方向性も示されております。

課題としましては、成人の拠点病院において質の高いがん医療を提供できるよう、これまでの均てん化に加えまして、役割分担と連携体制の整備を進める必要があること、また、小児がんにつきましても体制強化を図ること、AYA世代がん患者につきまして小児と成人の両域での連携が求められていること、粒子線治療につきまして、体への負担が少なく、仕事と治療の両立も可能な治療法であるものの、施設の整備、運営費用の負担から都内の導入が進んでいないこと、副作用、後遺症に対する専門的なケアである支持療法について、どこで提供されているかを明確化する必要があること。最後に感染症発生・まん延時等や災害時等の医療提供の継続が課題である、としております。

こうした課題につきまして、引き続きがん診療連携協議会や小児・AYA世代がん診療連携協議会と相互に連携を図っていくこととしております。また、粒子線治療につきましては、必要に応じて治療を受けられる環境整備を進めるため、都立病院機構において整備していくこと、支持療法につきましては、提供体制の可視化を図ること、感染症発生・まん延時や災害発生時の医療提供体制につきまして検討を進める、としております。

続きまして、次のページは、地域の医療機関におけるがん医療提供体制の充実でございます。

こちらについては、拠点病院での治療を終えた患者が円滑に在宅に移行するためには、地域の医療機関や在宅医療のリソースを把握することが重要となっております。

このため、今後の方向性でございますように、地域の医療・介護関係者との連携体制の構築、入退院支援や在宅療養を支える人材の育成につきまして、引き続き取組を進めていくこととしております。

続きまして、8ページ目にお進みください。こちらは緩和ケアの関係になっております。

患者の苦痛やつらさの軽減を図る緩和ケアにつきましては、これまで、拠点病院での提供に加えまして、在宅療養患者に切れ目のない緩和ケアの提供に向けた取組を進めておりますが、終末期だけでなく、診断時から一貫して基本的な緩和ケアを提供するとともに、必要に応じて専門的緩和ケアにつなぐことが求められております。

このため、引き続き緩和ケア研修会等によりまして、緩和ケア技術の向上を図るとともに、特に診断時の緩和ケアに関する理解促進を図るよう検討していくこととしております。

続きまして、緩和ケアの人材育成と正しい理解の促進となっております。

人材育成につきましては、拠点病院等におきまして国の指針に基づく医師等に対する緩和ケア研修会を開催しておりますが、地域の医療機関でがん診療に携わる医師等が研修に参加できないといった声も聞いております。

また、地域の病院における緩和ケアの提供体制の強化としまして、今年度より緩和ケアの専門資格を有する看護師の育成支援を開始しております。

こうした中、今後の方向性としてしましては、この緩和ケア研修会についてさらなる受講機会の確保を図るとともに、その他の取組についても引き続き継続してまいりたいと書いております。

続きまして、10ページ目にお進みください。こちらに小児・AYA世代のがん医療に特有の事項ということで、上段はAYA世代に関する事項を記載してございます。

医療のうちAYA世代特有の事項としましては、多職種連携を進めるAYA支援チームの設置促進に加えまして、小児領域と成人領域での連携を図ることが求められております。

また、下段の小児・AYA世代共通の課題としましては、長期フォローアップと妊孕性温存に関する情報提供と意思決定支援といった課題がございまして。

こうした中、長期フォローアップにつきましては、成人のがん診療連携協議会と小児・AYA診療連携協議会が連携をしまして、検討を進めていくとともに、どのような提供が可能か、引き続き検討し、対応している医療機関についての情報提供を進めていくとしております。

続きまして、11ページ目からがんと共生となります。

こちらはがん相談支援センターについての記載でございますが、がんと診断されたときから必要に応じて相談支援センターに相談できるよう、拠点病院における体制を整備するとともに、その他の病院に対してその存在の周知をしていくとしております。

また、今後の方向性の一番下のところになりますが、こちらはコロナ禍の経験を踏まえまして、オンラインでの相談環境についても整備を推進していくということで方向性に記載させていただいております。

続きまして、12ページにお進みください。こちらは、その他の相談支援としまして、患者団体等の活動や患者サロン、ピア・サポートの取組を記載しております。

このうち、がん経験者によるピア・サポーターにつきましては、その質がバラバラであり、質の担保が求められております。このため、ピア・サポーターの養成の取組や、活動機会の提供を図っていくとしております。

また、患者団体とピア・サポート、患者サロンの活動につきまして、拠点病院等と連携をしまして、がんポータルサイトでの効果的な発信をしていくとしております。

続いて、13ページにお進みいただけますでしょうか。こちらはサバイバーシップ支援ということで、がんの治療による脱毛や皮膚障害等の外見、いわゆるアピアランスの変化へのケアと、自殺防止を挙げております。

アピアランスにつきましては、がん相談支援センターにおける相談支援や情報提供を実施するとともに、今年度、アピアランスケアにかかるウィッグ等の用具の購入費用を助成する区市町村を支援する取組を開始しております。

また、自殺対策につきましては、拠点病院等の相談支援センター等におきまして相談を実施しており、都の自殺総合対策計画にもその旨を記載しております。こうした取組につきまして、今後の方向性にも記載しておりますように、引き続き実施していくこととしております。

続きまして、14ページにお進みください。ライフステージに応じた患者・家族支援についてでございます。

こちらはまず、小児・AYA世代についてですが、介護保険の対象となっていないことから、在宅療養時に必要な経済的支援を受けることができていないといった課題がございます。

また、現状の4点目に記載しておりますが、AYA世代のがん患者のお子さんが、比較的成長しているようなご家庭におきましては、子供がヤングケアラーとして、罹患した親の看護や兄弟の世話等を担うケースがございます。

