

第1回

東京都保健医療計画推進協議会

会議録

平成24年6月5日  
東京都福祉保健局

(午後 2時01分 開会)

○新倉保健医療計画担当課長 それでは、皆様、定刻になりましたので、ただいまから平成24年度第1回東京都保健医療計画推進協議会を開催させていただきます。

議事に入りますまでの間、私、医療政策部の保健医療計画担当課長をしております新倉が、進行を務めさせていただきます。着座にて失礼いたします。

初めに、本日お配りした資料についてご説明いたします。本日の資料は、資料1から資料15となっております。議事の都度、資料についてご説明いたしますので、落丁等ございましたら、その都度、事務局にお申し出いただければと思います。

次に、委員に変更がございましたので、ご紹介させていただきます。お手元配付の資料1、委員名簿をご覧ください。変更のあった委員のみ、ご紹介させていただきます。

最初に、医療関係団体の中で、東京精神科病院協会より長瀬委員でございます。

○長瀬委員 長瀬でございます。よろしくお願いいたします。

○新倉保健医療計画担当課長 続きまして、保健医療を受ける立場の者ということで、東京都国民健康保険団体連合会より加島委員でございます。

○加島委員 加島です。よろしくお願いいたします。

○新倉保健医療計画担当課長 続きまして、関係行政機関でございます。島しょ町村民生部会より佐久間委員でございます。

○佐久間委員 三宅村の佐久間でございます。よろしくお願いいたします。

○新倉保健医療計画担当課長 続きまして、東京消防庁より有賀委員でございます。

○有賀委員 有賀でございます。よろしくお願いいたします。

○新倉保健医療計画担当課長 また、本日欠席ということでご連絡いただいておりますが、変更のあった委員といたしまして、保健医療を受ける立場の者にございます。東京都社会福祉協議会の小島委員。また、関係行政機関ということで、東京都市福祉保健主管部長会の白石委員。また、西多摩郡町村保健衛生課長会の若菜委員につきましても、今回変更となっております。ご都合によりご欠席とのご連絡をいただいております。

次に、委員の出欠状況でございますが、本日は、細川委員の代理といたしまして、豊島区池袋保健所の石原所長にご出席をいただいております。どうぞよろしくお願いいたします。

この他田中委員、山元委員、北澤委員、先ほどお話ししました小島委員、白石委員、若菜委員が、ご都合によりご欠席とのご連絡をいただいております。

なお、こちらの東京都側でございますが、本日は、福祉保健局長並びに福祉保健局技監を初め、事務局を務めております医療政策部、また福祉保健局の関係各部、さらには病院経営本部、教育庁の職員が出席しております。よろしくお願いいたします。

では、議事に入ります前に、福祉保健局長、杉村よりご挨拶申し上げます。

○杉村福祉保健局長 それでは、一言ご挨拶を申し上げます。

橋本座長を初め、委員の皆様方には、本当に日頃から東京都の福祉保健医療行政にご

理解とご支援を賜りまして、まことにありがとうございます。また、本日は大変お忙しい中、24年度の第1回保健医療計画推進協議会、ご出席をいただきまして、重ねて御礼を申し上げます。

この本協議会でございますけれども、今年には保健医療計画の第五次改定の年でございます。そういう意味では、委員の皆様にはこれから大変ご苦勞をおかけすることになります。改めてよろしくお願いを申し上げます。

我々の福祉保健局で所管をしております計画については、この東京都保健医療計画の他に、高齢者保健福祉計画でございますとか、障害福祉計画でありますとか、あるいは次世代育成支援計画といった計画が全部で12ございます。

それぞれの施策について、3年間あるいは5年間という計画期間でありまして、この12の計画が一体となって、福祉保健局が運営をされていることとなりますけれども、その中でも、特にこの東京都保健医療計画につきましては、まさに保健・医療・福祉、その3つの分野を全部網羅している計画です。そういう意味では、この12の中で最も基本的で、かつ重要な計画であると思っております。

特に今回の改定におきましては、既に十分ご承知のとおり、4疾病5事業の中に精神疾患と在宅医療等が追加をされたわけでございますけれども、それ以外に、昨年のも日本大震災を踏まえて、現在、災害医療の分野を集中的に検討しており、そういった部分も明確に位置付けていかなくてはなりません。

あるいは、医療と介護の連携ということで、地域包括ケアが近年言われておりまして、昨年改定をした高齢者保健福祉計画の中では、そういった部分を位置付けているわけでございますけれども、今回の東京都保健医療計画の改定においては、きちんとそういった部分も明確に位置付けていかなくてはならないと思っております。

今申し上げましたように、この東京都保健医療計画については、福祉保健局全体のいわゆる行動計画、行動指針であると同時に、区市町村、我々東京都区市町村の行政としての行動指針の他に、今日の委員の中でも参加をさせていただいております東京都医師会、東京都歯科医師会、東京都薬剤師会、それから東京都病院協会、東京精神科病院協会あるいは東京都看護協会といった、それぞれの医療関係団体のまさに行動指針としても機能していかなくてはならないだろうと思っております。

あるいは、今日も都民代表の委員の皆さんに参加していただいておりますけれども、医療を受ける患者の立場、あるいは介護を受ける方の立場、そういった全ての都民の行動指針でなくてはならないだろうと思っているわけでございます。そういう意味では、この委員会というのは、いろんな課題がたくさんあって、委員の皆様には本当にお世話になるわけでございます。

先ほど言いました4疾病5事業でございますとか、あるいは精神疾患でありますとか、在宅医療でありますとか、そういったものについては、この保健医療計画推進協議会の別のそれぞれの専門の委員会の中で、様々な議論をしているわけでございますけど

も、そういった委員会の議論の成果、あるいは議論の状況について、この保健医療計画推進協議会に全部集約させていただいて、その上で、委員の皆様からいろんな意味でご議論をいただきたいと思っているところでございます。

実質的な議論、あるいは専門的な議論については、河原部会長を初め、部会の先生方、もう既に昨年から4回の改定部会を開かせていただいておりますけれども、その改定部会の中で、大変ハードなスケジュールの中で今検討をお願いしております。いずれにしても、夏ぐらいまでに一定の方向を、ぜひ議論の上でまとめていただければ、大変ありがたいと思っております。

改めて、委員の皆様には本当にお世話になりますけれども、どうかよろしく願い申し上げます。今日は大変ありがとうございます。

○新倉保健医療計画担当課長 それでは、これからの進行を橋本座長にお願いできればと思います。よろしく申し上げます。

○橋本座長 それでは、議事次第に従いましてやっていきたいと思っております。

今、局長から、かなり力強いメッセージがあったように僕は受け取りました。昭和60年に医療法が改正されて、都道府県別の医療計画が策定義務になったわけですが、その当初から東京都にかかわらせていただいている者としては、最初に、この計画は行政計画なのか社会計画なのかという議論がかなりあって、そのころリードをいただいたある都職員の方は「これは社会計画でしょう」という言い方を明確にされていたことを思い出します。杉村局長のお話は、要するに社会計画であるということの念押しをしてくださったように僕は思います。

さて、今日の議事では、次回改定のことについて、少しでも改定部会の報告をいただくこととなりますが、本格的な議論には入りません。ですが、杉村局長のご挨拶を少し念頭に置きながら、今の計画の進捗状況の評価を考えてみたいと思っております。