このため、今後の方向性がございますように、若年がん患者にどのような支援が可能かの検討をしていくとしております。

また、ヤングケアラーにつきましては、適切な支援につなげるため、都が作成したヤングケアラー支援マニュアルを拠点病院等へ配布し、相談支援に活用することにより、がん相談支援センター等においてヤングケアラーを発見し、必要な支援につなげていきたいと考えております。

続きまして、15ページ目にお進みください。壮年期になっております。

こちらは壮年期の患者・家族への支援についてですが、AYA世代と高齢者の間ということで、40歳から64歳までを壮年期としておりますが、ここでは、この世代がいわゆる働き盛りの世代であることから、仕事と治療の両立に伴う課題を抱えている世代と言えると思います。

この世代に対しまして、これまで拠点病院でハローワークや社労士と連携をした就労支援を進めるとともに、企業における両立支援につながる制度導入や、風土醸成を図るために、ハンドブックを作成したり、セミナーを開催してまいりました。

今後の方向性としましては、がんとなっても仕事をやめる必要はないということや、相談支援センターで相談できることのさらなる周知を図っていききたいと思っております。

また、企業における両立支援の環境の整備のところにございますように、そういった環境を整備するために、引き続き企業に向けた取組を推進していくとともに、企業向けの研修用教材の活用を推進していきたいと考えております。

続きまして、16ページ、高齢者についてでございます。今後、高齢者人口や高齢化率の上昇が見込まれる中、がん患者を含む高齢者の在宅療養の需要の増加が見込まれております。

こうした中で、これまで取り組んできた、拠点病院を中心とした地域の医療・介護関係者との連携体制の構築の推進を図るとともに、高齢患者の意思決定支援としてのアドバンス・ケア・プランニング、ACPの普及啓発や、医療・介護関係者向けに研修を実施しまして、理解促進と対応力の向上を図っていききたいと考えております。

続きまして、17ページにお進みください。ここからは基盤の整備でございます。

日本でがんと診断された全ての人の診断・治療情報と死亡情報のデータをまとめました全国がん登録と、がん医療を行う病院を中心として情報を登録する院内がん登録の2つがございます。

これらはどちらも更なる精度向上と利活用の推進を図っていく必要があるため、今後の方向性としましては、引き続き研修会等の実施を進め、質の向上を図っていきたいと考えております。

○坪井健康推進課長 最後、18ページでございます。基盤整備のうち、がん教育の推進及びあらゆる世代に対するがんに関する正しい理解の促進というところでございます。

学校教育におきましては、学習指導要領に基づきまして、小学校、中学校、高校のそれぞれの授業の中で指導が行われているところでございます。

児童生徒以外の世代に対しましては、区市町村での健康教育等の場で正しく理解促進が行われているという状況でございます。

まず、上段が学校におけるがん教育の推進というところでございますが、学校におけるがん教育におきましては、外部講師であったりですとか、あと、がん教育のリーフレット等を活用しながら、がん教育が実施されているところでございます。

今後の方向性でございますが、こうしたリーフレット等を活用しながら、引き続き実施していくのと、教員に対しましても講演会等で指導力の向上を図っていくというところでございます。

目標、指標につきましては、教育等、あらゆる世代に同じものを設定してございまして、目標といたしましては、都民のがんに関するリテラシーの向上というところでございます。

評価指標といたしましても、一番上のがんが治る病気であるというところの認知度を聞いてございましたが、検討の過程で、もう少し幅広くというようなご意見もございましたので、その他、早期発見による治療可能であるですとか、治療しながら働くことは可能であるといった指標も、今回追加をしております。

下段があらゆる世代に対するがんの正しい理解の促進というところでございます。

先ほど申し上げましたように、区市町村によってがん教育が実施されているところでございますが、都におきましても、都民向けに普及啓発を行っているところでございます。

また、区市町村への支援や都におきましても様々な媒体、ホームページも含めて発信していくこと、職場での健康の理解促進等も図っていくというところでございます。

評価指標は上記と同じになります。

がんのパートにつきまして、説明は以上でございます。よろしく願いいたします。

○伏見部会長 ご説明をありがとうございました。

東京都がん対策推進協議会がん計画推進部会の佐々木部会長からの補足の説明等はございますでしょうか。お願いします。

○佐々木部会長 特に付け加えることは余りないですが、一番気になるのは、相談支援センターの部分です。患者さんあるいは家族の人が、「がん」と言われて、頭が真っ白になるというのは誰も同じことだと思います。そのため、がん相談支援センターをいかに活用してもらえるかどうかということで、東京都のポータルサイトでもいろいろ出したりはしているところですが、相談支援センターに気軽に足を向けて、何でも相談に乗ってもらえ

るんだというところを、より一層周知してもらいたいと思います。

○伏見部会長 ありがとうございます。

続いて、予防・早期発見・教育ワーキンググループから中山ワーキンググループ長、補足説明等をお願いしますでしょうか。

○中山WG長 今日お示しさせていただいた資料につきましては、実は先月の23日にワーキンググループが開かれまして、それなりにいろいろと意見、質疑応答がありまして、それは反映できていない部分があります。

意見が特に集中したのは、喫煙に関するようなところでありまして、喫煙率が低下しているとはいうんですが、実際は加熱式タバコに切り替わっただけで、それを「禁煙した」と回答している人がかなりいるのではないかという話がありました。

それから、間接喫煙に対しての指標とかも、国が出しているものを今そのまま張り付けているだけですが、そのあたりで都独自のものがないかということは、今まだ検討している最中ですので、また今後検討が進みましたら、追加したいと思います。

○伏見部会長 ありがとうございます。

続いて緩和ケアワーキンググループ、松本禎久ワーキンググループ長から補足説明等をお願いしますでしょうか。

○松本禎久WG長 松本でございます。特に大きな補足はないですが、がんの緩和ケアにおいても、患者さんがお住まいの地域にいかにか、移行といいますか、そこで安心して過ごせるということがテーマになっております。

ですので、拠点病院や緩和ケア病棟での緩和ケアを充実させつつ、地域で連携をどうするかというところが大事かと思っております。

○伏見部会長 どうもありがとうございます。

続いて、AYA世代がんワーキンググループ、松本公一ワーキンググループ長から補足の説明等をお願いしますでしょうか。

○松本公一WG長 松本でございます。小児・AYAワーキングにおきましては、成人との連携というのは非常に大きく取り上げられておりました。

それで、6ページにありますように、例えば、がんと診断されるまでに受診した医療機関の数というのが評価指標になってはいるんですが、だからといって、大きな病院に最初からかかればいいのではないかという問題とは違うということです。

字面だけでいくと、少なければ少ないほうがいいということになると、大きな病院にかかればいいという、誤った認識が出る恐れがあるということで、そこを丁寧に説明する必要があるのかと思っております。

あと、第4期がん対策推進基本計画では、誰1人取り残さなくて、小児がんの長期フォローアップということも非常に重要視されておりますので、これもぜひ東京都でもクローズアップしていただければと考えております。

私からは以上ですが、がん教育のことにに関して、今聞いておりましたら、「がんは早期発

見により治療が可能である」ということでした。

まさにそのとおりですが、小児がんの場合というのは、早く見つけても治る確率が変わらないので、もしこの考えがすごく広がってしまうと、お母さんたちが、例えば1か月、2か月発見が遅れたからということでも悩まれることも多いと思うんですね。

そのあたりも少し丁寧な説明が必要かと考えました。

○伏見部会長 ありがとうございます。

続いて、就業支援ワーキンググループ、内田ワーキンググループ長から補足の説明等がございますでしょうか。

○内田WG長 非常にコンサイスにまとめていただいて、特別にはございませんが、まとめますと、先ほど佐々木委員がおっしゃったように、がん相談支援センターにどうやってつなぐかというところが1つです。

もう既にいろんなグッズが準備されているにもかかわらず、なかなか“びっくり退職”みたいなのがまだ2割ぐらい残っているということです。

その点に関しては、担当医、診療部門がその場でしっかり説明できるように、簡単なリーフレットみたいなのを準備したらいいのではないかなというような、具体的な話がございました。

あとは、両立支援ですが、就労しながら治療と会社の勤めをどうやって両立するかというところで、就労支援のコーディネーターであるとか、社労士さんとか今すごく活躍いただいていると思うのですが、一つ非常に興味深い意見としては、患者さんにかなりフォーカスが当たっていますが、病気の患者さんの家族、特に先ほどの松本先生の領域のような小児の子供の患者さんのご家族とかの就労支援とかいうところも重要ではないかという意見がございました。

就労に関しては、患者さんと会社側にいろんな情報提供をするということと、もう一つは、そういう活動を都民にしっかりアピールすることも、病気になる前の人たちにアピールするのも重要ではないか思います。

そうすることで、いろんな施策の実効性が増すのではないかなという話し合いがもたれました。

○伏見部会長 どうもありがとうございます。それでは、事務局から説明についてご意見ご質問のある方はお願いいたします。

石川委員、お願いいたします。

○石川委員 石川です。今回の話を聞いている中で、ご専門の方も多いと思うんですが、今後注目していただきたいと思っていることがございます。

女性のがんに関しまして、東京都の場合は、まだ30代、40代、50代の女性の人口が大きく減少しているということがないので、余りクローズアップされないのですが、全国的には、女性がんの発生数というのは、今後かなり大きく減少しているということが想定されています。

今後、小児とAYA世代だけではなくて、30代から40代程度の女性若年層に関する婦人科系のがんに関する検診、あるいはそうなられた患者さんへのご家族、特にお子様も含めてサポートというのが、重要になってくるんじゃないかと考えております。

今回の地域医療計画の中では、まだなかなか具体化できないかもしれませんが、例えば、本日の資料の7-1の4ページにある、がんの二次医療のところで、どちらかという、受診率向上といいますと、高齢者のがん患者さんの検診の増強であるとか、あるいは職域という話が出てくるんです。

しかし、小中学校を中心としてアプローチをしていきますと、乳がん、子宮がん、卵巣がん等の若年発症の婦人科系のがんに対してアプローチすることが、かなりできるということがありますので、もし可能であればそういった要素も今後ご検討していただければと思っております。

同時に、AYA世代でヤングケアラー問題もありますが、その前の小中学校ないしは高校生ぐらいまでの間で、母親ががんになられた方の場合のサポートをどうするのか。中には実は私の身近な例ですが、シングルマザーでかなりの進行の乳がんになって、非常にソーシャルのサポートが必要になったという事例もありますので、ご検討いただければと思います。

○伏見部会長 ありがとうございます。事務局、何かありますでしょうか。

○坪井健康推進課長 がんの検診につきましては、特にそういった女性の、例えば若年女性等も踏まえた形で重点的に普及啓発を行っていきたいと考えております。

また、小中学校の婦人科系のがんへのアプローチにつきましても、教育部局とも連携の上で検討してまいりたいと思います。ありがとうございます。

○伏見部会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○道傳地域医療担当課長 続きまして、AYA世代のがん患者さんのご家族へのシーンにつきましては、スライド14のところの小児・AYA世代に特有の患者家族支援の事業のところにも記載させていただいております。

そうした子供を抱える家庭において親ががんになった場合、こちらでの課題としては子供を預けられる環境の話とか、心のケアといった話を記載をさせております。

いずれにしても、こういったところについては相談支援センターが窓になりながら、必要な支援につながっていくということが大事と考えておりますので、いただいたご指摘等を踏まえて検討したいと考えております。