議事次第に従います。

本日は、保健医療計画の主要事業の取組状況について、時間の関係もございますので、4疾病5事業を中心に事務局より説明していただきます。疾病事業ごとに説明、質疑応答ということで進めたいと思っております。

資料がたくさん付いておりますが、資料12は、その他の事業という資料です。事前にご案内してあるように、説明は省略して、質疑応答のみとしたいと思います。

それでは、スタートいたします。資料3のがん医療の取り組みについて、ご説明をお願いいたします。

○小松崎歯科担当課長 それでは、資料3をご覧ください。がん医療のこれまでの取組についてご説明をさせていただきます。

がん医療対策につきましては、平成20年3月に東京都保健医療計画と整合を図って作成されました東京都がん対策推進計画に基づき、東京都がん対策推進協議会のもとで進行管理を行って事業を進めているところでございます。

まず、質の高いがん医療の提供と地域のがん医療水準の向上を図るため、平成23年4月現在、拠点病院20施設、認定病院14施設の整備を進めてきております。

次に、がんの地域連携クリティカルパスである東京都医療連携手帳については、都内共通で5大がん及び前立腺がんの手帳を作成し、平成22年2月より運用を始めており、23年度はパス部会におきましてこの手帳の改訂作業をいたしました。

次に、相談、情報提供の充実といたしまして、全ての拠点病院・認定病院において相談支援センターが設置されており、休日・夜間の相談事業やピアサポート事業も実施しております。

次に、緩和ケアの充実ということでは、がん診療に携わる医師を対象に、国の指針に沿った医師緩和ケア研修を実施してきており、平成23年度末までに3,170名が研修を修了しております。

最後に、院内がん登録の推進ということでは、駒込病院内に院内がん登録室を設置いたしまして、拠点病院・認定病院のデータ収集・分析を行っております。また、拠点病院・認定病院以外での院内がん登録の実施状況についての調査も実施いたしました。

次に、今年度の事業の予定ですが、国から3月に出された厚生労働省がん対策推進基本計画変更案を踏まえまして、保健医療計画との整合を図りながら、東京都がん対策推進計画の改定を行ってまいります。

がん対策推進協議会のもと、予防・検診・教育で1つ、がん医療・緩和ケアで1つ、相談・情報で1つ、計3つの検討部会を立ち上げまして、9月の初めまでにがん対策推進協議会において骨子案をご協議いただき、11月末頃までには素案をまとめ、その後、パブリックコメント等を踏まえ、3月までに次期がん計画を公表していくスケジュールで、現在改定作業を進めております。

次に、がん医療提供体制の強化といたしましては、平成24年4月に拠点病院24病院、認定病院10病院、合わせて34病院と、5大がん及び前立腺がんの部位ごとに高度な専門医療を提供する協力病院15病院を新たに都が認定し、拠点・認定協力病院が連携をしながら都のがん医療の充実を図っているところでございます。

また、地域連携クリティカルパスであります東京都医療連携手帳につきましては、6月から改訂版の手帳を活用し、さらに連携を進めてまいります。

次に、緩和ケアの充実ということでは、今年度より多摩部1か所、区部1か所の計2か所の地域拠点病院を中心として、緩和ケア連携推進会議を設置し、地域ごとに緩和ケアの研修、症例検討、医療資源情報の把握、医療従事者に対する相談・支援等、地域特性に合った形の取り組みを行い、緩和ケアの医療水準の向上及び緩和ケア提供体制を整備していく事業を実施してまいります。

以上が今年度の主な取り組みでございます。

次のページをお開きください。

東京都保健医療計画で掲げた指標の達成状況でございますが、拠点病院・認定病院に

おける放射線療法、外来化学療法の実施率につきましては、拠点病院・認定病院の指定要件となっております、100%実施率を達成しております。

次に、5大がんのクリティカルパスの整備についても、先ほどもご説明しましたように、全がん共通の東京都医療連携手帳を運用しているところでございます。

年齢調整死亡率につきましては、計画策定時と比べ男性が121.5から109.6、女性が68.9から63.7と、いずれも下がってきております。

説明は以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

この事項、がん医療の取り組みについてご質問、ご意見があればお聞きしたいと思います。よろしゅうございますか。

○永田委員 薬剤師会です。

地域連携クリティカルパスに使用している連携手帳は、6月から運用されているのですが、その改訂版というのはいかなるような形になっているのでしょうか。

○小松崎歯科担当課長 主な改訂のポイントとしましては、今までがん種ごとに若干違っていた形式を統一いたしました。それから、胃がん、肺がんについては、対象となるステージが今まで初期のがんのみ対象としていたものから、ステージの拡大を行いました。文言修正等したものを拠点・認定協力病院に5月中に配布をいたしまして、6月から使っていくことにしております。

○永田委員 いわゆる投薬された薬剤とか、そういったものの記載というものは、この手帳の中にできるのでしょうか。それとも、またそれは別途という意味で考えていいのでしょうか。

○小松崎歯科担当課長 薬局との連携が適宜必要な項目が含まれておりますので、必要であれば手帳の中に書き込むことが可能なようにしてございます。

○永田委員 見本を見せていただき、ありがとうございます。

○橋本座長 他にいかがでしょうか。どうぞ。

○近藤委員 医師会の近藤でございます。5年間の計画ですけれども、今後、2025年のピークの時までのことを考えていくと、東京都と周りの3県、合わせて4都県の高齢の人口がどんどん増えていく中では、がんの有病率も増えてくると。

そうすると、この49の病院が東になっても、それからかかりつけ医と、それから東京都病院協会の病院が一緒になって協力しても、かなり厳しい状況ということが見えてくるので、患者さんとかの生活を支えていく、また仕事に復帰していただくとか、いろいろなまちづくりの視点がないと、これはいわゆるがん難民をつくらぬよう、ありとあらゆることを行っていく必要があるんだなということが見えてきています。

もちろん、緩和ケアに関する研修会でも、病院の医師だけでなく、地域の医師達も受講しやすい形をつくりたいと思っています。

○橋本座長 ご意見として伺ってよろしいですね。

○近藤委員 はい。

○橋本座長 ありがとうございます。

その他いかがでしょうか。

今、都民でがんの発症はどのぐらいの数がボリュームとしてありますか。がんで亡くなっている方はどのぐらいおられますか。

○小松崎歯科担当課長 がんでお亡くなりになる都民の方が年間3万2,000人、罹患者数としては推計で15万8,000人です。

○橋本座長 罹患者数というのは、今、がんで治療をしている人、それともがんを発症する人のどちらですか。

○小松崎歯科担当課長 総患者数です。

○橋本座長 総患者数。発症はどのぐらいですか。

○小松崎歯科担当課長 推定が6万2,000人です。

○橋本座長 やっぱりそんな感じですよ。亡くなる方の倍か、もうちょっと多いぐらいというのが普通の言い方ですので。そうすると、それが循環していくと、いわゆるがんのサバイバーという人たちが毎年3万人ぐらいずつ増えてくる。その人達をどうするかという問題ですよ。そのことと近藤委員が言われたことは、かなり密接に絡んできます。そして、在宅でどうするかまで話が行くのかもしれません。そういうのを少し踏まえた見直しを行っていただいていると思いますが、議論しなければいけないなと思いを聞きました。