○伏見部会長 どうもありがとうございます。

ほかにご意見、ご質問等がありますでしょうか。

よろしいでしょうか。それでは、次の議事に進みたいと思います。続きまして、精神疾患について事務局より説明をお願いいたします。

○佐藤精神保健医療課長 福祉局障害者施策推進部精神保健医療課長の佐藤でございます。

よろしく願いいたします。

それでは、資料の8—2を中心に精神疾患に関してご説明をさせていただきます。

精神疾患につきましては、第7次計画では、日常診療体制、精神科救急医療体制、そして地域生活支援体制ということで、3本の柱で構成してございました。

次期の計画につきましては、資料にありますとおり、4本柱で考えて検討していますので、それぞれにつきましてご説明をさせていただきます。

まずこの柱の1でございます。「地域で安心して暮らせる体制づくり（地域包括ケア）」でございます。

これまでの取組といたしましては、都民向けの普及啓発や保健医療圏域ごとの関係機関同士の連携体制の構築、地域移行、地域定着の取組、それから未治療や治療中断の方に対する訪問支援などを実施してまいりました。

課題でございますが、課題の骨子検討シートですが、1—1から1—4まで4つで整理しております。

まず、1つ目の課題でございますが、都民への普及啓発相談対応を充実するというところでございます。

精神疾患はいうまでもなく、早期に発見し、早期に治療につなげるということが重要です。

精神疾患や精神保健医療に対する偏見、理解不足により、病院にすぐにはからないというような判断をしてしまい、受診が円滑に進まないということがございます。

そのための取組といたしましては、精神疾患や精神保健医療に対する誤った解釈などが生じないように、引き続き都民に対して正しい理解を促進するための普及啓発を実施するとともに、都民一人一人が正しい知識と理解を持って、メンタルヘルスの課題を抱える家族や同僚などに対しても、よき支援者となれるような普及啓発の実施を検討していきたいと思っております。

2つ目の課題でございますが、支援が必要な人を支える地域の関係機関の連携体制の充実でございます。

精神障害者や精神保健に課題を抱える方が、地域で安心して暮らしていくためには、身近な地域での医療、障害福祉や介護、その他のサービスを切れ目なく受けられる体制の整備が必要です。

そのために圏域ごとの地域連携会議や症例検討会の開催などを引き続き実施してまいります。これにより、地域の課題を共有し、日頃の患者さんの紹介や関係機関同士の相談などを円滑にすることで、さらなる連携が進むよう事業を行ってまいります。

3つ目の課題でございます。精神科病院から地域生活への移行及び地域定着に向けた取組となります。

入院患者さん本人や家族の高齢化により、地域生活に移行することがより困難な人への支援、それから入院患者が退院後に医療、福祉、介護、就労支援など包括的な支援を、継

続的かつ確実に受けられる体制の整備が求められます。

そのための取組といたしまして、地域の関係機関が連携した退院支援をよりいっそう進めるため、地域移行コーディネーターの取組やピア・サポーターの活用などを推進してまいります。

また、地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築に向け、区市町村の取組の支援の強化を検討してまいります。

4つ目の課題です。地域生活の継続に向けた取組となります。

未治療や治療中断等のため、地域の生活に困難を来している方、これらの方への訪問支援に取り組む区市町村は増加傾向にございますが、8050問題やいわゆるゴミ屋敷の問題など、より困難な課題に直面するケースも多く聞かれ、支援の充実が求められているところです。

そのために区市町村による訪問支援の取組を支援するとともに、困難なケースに対しては、都に3か所ございます都立精神保健福祉センターのアウトリーチ支援を引き続き行うことなどで、地域生活の継続を図っていきたくと考えています。

以上が「柱の1」「地域で安心して暮らせる体制づくり（地域包括ケア）」の説明です。

「柱の2」になります。「緊急時に必要な医療につなぐ体制づくり（救急医療）」でございます。

精神科救急に関する取組といたしましては、措置入院のための指定病院の確保や夜間休日における精神科救急情報センターでの受療相談、早急な治療が必要な方の精神科医療機関受診体制の確保を行っております。

精神身体合併症への対応といたしましては、夜間や休日に身体疾患を併発した精神科患者さんに対し、迅速かつ丁寧に対応する医療機関の確保などを行っております。

また、災害発災時における災害時精神科医療提供体制を整備するために、東京DPATの体制整備や、災害拠点精神科病院及び災害拠点精神科連携病院の指定を進めてまいりました。

課題でございますが、2-1から2-3ということで3点で整理しております。

1つ目でございますが、精神科救急医療が必要な患者さんをより確実に適切な医療につなげる仕組みの検討となります。

近年、精神症状の多様化・複雑化が進んでおり、精神科救急医療が必要な患者さんを適切な医療につなげることが困難なケースが増えています。そのために既存体制における課題を抽出し、必要な取組の検討や見直しを図ることで、より適切に精神科治療が可能となるよう、精神科救急医療体制の整備を進めてまいります。

2つ目でございますが、精神身体合併症救急患者の円滑な受入に向けた検討でございます。

精神症状により、一般の診療科での診療がなかなか困難な合併症患者さんにつきまして、いかなる精神症状や身体疾患であっても適切な治療ができるよう、精神科医療機関の確保

が求められています。

そのための取組といたしましては、夜間や休日に身体疾患を併発した精神科患者さんに対する合併症対応医療体制の整備を進めてまいります。

さらに新興感染症等が発生した場合でも、適切な身体合併症医療を受けることができるよう、感染症対策に配慮した受入体制の整備についても進めてまいります。

3つ目です。災害時における精神科医療体制の整備でございます。

発災時の医療体制の多くは整備されておりますが、今後は被災患者の病態の把握、受入医療機関との調整等、より実際を想定した受入体制整備を進めていく必要があります。

そのための取組といたしまして、東京DPATや災害拠点精神科病院、災害拠点精神科連携病院の訓練や研修を通じまして、災害時の東京DPAT活動や患者受入体制等の強化について進めてまいります。