あとは、現状では、化学療法が適切な実施方法かどうかというのは、気をつけなきゃいけないと言われておりましたが、がんの化学療法時には、病院側の職員が薬を暴露すると結構大変なことが起こるので、しっかり準備をしなければいけません。そういう準備はされているんですか。

○小松崎歯科担当課長 はい。化学療法室の整備等も、拠点・認定の要件の中に入っております。

○橋本座長 拠点だとか認定だとかということではなく、その他でもおやりになっていますよね、きっと。そこはどこかで見ていますか。評価機構は、認定を受審された病院について、かなりしっかり見ていますが、受審されないと、そもそも見ないので、どうなのでしょう。

1つは職員の衛生問題、環境衛生の問題でもあります。それからもう一つは、化学療法での様々なレジメがちゃんとしているとか、化学療法そのものを行っているだけじゃなく、その質みたいなものをこれからしっかりしていかないと、色々な心配が出てくると思いました。そこは、また議論させてください。

○林委員 がんのところですが、全体では下がっていますが、乳がんと子宮がんでは死亡率が改善されていないのと、それから前立腺がんの目標をどうするかについては、余り議論されていない気がします。それからクリティカルパスの実施率、これは国の厳

しい要件が少し緩和され、東京都としては、その実施率についての、目標をつけたらいいののかも一応検討してもらいたいと思います。

○橋本座長 他はいかがでしょうか。幾つか要望が出されて、がんの治療法も随分進化してきているし、そのことと合わせてボリュームも増加してきているという状況の中で、これから考えなきゃいけないことを幾つか指摘いただいたように思います。

もしなければ、また後で、思い出したらご質問いただければと思います。それでは、次の資料4になりますが、脳卒中医療の取り組みについてご説明をお願いします。

○石毛地域医療担当課長 それでは、脳卒中医療の取組について、資料4をご覧いただければと思います。

これまでの取組状況でございますが、平成20年度に脳卒中医療連携協議会を立ち上げ、救急搬送体制の整備、パスを活用した地域連携体制の整備、それと普及啓発、この3つの切り口から取り組んできたところでございます。

まず、救急搬送体制の整備に関しましては、22年度まで各圏域において、カレンダー方式といって、受け入れが可能かどうかを○×で記載した紙ベースの予定表で動かしていたものを、23年度から東京消防庁の病院の救急端末を活用し、リアルタイムに受け入れの可否を表示する仕組みに変更して、検証を行いました。検証の結果、特段支障はなく、患者の搬送がうまくいっているところでございます。

また、今年の2月でございますが、脳卒中急性期医療機関、それと指定二次救急医療機関を対象にして、救急搬送の実態調査を実施したところでございます。その他、こちらには書かれていないですけども、達成状況とも関連いたしまして、20年度から脳卒中急性期医療機関の認定を行っております。23年度の数字としては、159機関、そのうちt-P A実施医療機関としては、110機関となっております。

2つ目でございますが、パスを活用した脳卒中地域連携体制の整備ということで、こちらにつきましては、標準的なパスを作成し、その普及啓発に努めているところでございます。もう一点、都内には11のパス事務局がございますので、それらの情報交換の場として、脳卒中地域連携パス合同会議を年3回開催させていただいているところでございます。こちらについては、下の表にあるとおり、地域連携クリティカルパスの活用医療機関数ということで、1,012の機関があり、徐々に増加する傾向にあるところでございます。

それと3点目、普及啓発でございます。こちらにつきましては、まず東京都の取り組みとして、21年度に作成したポスター、これを公衆浴場等に掲示する形で普及啓発に努めるとともに、JRの車両のドアにモニターがあると思いますが、それをトレインチャンネルと言いまして、そちらで15秒間ほどの映像を流すとか、圏域ごとに公開講座や講演会等を実施していただいているところでございます。

今後の予定でございますが、まず救急搬送体制の整備に関しましては、昨年度実施した実態調査の結果を分析して、それを報告書ということで取りまとめた上で、今後の



更なる体制の強化につなげていきたいと考えております。地域連携の推進につきましては、引き続きパス合同会議を開催するとともに、圏域別に地域の実情に応じたパスの普及啓発を行っていかうと思っております。

(3) 普及啓発につきましても、引き続き、都民の皆様方への広報に力を割いて取り組んでいきたいと思っております。

脳卒中医療の取り組みについては、以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。

それでは、この事項についての質問、ご意見をお願いします。どうぞ、近藤委員。

○近藤委員 近藤でございます。

脳卒中に関しては、一番大事なポイントは、発症した患者さんが早く病院にかかるということでございます。心筋梗塞と脳梗塞を比べた時に、心臓の細胞より脳細胞の方があつという間に傷むからですけれども、心筋梗塞で特徴の胸痛、胸が痛くて周りも見えない、救急車を鳴らすというところと、寝かしておきましょう、ちょっと様子を見ましょうというところがひっかかります。このトレインチャンネルでの映像、僕も見ましたがけれども、かなりインパクトはあつたと思います。

それから、早く治療を受けることによって、社会復帰率とか要介護の介護保険の申請率、申請する人達を減らすことが目的です。2月に行われた1週間の調査の結果がこれまでとどう違うのかというのは、ちょっと楽しみにしているところでございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

僕はトレインチャンネルをよく見る方ですが、これには遭遇しなかつたかな。

○近藤委員 1週間です。

○橋本座長 なかなかいい動画だったのでしょうか。

○近藤委員 これまでも医療機関にお伝えしたり、やってきたシンシナティの兆候です。

あれをきちんと伝えて、こうあつたら早くかかることと、救急車を呼ぶということがポイントです。

○橋本座長 なるほど。

こういう脳卒中だけではなくて、いい動画があつた時に、トレインチャンネルという商用のコマーシャルベースの広告に載せるという手があつて、それはお金がかかるわけですね。それが終わったら、そのフィルムがどこかにあるだけというのは、ちょっともったいないですね。何か活用方法はないですか。

○石毛地域医療担当課長 こちらの作成した動画につきましては、各圏域にフィードバックをさせていただき、圏域別に取り組んでいただけるように努めていきたいと考えています。

○橋本座長 もっとオープンにするという手はないですか。いいものはちゃんと見られますが、色々な問題があると思います。東京都医師会のホームページに載せるとかはできそうですね。

○近藤委員 確認してみます。

○橋本座長 力のある人達が作っているので、それを限定で使うのはもったいないという気がいたしました。

他いかがでしょうか。どうぞ。

○林委員 脳卒中に関して、死亡率が本当によく改善されているかという評価が余りないようなので、それをちょっと工夫してもらいたいなということと、在宅リハビリの実施率ですが、今、余り進んでいないんです。5年後にはかなり必要になってきますので、その辺のことも検討に入れていただきたいと思います。

以上です。

○橋本座長 その他いかがでしょうか。どうぞ。

○永田委員 在宅リハの関係で、薬物治療というのが、やっぱり不幸にして障害を持たれた場合出てくると思うんです。それに関して、パスを活用した合同会議の中に、薬剤師とか、そういう関係者は入っているのでしょうか。ちょっとすみません、教えてくださいたいと思います。

○石毛地域医療担当課長 そういった皆様方も、現地点においてはご参加いただけております。今後とも積極的に、参加の呼びかけ等に努めてまいりたいと考えております。

○永田委員 ぜひ、そういったところの取り組みも積極的に対応していただければと思います。

○橋本座長 ありがとうございます。他いかがですか。

僕も言おうと思ったんですけど、パスの合同会議が、大事なポイントでして、幾つかのところであちこちでやるんですが、パスを中心にした標準化をみんなで協議するところが、東京都のすごい特徴だと思います。他の県ではほとんどやっていないと僕は思っていますが、これがどういうふうに機能するかはこれから問われるでしょう。

その時に、将来のことを見越したいろんな職種が入るというパターン、脳卒中だけではなくて、いろんな疾病について幾つか職種が入っていくということ、恐らく医師だけではなく、看護師だけではなく、医療職の総合力みたいなものが、これからの様々な時代に力を発揮してくる素地を作るのかなと思って、これは少し興味深く見守りたいと思います。

あとはいかがでしょうか。よろしゅうございますか。たくさんあるので、なければ次にまいります。

それでは、資料5は、急性心筋梗塞医療の取り組みということで、お願いします。

○遠藤救急災害医療課長 資料5、急性心筋梗塞医療の取り組みについて、ご説明させていただきます。

東京都では、急性心筋梗塞の患者が発症した場合、速やかに専門的な医療につながる体制を確保するため、東京都CCUネットワークを構築しております。このネットワークは、医療機関及び東京消防庁、東京都医師会、福祉保健局で構成しており、都の

特殊救急事業として位置付けております。

現在、ネットワークに参加している心臓疾患専門の治療施設は67病院となっております。このネットワークにより東京消防庁の救急隊の搬送先選定が迅速となり、発症初期の危険な時間帯にCCUへ患者を収容することが可能となっております。

東京都CCUネットワークでは年4回、連絡協議会を開催しております。四半期ごとに休日・土曜日の当番病院の調整確認を行う他、患者家族を対象といたしまして、AED講習会を各病院で実施しております。

また、平成20年よりホームAEDプロジェクトを開始しており、これは患者さんの中で、命にかかわる危険な不整脈の起こりやすい方とそのご家族を対象にしまして、AEDを低額で貸し出す事業でございます。

さらに平成22年より、急性大動脈スーパーネットワーク事業を開始しております。これは、急性心筋梗塞よりも死亡率の高い大動脈乖離など急性の大動脈疾患に対しまして、効率的な患者搬送システムを構築し、循環器内科と心臓血管外科が協力して緊急の診療体制を取るものでございます。現在、CCUネットワーク加盟67病院のうち36病院が、このスーパーネットワーク事業に参画をしております。

今後の予定でございますが、東京都CCUネットワークの連携体制の一層の強化を図っていくとともに、22年から開始しております大動脈スーパーネットワークの充実に向けた検討を行っていく予定でございます。

指標の達成状況は、記載のとおりでございます。

説明は以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。

この資料5について、ご質問、ご意見があれば伺いたいと思います。

○近藤委員 急性大動脈スーパーネットワークに関しては、かかりつけ医への周知が全く物足りない状況かなと思います。特に内科、整形外科で、背中が痛いとかでかかられた時に、このことを知っている、東京都の仕組みであるということをもっと伝えていこうと、医師会も努力したいと思います。

○橋本座長 ありがとうございます。

その他いかがですか。質問等々、何でも結構です。よろしゅうございますか。それでは、終わった後に、質問されてもいいと思います。

それでは、資料6です。糖尿病医療の取り組みということでお願いします。

○石毛地域医療担当課長 それでは資料6、糖尿病医療の取り組みに関してご説明します。

これまでの取り組み状況でございますが、こちらについては平成20年度に、糖尿病医療連携協議会を立ち上げて取り組んできたところです。

まず(1)ということで、糖尿病治療に係る医療資源の調査及び把握を行い、(2)ということで、糖尿病医療連携に資する4種類の連携ツールを作成いたしました。

1つ目として、「ひまわり」を活用する形での医療機関リスト。2つ目として、日本

糖尿病対策推進会議の「糖尿病治療のエッセンス」、こちらを活用する形で、標準的な診療ガイドラインとして位置付けたということ。あと病診連携の紹介・逆紹介のポイントをまとめるとともに、診療情報提供書の標準様式化を図ったところです。

その他、評価検証指標を定めたところでございます。まずアウトカム指標として、こちらに書いてあるとおり、糖尿病による失明発症率等々の、3項目を定めました。具体的な数字の推移については、下の指標の達成状況をご覧いただければと思います。

あと、プロセス指標ということで、連携に必要な基盤を表すもの、連携の進捗状況を表すものということで、指標を2つに分けて整理をしたところでございます。

連携に必要な基盤を表すものといましては、例えばインスリン療法を導入している機関がどれぐらいあるのかですとか、東京都医師会の糖尿病予防推進講習会を修了した方の数がどれぐらいなのかというようなものです。

今後は、下の達成状況に書かれてございますけれども、地域連携クリティカルパスの導入率など、そういった指標を整理して、進行管理をしていくところです。

合わせて圏域別に検討会を設置ということで、22年7月には、島しょを除く12圏域全てに検討会を設置したところでございます。今後こういった連携ツールをより一層、活用促進していくとともに、指標を定めておりますので、数値を引き続き検証をしていくこと、医療従事者等に対する講演会を開催するなど、普及啓発に努めることとなります。

糖尿病医療連携圏域別検討会では、協議会と合わせるような形で、連携ツールの普及啓発や都民への講演会、医療従事者向けの研修会等の普及啓発を進めていきます。

さらにはもう一点、今年度の取り組みとして大事なところですが、かかりつけ医や、専門医のいずれか、また複数の立場で糖尿病の医療連携に参加をしていただける医療機関の、糖尿病地域連携の登録医療機関という仕組みを新たに立ち上げますので、登録について、圏域別検討会を通じて呼びかけていくところです。

以上のように、連携ツールの活用促進や地域連携登録医療機関としての登録、さらには医療従事者、都民向けへの普及啓発、こういったことに引き続き取り組んでいきます。

以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

糖尿病医療の取り組みについて説明がありました。いかがでしょうか。

○近藤委員 すみません、医師会の近藤でございます。

糖尿病に関しては、やはり先ほどの脳卒中じゃないですけど、早期の取り組みがとても大切ですし、それから糖尿病の患者さんでありながら医療にかかっていないという方が半分いるということがもともとわかっております。検診後の指導をしっかりと、できれば医療機関、医師会だけではなく薬剤師会、また歯科医師会の取り組みなどもございますので、そこに保健所などの行政が関与し、住民を巻き込む体制作りが必要

だと最近思っております。

それから、当然、糖尿病に関しては、その後の合併症が大変ですから、特に腎不全、それから透析を防ぐためには、腎不全の原因を調べておく必要があります。ただし、尿中微量アルブミンを測定している医療機関というのは、全体の中でかなり低いということが分かっております。患者さんと医療機関だけの関係ではなく、医療機関、病院なら病院、それから地域でその患者さんをサポートする、かかっているのかどうかということが分かるような仕組みが出てきたらなと思います。

最近、院内でのクリニカルインディケーターという取組が出てきています。それが地域のインディケーターみたいな形で、ある地区全体で糖尿病の患者さんを疾病管理できる仕組みが、いずれ求められてくるのではないかなと思っております。