また、災害時や新興感染症に対するため、関係団体等との具体的な連携や支援の内容についての検討を進めてまいります。

以上が柱の2の「緊急時に必要な医療につなぐ体制づくり(救急医療)」の説明でございます。

次に、「柱の3」です。従前、個別課題として整理していたものを柱としてまとめております「多様な精神疾患への対応」です。例えば、個別対応としていたうつ病や依存症、発達障害などがございますが、これらを改めて1つの柱として位置づけてございます。

例えば摂食障害、てんかんなど、近年、より注目されるようになった課題もございます。

特に摂食障害などに関しましては、若い世代を中心に発生が懸念されておりますが、より高齢の方や男女問わずなるとも言われており、より具体的な議論を進めるところでございます。

このような形で多様な精神疾患に関して、柱の3として、1本立てまして、きちんと議論を進めていきたいと考えています。

「柱の4」でございますが、「精神科病院における虐待防止等に向けた取組の推進」でございます。

医療機関の従事者における精神障害者の虐待行為はあってはならないことは、言うまでもありません。精神科医療機関におきましては、虐待行為の発生防止や早期の発見、再発の防止に向けた取組を行っているところですが、皆さんご存じのとおり、虐待事例が発生しているのが現状でございます。

令和6年4月1日施行の改正精神保健福祉法では、精神科病院における虐待防止措置や虐待を発見した者からの都道府県への通報が義務化されることになりました。これを踏まえまして、虐待防止に関する取組を、新たに保健医療計画に盛り取り込むことしたいと考えています。

課題ですが、1つ目として精神科病院は外部の目が入りづらく、閉鎖的な側面もあると言われていたところがございますが、そのことが患者への虐待が発生しやすい要因となる

というようなことが言われております。

そのための取組といたしまして、医療機関の外部の方との面会交流が途絶えやすい入院者として、区市町村長同意の医療保護入院により入院した患者さんなどに対し、医療機関の外の第三者が訪問して傾聴したり、情報提供などをしたりすることが、今回の法改正を機に国によって設けられます。都ではこの「入院者訪問支援事業」の実施等を検討して参ります。

2つ目ですが、近年の虐待事案の発生により、精神科病院における一層の人権擁護に対する意識の向上、組織風土の醸成などが求められています。

そのための取組といたしまして、精神科病院の職員を対象とした研修を行い、患者の人権意識向上や虐待が発生しにくい組織、風土づくりに向けた取組の支援を行います。

3点目です、患者さんへの虐待が疑われる事案が発生した場合に、速やかに必要な対応を行うための体制整備が求められています。

そのため、都といたしましては、今回の法改正を機に、虐待に関する専用の通報窓口を設置して、虐待が疑われる事案の早期発見を図るとともに、速やかに通報に対して事実確認等を行うための立入り検査を行うなど、指導監督を強化していきたいと考えてございます。

以上柱の1から4ということで、4本柱で今回まとめてございます。

以上が精神疾患の骨子のご説明です。よろしくお願ひいたします。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

東京都地方精神保健福祉審議会の加藤会長から補足の説明等はございますでしょうか。

○加藤会長 今説明をいただいたとおりです。

第8次の医療計画策定では、従来3つに分かれていたものを、第1と第2という形で2つにまとめて、第3で多様な精神疾患ごとの医療体制の整備をするという形にしたことが一番大きいかと思ひます。

もう1つの第4の虐待については、新たにそういうのが発見された事案があるために、それに対して何ができるかということを取り上げているかと思ひます。

第3の多様な精神疾患ごとというのに、ここの中では統合失調症も入っていますが、これから議論していけばいいと思ひますが、統合失調症は第1と第2で常に中心になっている精神疾患であります。

第3はそれ以外ということになっていて、私が東京都発達障害者支援センターの成人部門の責任者をしており、関係もあるんですが、特に発達障害者については、かなり急激に増えている関係もあって、これから充実させていかなければいけないのではないかと思ひている次第です。

細かい肉付けはこれからだと思ひますが、よろしくお願ひします。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

それでは、事務局の説明についてご意見、ご質問のある方はお願ひいたします。

田邊委員、お願いします。

○田邊委員 東京精神科病院協会の田邊でございます。今ご説明にありましたように、今までの第7次までの3本柱から4本柱に変わりました。

多くの項目は第7次から引き継いで、それを進歩させ、グレードアップさせたものと解釈しております。

特に精神科の救急医療の部分で、常時対応型という、重度の精神科疾患の方でもすぐに入院に対応できるというものと、身体合併症につきましては、診療報酬上の加算がつくことになっていきますので、体制の整った病院は恐らく手上げをしてくるものと思われれます。その数は最初は多くないかもしれませんが、増えていくものと思っております。

そして、今回4本目の柱で虐待防止というものが立てられましたが、これは精神科病院を運営するものとしては大変不名誉な内容かと思いますが、全国的にも東京都内でも虐待の事案が実際に発生しております。

ただ、精神科病院で虐待が度々起こっているものと勘違いされないように伝えてゆきたいと思っております。多くの精神科病院は、本当に真面目に患者さんのケアをしておりますのでここに伝えたいと思っております。

この虐待防止に関しては、令和6年4月からということになっていますが、もう既に一部の病院では虐待防止の研修を始めており力を入れはじめております。

その中で、患者さんからの相談は病棟で受けるとか、意見箱を使うとか、あるいは患者の相談窓口で電話するとかという方法があるのですが、先ほどの説明にもございましたが、精神科病院の医療従事者に虐待を通報する義務が課されるということになりましたので、その通報窓口をぜひ人的にも相談がきちんとできるような体制を、東京都にはつくっていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしく申し上げます。

○伏見部会長 ありがとうございます。事務局、いかがでしょうか。

○佐藤精神保健医療課長 まず精神科救急でございます。先生のおっしゃるとおり、診療報酬の5年度の改定におきまして、いわゆる常時型というものが設けられています。

これは精神科救急、24時間365日、緊急の患者さんをしっかり受けられる体制を整える病院を常時型病院ということで、都道府県で指定し、緊急の対応に当たっていただくということでございます。

田邊先生がおっしゃるとおり、数としては最初から多くの病院を指定することはないと思いますが、体制が整った病院を指定していくため、準備を進めてまいりたいと思っております。

そして、虐待につきましても、今回都内で事案が起きたということ踏まえまして、先ほど通報窓口ということをご説明させていただきました。

今相談という話をいただきましたが、どういう場合が虐待に当たるのかとか、現状、スタッフの方もいろいろお困りになることもあるかと思っております。そのような相談にも対応できるような形を含めて、体制整備につき検討してまいりたいと思っております。ありがとうございます。

いました。

○伏見部会長 ありがとうございます。

佐々木委員、お願いします。

○佐々木委員 教えていただきたいんですが、今の精神科救急のところ、救急患者さんの1割ぐらいが精神科の患者さんという話がございしますが、どのぐらいの受入体制を見込んでいるのか、あと、現在どのぐらいの充足をしているとか、分かったら教えてください。

○伏見部会長 事務局、お願いいたします。

○佐藤精神保健医療課長 そのタイミングやその地域によって、厳しいときと比較的充足されるようなときがあるので、数字という意味では、今すぐ持ち合わせていないんですが、地域的な状況で、東京の精神科病院は西に比較的多くございまして、どうしても区部のほうでの対応が厳しい状況もございまして。

救急の需要がタイミングで重なる部分があったりしますので、都立の4病院等が連携しましてどんなときでも対応できるように、加えて、救急で入った患者さんを後方の病院に転送する仕組みを含めまして、緊急の対応及び体制整備について検討していきたいと思っております。

○佐々木委員 了解しました。

○伏見部会長 どうもありがとうございます。

野月委員、お願いします。

○野月委員 なかなか精神科の病院が、第三者が入りにくい環境にあるというようなお話がありましたが、立入り検査とかいうのではなく、第三者評価などを進めていくというようなお考えはいかがでしょうか。

○伏見部会長 事務局、お願いいたします。

○佐藤精神保健医療課長 ご意見ありがとうございます。現時点でまだ第三者評価などの検討は特段行っていませんが、先ほどご説明した入院者訪問支援事業等を通じて、外部の方と患者さんが接することで、病院においても、開かれた精神科病院ということをしつかり説明していける、そういう体制づくりを進めていければと考えております。

○野月委員 ありがとうございます。

○伏見部会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。それでは、次の議事に進みたいと思います。次は、認知症について事務局から説明をお願いいたします。

○小澤認知症施策推進担当課長 高齢部の認知症施策推進担当課長の小澤と申します。資料の資料9-1でございまして、認知症につきましては、柱が5点ございまして。

まず1つ目が、認知症の人の増加への対応ということでございまして。

現状のところ、12年度には約57万人に増加すると見込んでございまして。

また、今年の6月に認知症基本法が成立、公布されたところでございまして。

こういった状況を踏まえまして、課題としては3点掲示してございまして、関係機関と

連携して認知症施策を総合的に推進するという、理解促進を進めていくということ、それから、ご本人が希望や必要としていること等を自らの言葉で語る、といったところを課題としてございます。

取組といたしまして、今後の方向性のところでございますが、認知症施策推進会議という会議体を持ってございます。こちらで検討していくということ、それから普及啓発を実施していくということ、「とうきょう認知症希望大使」からの情報を発信していくということを掲げてございます。

評価指標につきましては、現在検討中でございます。適切な指標の設定というのを検討してまいります。

2番目の柱は、専門医療の提供体制の確保というところでございます。

認知症疾患医療センターが今都内に52医療機関ございます。また、島しょなど、センターの未設置地域では、板橋の健康長寿医療センターに設置しました認知症支援推進センターが支援を実施してございます。

それから、認知症支援コーディネーターを、区市町村が配置する場合に支援してございます。

それから、認知症アウトリーチチームが初期集中支援チームの活動を支援してございます。

それから、認知症サポート医の情報を、東京都として周知してございます。

課題といたしましては3点、認知症の専門医療を提供できる体制の整備、それから新たな認知症疾患修飾薬ということで、「レカネマブ」の承認が見込まれてございますが、こちらの検査体制や副作用に対する対応するための体制の整備、また、島しょ等の未設置地域での支援の充実というところが課題でございます。

取組といたしましては、認知症疾患医療センターにおける専門医療の提供、それから連携、また「レカネマブ」に対応可能な医療提供体制の整備、そして島しょ等の未設置地域の支援というところでございます。

また、適時・適切な支援というところで、早期に医療や介護のサービスにつなげる取組、初期集中支援チームの活動の支援というところを上げてございます。

柱の3本目でございます。適切なケアの実施というところでございます。

こちらは人材の育成の関係でございます。サポート医の養成研修の修了者が1,668人かかりつけ医認知症研修の修了者が6,918人というところでございます。

現時点で介護従事者ですとか、医療従事者、サポート医等、研修を都として実施してございます。

課題といたしましては、3点掲げてございますが、医師や看護師等の医療従事者の育成、それから医療・介護従事者や関係機関の連携、そして認知症サポート医の活動のさらなる活性化というのを掲げてございます。

取組といたしましては、研修事業を引き続き実施していくということと、認知症サポー

ト医の活動の活性化を掲げてございます。

柱の4点目は、地域全体で支える環境の整備ということと、若年性認知症への対応でございます。

こちらは何らかの認知症の症状を有する高齢者の51.6%が居宅で生活していること、若年性認知症の人が都内に約4,000人と推定されるということでございます。

これまで関係機関と連携支援ですとか、認知症カフェの設置支援等、また認知症サポーターの活動の促進、キャラバンメイト養成研修、チームオレンジのコーディネーターの研修などを実施してまいりました。