○橋本座長 今のご意見に対して、何かご質問、意見に対して意見はありませんでしょうか。よろしゅうございますか。

なかなかそこまでいけば大したものだと思いますが、制度化も全てがうまくいっているわけではないと聞きます。そういう指標で管理して、それを達成できていない医師を院長が呼んで、どうなっているんだというやり方をしているみたいですけどね。

○永田委員 薬剤師会の永田でございます。

まさに近藤先生がおっしゃるように、地域の中で糖尿病専門医の先生方がおり、薬局まで巻き込んだ形で、地域ぐるみの糖尿病患者さん、あるいはそういった高血糖で初期の患者さん方に対し、何とか糖尿病教室のようなものを開いて対応していこうという努力はしているわけです。そういった一部の動きがあって、それをこういった医療の取り組みの中で適切に対応できるように仕組みを作って提示をしていくということは、やっぱり重要ではないかなと思います。

○橋本座長 ありがとうございます。

○近藤委員 糖尿病の医療はどんどん進化しており、新しい薬も出てきます。大体数年で陳腐なものになりますので、糖尿病の専門医以外の、非専門医の研修会を東京都医師会ですとやっております。こちらは林理事が中心になって角田理事とともにやっておりますが、その受講者が既に1,000人を突破しました。繰り返し受講されている方のことも含めると、都内全体で診療所が1万1,000ぐらいしかない中で、1,000人以上の受講者がいるということなので、これをさらに広めて、どのお医者さんにかかっても糖尿病の基礎知識はしっかりと新しいものを習得しているという、受け皿作りは引き続き続けていきます。

○橋本座長 ありがとうございます。

基盤が結構整理されていくのだろーと思います。確か10数年前、大学室の教授と話をしたことがあります、「診断基準が結構いろいろなんだよ」という話を聞いたことがあって、「ええっ、そうなの」という話をしましたけれども、管理基準もしっかり確立しているわけですよ。そうすると、どういうふうにするかという整理の問題

かなと思います。

よろしゅうございますか。

それでは、次に参りたいと思います。資料7ですか、救急医療体制の充実ということで、お願いします。

○遠藤救急災害医療課長 資料7、救急医療体制の充実について、ご説明をさせていただきます。

これまでの取り組み状況でございますが、迅速・適切な救急医療の確保に向けまして、平成20年11月に救急医療対策協議会の報告を受け、21年8月より救急医療の東京ルールを開始してございます。

東京ルールは、救急患者の迅速な受け入れ、トリアージの実施、都民の理解と参画により、迅速・適切な救急医療を確保するものでございまして、医療機関の選定が困難となった救急患者の迅速な受け入れのため、受入調整等を行う地域救急医療センターを創設いたしました。このセンターは現在76病院にまで拡大をしております。

また、各二次保健医療圏で救急医療機関が相互に協力・連携していく体制を構築するため、地域センターが中心となりまして、地域の二次救急医療機関等をメンバーとする地域救急医療会議を設置しております。地域救急医療センターと地域救急会議は、二次保健医療圏を単位として置かれるものでございますが、圏域を越えた搬送調整を行うため、東京消防庁の司令室に福祉保健局の非常勤職員として、救急患者受入コーディネーターを24時間体制で計15名配置し、広域的な搬送調整のフォローを行っております。

トリアージにつきましては、地域救急医療センターに調整担当のドクター等を配置する他、東京消防庁において、救急相談センター「#7119」で救急相談事業を実施しております。

搬送先の選定困難事案の中で、精神疾患の事案が多いことを受けまして、身体合併症の精神疾患や精神疾患の背景を有する患者を受け入れる医療機関を地域センターとは別に確保いたしまして、平成23年12月より、新たに運用を開始しているところでございます。

また、医師の処遇改善といたしまして、休日及び夜間に救急医療に従事する医師に対し、宿日直手当や超過勤務手当とは別に、救急勤務医手当を支給する病院に対して、一定の補助を実施しております。

今後の予定でございますが、東京ルールの開始後、ほとんどの圏域で搬送困難事案は減少傾向にございますが、まだ一部、減少が見られない圏域もございます。引き続き東京ルールの安定的な運用に向けまして、地域センターを中心に、地域救急会議等により一層の連携を図っていきたいと考えております。

説明は以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。

質問、ご意見があればと思いますが。

今、いろんな説明があつて、それなりの丁寧な進め方がされていることが分かりましたけれども、指標を見ると、収容のために要した平均時間というのは必ずしも短くはなっていない状況がありますが、これはどのように読めばいいですか。

○遠藤救急災害医療課長 ご指摘のとおりでございます。東京都の救急の搬送時間は、東京ルールを開始して約3年近く経つんですが、残念ながら、まだ縮小という、ベクトルが変わるといふところまでは行ってございません。

背景といたしまして、様々な要因があると思いますが、1つには、東京都内の救急搬送患者が非常に増加傾向にございまして、年間当たり約2万件、この数年については、毎年、救急搬送患者が増えている状況がございまして、それから、社会的背景といたしまして、高齢者の単独世帯が平成12年から平成22年までの10年間で、都内で62%増加をしております。東京都の高齢化率は現在20%、生活保護の被保護率は2%で、搬送時間が延びている理由として、患者の背景とか、救急隊の活動環境、これが大きく影響を及ぼしているのではないかと推測をしております。

ちなみに東京ルールでは、コーディネーター等が個々の搬送困難であった事案についてキーワード分類しております。搬送困難事案のキーワードの上位は、アルコール、精神、生計、高齢者になってございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

運ばれる人の環境がいろいろ変わってきて、ボリュームも増えているということで、ちょっと追いついていない状況が、もしかすると努力にもかかわらずあるのかなと思います。そこはちょっと違った手が必要なのかなと思います。

他はいかがでしょうか。

都民の理解と参画というところが、多分わかってよという話ですよ。その辺はどうですか。

○遠藤救急災害医療課長 そうですね。普及啓発というところは非常に重要だと思うんですが、残念ながら現在、救急車のコンビニ利用等が5年、10年ずっと指摘はされていると思うんです。そういった認識を変えていただくという、有効な普及啓発のツールというのは、残念ながら現在ないのかなと考えております。

ただ、一方「#7119」ですとか、あるいは東京都の「ひまわり」ですとか、様々な医療相談のツールは用意してございますので、そういった部分で、一定のトリアージ効果というものはあるのではないかと考えております。

○橋本座長 誤解があつたら教えていただきたいんですが、救急の要請があつて、搬送の要請があつて、救急車が行く、見たらさほどでもないなという判断を現場の人達が行って、運びませんよという選択肢はあるんでしょうか。

○有賀委員 東京消防庁の有賀でございますが、そういったことは今でもやっております。ただ、本人に同意していただけない場合は、搬送する扱いですので、完全ではありません。

せんが、今でもやらせていただいております。

○橋本座長 それがあつての話ですね。なかなか難しい環境の要因があるのかなど。少なくとも人口の問題とか、高齢者の単身の問題とか、生活保護はちょっとよくわかりませんが、よくなることはそんなにないはずなので、次の改定の時にでも、しっかり考えなきゃいけないのかなと思います。

○近藤委員 軽症者の搬送が減って、コンビニ受診と言われる救急車も減っている事実の中で、搬送時間が増えているというのは、高齢者の救急車の利用で、しかも中等度以上が増えていることを消防庁からお教えいただいたし、先ほど疾病ごとのパスの話も出ていましたが、疾病が1つであるはずはなく、2つ、3つ、それから先ほどの身体合併症とか出ているから、いたし方ないところはあります。

ただし、できれば在宅にしろ、介護の施設にしろ、そこにはいずれ、外付けの医療をどう持っていくのかなというのは必ず課題になってきて、どこまで賄い切れるかわかりませんが、やはり進めていきたいと思います。

○橋本座長 民間の病院、勉強会の方はどうですか。この救急医療の体制の充実に関しては。どうぞ。精神科のほうですね。

○長瀬委員 先ほどアルコール、精神がまず大変だという話でしたが、アルコールとか精神患者を救急車に乗せたがどう対応しようと、立ち往生している場合があるんです。それで時間が長くなっているということ、もう一つは、一般科で診ていただいても、その後、精神科病院あるいは精神科に入院が必要となった場合に、法律の壁があり、本人が同意してくれないと、単身ですと入院させられないです。

そのようなことで、救急車が立ち往生し、時間を長くして足を引っ張っているのではないかと思います。

搬送するのに、警察官が一緒に行ってくれないとだめな場合も結構あるのですが、前の法律改正で警察官が一緒に行かなくてもいいとなってしまったものですから、なかなか難しいところがあります。

以上です。

○稲波委員 都市部での高齢化率はますます急激に進むと思われまますので、先ほど橋本座長がおっしゃったように、コンビニの使用とか、そういうものを除いても、ますます需要は逼迫してきます。それに対応するのに、本質的な解決策は余りないなという、少々悲観的な見込みを持っています。

それから、精神科の合併症を持った方に対する対応をやっていただいています。これは非常に昔から困っていたことなので、良いことだなと感じております。

以上であります。

○橋本座長 ありがとうございます。どうぞ。

○菅原委員 救急医療体制の話なので、1つだけお話、いわゆるかかる方の立場からお話を申し上げると、東京都の救急医療体制について、私は別に弁護するわけじゃないん



ですが、昨年、私自身がお世話になりました、大變的確に対応していただいたと思っております。直接、私自身が入りたい、行きたい病院がまだ時間的に医者が来ないという状況だったので、別の病院に搬送していただき、そこで緊急の検査をしていただきました。そこから先は私自身で、個人でその大学病院まで行ったわけです。そういう面では、救急医療に携わる救急隊員の方は、極めて私は適切だったなという感じがしています。

それからもう一つは、救急医療の中で時間を早くするということは、患者自身といえますか、家族がどういう状況なのか、そういうことをある程度知っておく必要もあるだろうと思います。例えば私も高齢者の一員でございますが、どういう病気を持っていて、どういう医療を受けているかということについて、本人はともかく、家族もある程度知らなきゃいけない。どこの病院に通っているか。そういう部分が、緊急医療について、時間をもし早くするのであったら、1分でも2分でも、そういう部分では解決する要素があるんだろうと思っています。

今までの、この救急医療体制以前のそれぞれのご報告をいただいたんですが、私は都民委員でございますから、申し上げることは、どんな体制を作っても、都民自身、いわゆるかかる人たち、この人達がどういう理解をしているかと。この部分が非常に大事な部分なので、普及・啓蒙、この部分ですね。私も、この都民委員になる時にお話ししたのは、そのことを話しまして、「ひまわり」という大變いい冊子を持っている、それからインターネットの中でも大變いい紹介を、医療体制の紹介をしています。

ただ、それについて対象となる、例えば高齢者を中心として見ると、なかなかインターネットなんて使える方は少ない。私のもといた会社の上司を見ると、残念ながら、役職の上の人間ほどそういうことは使えない。彼らはどういうことで健康を維持しているかという、ある程度恵まれた環境にいますから、いい医療に行っかかりつけ医を持っていると。そういうことでもって解決を図っている気がします。

一般の人達は、そういうことを知ることを学ばなきゃいけない。それから、いわゆる行政も、そういうことを教えていかなきゃいけない。それから、都民は、自分自身でそういうことを理解する努力をしなければいけない。こういう部分で、私は今までいただいた報告の中で、普及・啓蒙、これについてどういう体制でやってきましたというご報告がもう少しあれば、もっとベターだなという感じがしているんです。

長くなりましたけど、以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。重要な指摘かと思えます。

事務局で何か補足はありますか。どうぞ。

○遠藤救急災害医療課長 今、「ひまわり」等を含めてお話をいただきましたが、1点補足させていただきますと、「#7119」でも、今回、ホームページを使って、自分でクリックしていくと、先ほどのトリアージということで、自分が重症か軽症か、すぐ医療機関にかかるべきか、そうじゃないかというようなことが、患者さんご本人が

東京消防庁のホームページ上で簡単にできるというツールを開発いたしまして、今年度より運用を行っているところでございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

今ご指摘があったのは、インターネットという環境にどれほど親和的であるかというところが若干問題であるというご指摘もあったと思います。それが少し経つと改善されるのかどうか、むしろメディアをもうちょっと違う形に変えていく可能性はないのかとか、いろいろ考えるところはあります。

どうぞ。

○有賀委員 東京消防庁、補足でございます。

インターネットの他に冊子版を作りまして、今年度50万部ほど刷って、医療機関等々に置かせていただきます。それをお手にとられる機会があるかと思しますので、よろしく願いいたします。

○橋本座長 どうぞ。

○羽田委員 すみません、羽田と申します。

もしかして、医療情報ナビのこの件もおっしゃっていらっしゃるかとも思うんですが、実は、これ、東京都で出されているんです。3冊出ています。これは脳卒中と、それから高齢者の骨折と小児の発熱ということで、もちろんネットでも紹介されていて、ダウンロードできるということは知っています。こういうものも作りましたというチラシも作られています。

ところが、私、これは病院で入手したんです。杉並区ですけれども、ボランティア活動もしておりまして、皆さんの健康づくりのためにこういった勉強会をしませんかということで、させてもらったんです。その時に保健所の方がこれをご存じなかったんです。保健所の方から都庁の方に30冊もらっていただけますかということでもらっていただいたんです。

そして、二、三十人でしたけれども、一般の市民の人達に、こういうものができていますと。ただし、皆さん、いきなり手にとってもわかりにくいんです。私はたまたまこういった仕事もしており、消防庁の方のお話もいろいろ聞いていました。病院の状況も少しボランティアもしていますので、実際にかかっている方のお話も聞きながら補足を入れたりして、1時間ほど解説させていただきました。

この冊子は本当に、とてもいい情報も入っています。でも実際に、今お話ししたように、保健所の方も「えっ、これあるんですか」みたいな、「僕、1冊下さい」ということで持っていかれたりしているのも実態です。

それから、トレインチャンネルというのは、私はちょっと見たことなかったんですが、例えばがん検診の受診率を上げるためにも、こういったものをもっと動画で見せるとか、テレビでもっと放映するなり、先ほど近藤先生もおっしゃっていましたが、住民を巻き込んだ形での普及・啓発、皆さん他の方もおっしゃっていますが、巻き込んだ

形での施策をしないと、とにかく皆さん方が一生懸命やっていたら浸透していかない感じがすごくするんです。

ですので、これからの部分は、ぜひ普及・啓発のところを、きめ細かい対策というものを、何かいろんな手法はあると思うんですが、そういったところをもう少し入れ込んでいただければいいんじゃないかなという気はしております。