若年性認知症については、都内2か所に総合支援センターを設置してございます。

また、企業向け研修会や事業者向け研修会を実施してございます。

課題といたしましては3点提示してございます。地域における認知症対応力の向上ですとか、介護者の支援の充実、それから全国市町村でのチームオレンジの整備、それから若年性認知症の方への支援の充実でございます。

取組といたしましては、1点目が地域づくりの推進でございます。認証地域支援推進員の支援ですとか、チームオレンジの整備に取り組む区市町村への支援を上げてございます。

若年性認知症施策につきましては、都内2か所の若年性認知症総合支援センターの取組の充実、それから区市町村への支援というのを掲げてございます。

最後に柱の5番目は、認知症予防の必要性と認知症に関する研究でございます。

こちらにつきましては、世界初の認知症疾患修飾薬の「レカネマブ」の承認が、アメリカに続きまして日本でも見込まれてございます。

取組といたしまして、認知症検診に取り組む区市町村支援、初期段階からの継続的な支援の取組を推進する区市町村の支援、それから日本版BPSDケアプログラムの普及、区市町村での認知症予防の取組の支援、それから電気通信大学との連携ですとか、健康長寿医療センターに設置し実施しております認知症未来社会創造センター（IRIDE）の取組等を実施してまいりました。

課題といたしまして、引き続き認知症予防の必要性と認知症に関する研究ということも掲げてございます。

初期から中・重度までの段階に応じて適切な支援が受けられる体制の構築、それから認知症検診推進事業につきましては、早期診断、早期対応のさらなる推進に取り組むということ、それから認知症ケアプログラム推進事業の一層の推進、それから「IRIDE」でのさらなる研究の推進というのを掲げてございます。

取組といたしまして2つ、認知症の発症や進行を遅らせるための取組の推進、こちらでは機能強化を図る区市町村の支援、認知症検診の推進、適切な支援が受けられる体制づくりの推進を掲げてございます。

認知症に関する研究の推進につきましては、引き続き健康長寿医療センターにおけるAI等を駆使した新たな認知症予防法の取組を推進する研究の推進、都民・社会への還元と

いうのを掲げてございます。

認知症につきましては以上でございます。

○伏見部会長 ありがとうございます。

東京都地方精神保健福祉審議会の加藤会長、補足の説明等はございますでしょうか。

○加藤会長 認知症に関しては、恐らく「レカネマブ」が上梓されますので、早期の予防とか検診のシステムづくりが、具体的に第8期では問題になってくるだろうと思いますが、まだ私はそれが専門でもないこともあって、十分分かっていません。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

それでは、事務局からの説明についてご意見、ご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。

田邊委員、お願いします。

○田邊委員 東京精神科病院協会の田邊でございます。私のところは認知症疾患医療センターもやっていますし、自分自身も認知症サポート医でもありますが、その認知症サポート医についてです。

東京都として養成する人数の目標があるのかということと、サポート医の活用というところがありますが、それをどのようにお考えなのかというのがもしあればお聞かせいただければと思います。

○伏見部会長 事務局、お願いします。

○小澤認知症施策推進担当課長 田邊先生、ありがとうございます。サポート医につきまして人数の目標というのはありません。

サポート医の活動の活性化については、東京都のホームページ「とうきょう認知症ナビ」で、今サポート医の方たちの活動の状況を公表しております。

その中で、地域で実施される活動の取組状況の見える化を、取組として実施しておりますが、東京都医師会でサポート医連絡協議会というのを持っていていただいておまして、東京都医師会さんとしてもサポート医が地域で活躍されることが非常に重要だという見解をお持ちいただいております。

東京都医師会連携しながら一層の活躍促進を図っていきたいというのが、東京都の考えでございます。

○田邊委員 続けてよろしいでしょうか。東京都医師会の認知症サポート医連絡協議会は、私も参加していますが、そこで2年前に取ったアンケートがあって、「認知症サポート医の制度が十分に活用されていると感じますか」という質問をしたところ、8割の方が「そう思わない」と回答していました。

さらに、「そう思わない」と言っている人の意見としては、「サポート医自体が地域社会に認知されていない」とか、「サポート医の役割が明確でない」とおっしゃっていますので、養成するときにその辺の役割とかをきちんと教えるということとか、地域に戻って活躍できるような体制を支援していただけたらと思っておりますので、どうぞよろしくご

たします。

○伏見部会長 事務局から、お願いします。

○小澤認知症施策推進担当課長 田邊先生、ありがとうございます。ご意見を踏まえまして検討してまいりたいと思います。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

川島委員、お願いいたします。

○川島委員 私、品川区の自分の事業所で認知症カフェをやっています。

実はコロナの時期に認知症カフェがかなり中止になっていて、どこもやっていないということで、品川区から要請を受けたことで始めました。

もちろん、認知症の方もお越しになるんですが、介護なさる方に限らず皆さん、そちらにお集まりいただいているということでやっていたら、お医者様、歯医者様、訪問看護師さん、薬剤師さん、いわゆる医療の専門職の方が、毎回こちらにお越しになるようになりました。

もちろん、認知症カフェというのは助成金が微々たるものですが出ていまして、本当にお越しになったときに、せつかく専門職の先生方がお越しになるので、「お話をしてください」ということでお話しいただいたとき時に、「少しばかりですが品川区からお金が出ますので」ということでお渡ししてやっています。

私のところは結構いらしているんですが、今回のように認知症サポート医という先生がいらっしゃるんですしたら、ぜひともそういう先生につなげたいと思っていますので、そのあたりも東京都で取り組んでいただけたらと思っています。よろしくをお願いいたします。

○伏見部会長 事務局、お願いいたします。

○小澤認知症施策推進担当課長 確かに地域の認知症カフェと医療機関だったり専門の方々、またサポート医の方々と連携するというのは、非常に大切な話だと思います。

ご意見を踏まえて検討してまいりたいと思います。ありがとうございます。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