以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。

専門的な領域の資源をすごくたくさん使っても、ボリュームの方が大きくなるので、都民の協力が不可欠だという、そういう筋立てで来て、いいものがそれなりにできているけれども、それがうまく普及というレベル、あるいは使いやすさというレベルから見ると、まだ少し問題があるというご指摘だったと思います。それがインターネットで解決されるか、あるいは何か違うものを使うのかというような、そういう議論が必要になってくるのかなと思います。

ところで、東京都は地上波デジタルを1チャンネルぐらい持っていませんでしたか。

○新倉保健医療計画担当課長 MXテレビですか。

○橋本座長 MX、あれは持っているんですか。

○新倉保健医療計画担当課長 東京都の直営ではないです。

○橋本座長 そうですか。何か地上波デジタルって、結構双方性が作れるので、あの中にコンテンツを盛り込んでいって体系的に整備するとか。やっぱりインターネットよりはテレビの方が見えやすいので、これは東京都だからできるようなことだと思います。他の自治体だと、多分できないですよ。大変お金はかかるかもしれませんが、何か検討してみてもいいのかなと思います。別にこれは、保健医療だけでなく使えるメディアです。

それでは、次に行かせていただいてよろしいでしょうか。

それでは、資料8でございます。災害医療体制の充実、よろしくをお願いします。

○竹内災害医療担当課長 それでは、災害医療体制の充実について、資料8をご覧くださいませでしょうか。

まず、施策の方向でございますが、首都直下地震等、そういった大規模災害発生時の医療需要に応えるため、医療救護体制を拡充整備していきます。それと、そういった都市型災害においても迅速な医療が提供できるよう、東京DMATの充実を図ります。そして、NBC災害、そういったものについても弾力的に対応できるような、危機管理体制の構築を図ります。この3つを基にして、これまでの取組状況についてご説明をさせていただきます。

まず、東京DMATと初動医療体制の整備でございますが、指定病院、東京DMAT指定病院、この現行の保健医療計画の中では、平成20年時点で、17の指定病院であったわけですが、現在、25のDMAT指定病院が整備されているところでござい

ます。なおかつ、東京DMATの隊員も約800名を養成しています。

続きまして、災害拠点病院等の後方医療体制の整備でございますが、災害拠点病院の拡充ということで、現在70病院指定させていただいているところでございます。これは下の指標の達成状況を参考にいただければと思います。

それから、エレベーターの閉じ込め防止対策の実施ということで、22年度まで実施率92%でございます。

続きまして、都が主催する大規模イベントにおける医療救護計画の策定ということで、こちらも検討部会を立ち上げまして、東京都大規模イベント医療救護計画のガイドラインを作成したところでございます。

続きまして、医療施設耐震化緊急対策事業でございますけれども、これは22年度から実施しておりまして、最初の時点では、指定二次医療機関、そして災害拠点病院、救命センター等を対象としておりましたが東日本大震災を踏まえ、拡充して全病院対象になっているところでございます。これは都単独事業でございます。

続いて、医療施設耐震化緊急整備事業でございますが、これは平成21年・22年国補正予算事業といたしまして、災害拠点病院、救命センター、指定二次医療機関を対象としているところでございます。23年においては、補正予算として追加をされ、現行も継続しているところでございます。

今後の予定といたしまして、東京DMATの効果的運用に向けた検討と体制整備でございます。現在、東京DMATについては、東京DMAT運営協議会がありまして、その協議会の中で検討をしているところですが、首都直下地震があった場合、DMATがどのように活動していくか、今回のように都外で災害があった場合、どのように都外派遣をしていくかなどの活動要領を定めているところでございます。

また、今回の震災の教訓を踏まえまして、東京DMATの装備の充実が必要であろうということから、23年度に10台のDMATカーを整備しました。今年度は、残りの15の指定病院に対してもDMATカーを整備していくところでございます。

続きまして、災害医療コーディネーター、地域災害医療コーディネーターを中心とした情報連絡体制や医療連携体制の構築でございますけれども、これは今現在、災害医療協議会を昨年12月に立ち上げまして、その中で情報連絡体制などを検討している最中でございます。

そしてまた、地域ごとに連携を図っていくために、地域災害医療連携会議も開催していくところです。

続きまして、災害拠点病院の機能確保と災害拠点病院をサポートする災害連携病院の創設ということでございます。災害拠点病院というのは、元来、災害時に重症者を受け入れる。そして、それをサポートする意味で、災害連携病院は中等症の患者を受け入れるといったところで、円滑な重症者の受け入れを災害拠点病院ができるようにサポート体制を作っていこうとしています。

この災害医療協議会は3回目の部会を6月の下旬に行いまして、7月に災害医療協議会に最終報告として上げさせていただきます。最終報告した内容については、保健医療計画などに反映させていくというスケジュールで進んでいるところでございます。

最後に、NBC災害等に対するDMAT活動要領の作成ということで、現在、DMATのNBC災害に対する小委員会を立ち上げておりまして、その中で検討中でございます。また今後、東京消防庁と訓練を重ねながら、そういったNBC災害についてDMATがどう活動しているかというの、その検証も重ねて、この活動要領に反映させていきたいと考えているところでございます。

以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

都民委員の方、NBC、わかりますか。何かどこかに書いていますかね。

○竹内災害医療担当課長 申し訳ありません。NBC、核、nuclear、あとバイオテロだとか、Cというサリン事件だとか、そういうようなものでございます。

○橋本座長 そういうものも想定に入れているということです。

どうですか。ご質問ありますか。どうぞ。

○菅原委員 1点、質問をさせていただきます。

災害医療体制の充実ということで、耐震化に大変一生懸命取り組まれているということだと思いますけど、1つは、23年度の結果の中で70機関が災害医療体制に位置付けられる医療機関の数になっているんですが、この70というのは、全て耐震化の体制はできているという理解をしていいのかどうか。

それからもう一点、学校法人のリスク管理、これに関して文科省のご指導もあって、耐震化については大体整備が終わっているんですが、昨年の大震災の後、非常に重要だなというリスク体制の中で、電源確保の問題があるんです。この電源確保については、現在どういうふうに見ておられるのか。

この2点をお聞かせいただければと思います。

○竹内災害医療担当課長 災害拠点病院については70ありますけれども、ほぼ100%、耐震化が図られているところでございます。

自家発電については、今現在、補助事業として、全病院を対象とした補助を行っているところでございます。

○橋本座長 自家発電の熱源は何ですか。重油ですか。

○竹内災害医療担当課長 そこは重油だったり灯油だったり、またはコージェネといってガスというものもあると思います。

○橋本座長 灯油だったら灯油の供給が問題になって、3.11でも、実は72時間もつはずだったのが、どうも使用状況を見ているとそんなにもちそうもないということで、様々な情報が飛び交ったんですよね、現実には、その辺は、見通しはありますか。

○竹内災害医療担当課長 現在、石油協会連盟ですか、そういったところと連携しながら、

災害拠点病院には、油関係が優先供給されるような仕組みにはなっております。

○橋本座長 いかがでしょうか。どうぞ。

○高野委員 災害拠点病院に、例えば重症者の搬送ということになれば、ご承知のとおり、救急車の数等を考えますと、それほどたくさんあるわけではないです。一度にそういう災害が発生し、しかも交通渋滞が起こるでしょうし、そういった時の搬送をどのようにお考えになっているのかが第1点で。