○田邊委員 東京精神科病院協会の田邊ですが、続けてよろしいでしょうか。

○伏見部会長 どうぞ。

○田邊委員 認知症検診に関してですが、私のいる練馬区でも実施されているのですが、非常に受診者が少なくて苦勞しているところであります。

東京都では、この認知症検診を、ほかの区はやってないところもあると思いますが、広めていくという何か目標数があるのかということと、この認知症検診が、先ほど説明にありました疾患修飾薬を使用できる方を見いだすという意味で、今後大事になってきますので、どうか宣伝とか普及活動に力を入れていただいて、受診者が増えるような施策をとっていただければと思いますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

○伏見部会長 事務局、いかがでしょうか。

○小澤認知症施策推進担当課長 田邊先生、おっしゃるところは非常に重要だと思います。

しっかりと踏まえて検討してまいりたいと思います。ありがとうございます。

○伏見部会長 ありがとうございます。

宮川委員、お願いいたします。

○宮川委員 東京都薬剤師会の宮川です。私ども薬剤師におきまして、認知症の対応力の向上研修ということで、意思決定支援等ができるように、引き続き対応力の向上を図っていく研修を行っていくということがあります。

一方で、薬物治療についても、適切に行われないうえに、BPSDが悪化したり、本人や家族の負担が大きくなってしまおうということを見ると、専門的な薬学的管理が行えるような人材の育成も必要なのではないかと考えているところでございます。

また、それがしっかりと育成ができていくと、先ほど田邊先生がおっしゃったように、早期予防ということから、薬局の店頭での声かけ、早期に発見できるような、もしくは検診の声かけ啓発ができるような働きかけもできるのではないかと考えています。

このあたり、今後の方向性として人材の育成というのがありました、そこに含まれていると考えてよろしいでしょうか。

○伏見部会長 事務局、お願いいたします。

○小澤認知症施策推進担当課長 宮川委員、ありがとうございます。薬剤師会には本当に研修の実施というところで、多大なご理解、ご協力いただいて、広く実施していただいておりますし、また、地域の薬剤師の皆様非常に興味高く実施していただいております。

今お話のところ、薬物療法、適切な治療によるBPSDの影響というお話と、地域での早期の対応と2点の話をいただきました。

いずれも非常に重要な観点で、これまでも人材育成の中で非常に重要だと考えて実施しておりましたが、新しい基本法の考え方においても、ますます重要になってくる考え方と考えておりますので、薬剤師会ですとかその他の医療従事者を対象とした研修で、引き続き力を入れてまいりたいと考えてございます。

○宮川委員 ありがとうございます。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

佐々木委員、お願いします

○佐々木委員 東京都医師会理事の佐々木です。先ほどから認知症サポート医の話が出ていますが、私の地区医師会からの立場からすると、地区医師会でもなるべく増やそうということで、どんだんうちの医師会でも増やしてきました。

ただ、皆さんから意見があるように、認知症サポート医が活用されているのかというのに対して、なかなか活用できていないというところもあって、先ほどからお話があるように、東京都医師会で平川副会長、西田理事を中心に、これからその活性化を進めていこうというところでございます。

地域によっては、例えば、地域包括支援センターにサポート医を派遣して、いろいろアウトリーチも含めて活用するとかされているところもありますので、皆さんのご意見をい

ろいろお伺いして、東京都医師会としても活性化を進めていきたいと思っているところで  
す。

持ち帰りましてご意見を承りたいと思います。ありがとうございます。

○伏見部会長 どうもありがとうございます。

川島委員、お願いいたします。

○川島委員 私、品川区で13年ほど介護認定審査会の審査委員をやっておりました。そ  
のときに、7～8年前から確か精神科の先生がかなり審査委員で入られていたと思うんで  
すが、今はいかがなんでしょうか。

認知症サポート医という先生がいらっしゃるんでしたら、積極的に介護認定審査会の委  
員に出ただけいたらと思っていますが、いかがでしょうか。

○伏見部会長 事務局、いかがでしょうか。

○小澤認知症施策推進担当課長 私は、各区市町村の認定審査会の状況は分かりませんが、  
いずれにしても、区市町村とサポート医がつながっていくことは非常に重要だと考えてお  
ります。

地域包括支援センターもそうですし、区市町村と連携を深める必要がありますが、自治  
体側も先生方に声をかけるきっかけがなかなかつかめないということもございます。地域  
の皆様がサポート医の先生方とつながっていくことが非常に重要と考えてございます。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

佐々木委員、お願いいたします。

○佐々木委員 介護認定審査会に認知症サポート医を率先してというのは、僕としては余  
り認識はしていないんですが、基本的には、地区医師会に審査委員の推薦が来ます。

もちろん、その中で認知症サポート医を活用しようということであれば、これからそう  
なっていくとは思いますが、現時点で、だからこそぜひとも入れていこうというのが起  
きていることでは多分ないと思います。これから活躍していきたいと思います。

○伏見部会長 どうもありがとうございました。

ほかにご質問、ご意見等はいかがでしょう。

よろしいでしょうか。

それでは、本日の議事につきましてはこれで終わりかと思えます。事務局でほかに何か  
ございますでしょうか。

○奈倉計画推進担当課長 本日は皆様、長時間にわたり誠にありがとうございました。お  
かげさまをもちまして、円滑な運営ができたかと思っております。

次回の改定部会についてご案内させていただきます。次回、第6回の改定部会は9月1  
1日の月曜日、午後1時からを予定しております。

取り上げる議題としましては、災害医療、新興感染症発生・まん延時の医療、歯科保健  
医療、医療DX、外来医療に係る医療提供体制の確保、人材確保の項目について、個別検  
討を行う予定としてございます。

また項目が多くなりますが、どうぞよろしく願いいたします。

以上でございます。

○伏見部会長 ありがとうございます。

本日は貴重なご意見をありがとうございました。引き続きどうぞよろしく願いいたします。

本日はこれにて閉会させていただきます。ありがとうございました。

(午後6時42分 終了)