第2点は、区市町村の中に医療救護所ができ上がりますよね。そこにやはり区民の方々は、自分達の状況が分からないわけですから、そこに医療を求めていく。軽症者であればそれでいいんですが、不幸にして重症者となった場合、どう搬送をしていくのか。地域の皆さんのボランティアみたいなものがない限り、拠点病院にそういった重症者を搬送することができないのではないかと考えます。そういった点について、どういうふうにも今後考えて、そこを解決していくのか。これは大きなテーマではないかなと思うんですが。

○橋本座長 どうぞ。

○竹内災害医療担当課長 搬送についてですが、搬送についても災害医療協議会の中で検討をしているところでございます。しかしながら、公的な手段といたしまして、救急車の数は231台ということで、それを全部使っても、重症者、今回の被害想定の中では、東京湾北部を震源地といたしますと、重症者が2万1,900人出ます。その方々を全て救急車でというのは、無理なことはもう分かっているところでございます。

そういったところで大事なのが、やはり隣保共助というの、力の一つに入れなければいけないのかなと思っています。そして、陸路だけではなく、水路、空路、そういったものも今現在、検討をしているところでございます。これらは我々だけではできませんので、関係機関とも連携を図りながら、ツールも引き入れながら、搬送手段等をいろいろ検討していきたいと考えているところでございます。

○橋本座長 多分、これは災害医療協議会が今それなりに議論をしてくださっていると思いますので、ちょっとそれを待ってということになるかなと思います。多分、幾つかのシナリオをお書きになるだろうと思いますが。

何かそれについて、はい。

○高野委員 災害医療体制について、早期に対する対応というのは大分整備されてきていると思うんです。しかし、災害が広範囲であるとか、またはその影響が長期化した場合に口腔環境の悪化が見られます。さらに、いろんな合併症のある方の場合は深刻な状況になる場合がありますので、そういう意味で、広域や長期化する災害における場合は、専門的口腔ケアとか歯科治療を医療体制、または情報の連絡の流れの中に明らかな役割として、保健医療計画においても示していただければよろしいのではないかと思いますので、ちょっとお考えいただければと思います。

○橋本座長 よろしくご検討ください。初動と、それから、ある時は落ちついて、それな

りに医療体制をどう再構築していくかの中で、今回の3.11でも同じような状況が出てきて、それなりに医療者の様々な努力で何とかしのいでいるというぎりぎりの線を保っているようです。東京であったらボリュームが違いますので、よろしく願います。

それでは、次に行きたいと思います。資料9のへき地医療です。どうぞよろしく願います。

○遠藤救急災害医療課長 資料9、へき地医療体制の整備について、ご説明をさせていただきます。

島しょ及び山間地域における医療の充実を図るために、医師の確保や診療基盤の整備を支援するとともに、救急患者の搬送、受入体制の拡充、へき地に勤務する医師の診療活動や町村の普及啓発活動の支援を行っているところでございます。

具体的な取り組みでございますが、各町村からの医師派遣要請に対しまして、へき地勤務医師等確保事業により、民間病院及び都立病院からドクターを派遣、また自治医科大学卒業医師の派遣により、充足率は100%となっております。

また、都単独の制度といたしまして、地域医療支援ドクター事業を行っております。この制度で現在4名の医師が市町村立病院に勤務しており、うち1名が奥多摩病院に勤務中でございます。

各町村が行います医療従事者確保の支援策といたしまして、東京都で無料職業紹介事業を実施してございます。各へき地の医療機関の求人情報と求職者のマッチングを具体的にを行う事業でございます。

医療提供体制の整備といたしましては、診療所、医師住宅、看護師住宅の新築・増改築、改修等に対する補助、医療機器の整備に対する補助、へき地勤務医師への給与費の補助、また、眼科や耳鼻咽喉科など特定の診療科の医師を確保するための経費の補助、へき地において分娩を取り扱う医療機関に対する運営費や設備整備費の補助等を実施してございます。

診療の支援でございますが、ヘリコプターによる救急患者の搬送体制といたしまして、島しょ医療の基幹病院である都立広尾病院の他、協力病院を10病院確保いたしまして、ヘリコプターによる救急医療搬送体制の強化を図っているところでございます。また、都立広尾病院に画像伝送システムを設置いたしまして、島しょ診療所の医師の診断の支援を行っております。

普及啓発といたしましては、ホームページ等により推進を図っているところでございます。

今後の予定でございますが、引き続きへき地に勤務する医師の確保や診療基盤の整備の支援を実施していきたいと考えております。国においても地域医療支援センターという事業を創設しておりまして、この事業は、医師の地域偏在をなくすために、医師のキャリア形成支援と合わせて一体的に医師のあっせんを行う事業でございます。東

京都の職業紹介事業等、既存事業との整合性を含めて、今後こうした事業の検討も進めていきたいと考えております。

説明は以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。

人材の確保というのは、へき地医療の永遠の課題かなと思いますが、今のお話だと、東京都の島しょ部等ではそれなりに確保できているという報告があったと考えてよろしいですか。

○遠藤救急災害医療課長 各町村から医師の要請を毎年取りまとめておりますが、基本的に医師の充足率は、100%を確保しております。ただ、ピンポイントでこの期間、例えば急に整形の医師がこの町村で辞めてしまって、そこがすぐに補充できないとか、そういう一時的な状況というのは絶えずあるわけですが、基本的には充足率は100%確保しております。

○橋本座長 いつも医師の問題だけになりますが、他の職種はどうですか。

○遠藤救急災害医療課長 医療従事者につきましては、基本的に各町村において確保していただくこととなります。それを東京都が支援していくのが基本のスキームでございます。その支援策といたしまして、先ほどの無料職業紹介事業、それを東京都で実施しております。ホームページ等で各町村の医療従事者の募集状況を周知するとともに、町村で勤務していただきたいという看護師や薬剤師などの方々に東京都へ登録をしていただきます。町村からの要請があった時に、その登録者とマッチングをしていくという職業紹介事業を実施しております。

○橋本座長 わかりました。へき地医療というと、何か医師が1人と看護師が1人で懸命に何でもかんでもやっているという像を頭に浮かべやすいですが、今、チーム医療の中で薬剤師さんやら栄養士さんやらというのが力を発揮する時代が出てきて、それが比較的運用の中では成功しているわけです。それをもうちょっと地域化していくことは結構大事であり、へき地でも、そういう事業展開が可能になってくる。そうすると、医師が少し楽になってくるというのがあって、いい循環をもしかすると作り出せるかなと思います。ぜひ、そちらの方向も検討してくださいというのがお願いです。

他いかがでしょうか。

もう一ついいですか。へき地医療というと、必ずペアで出てくるのが、東京都の場合、都立広尾ですが、都立広尾である理由は何ですか。

○遠藤救急災害医療課長 都立病院の役割として、広尾病院をへき地医療の拠点病院と位置付けていること、その中で、先ほどご紹介させていただいたんですが、画像伝送の診断システムを広尾病院で整備しております。これは全てのへき地の診療所等と現在アクセスしております。そういったことから、日々、各へき地のドクターと広尾病院との間で、医療連携がございますので、そういった点から広尾と各診療所の信頼関係といいますか、連携の強化が日頃から構築されているということでございます。



○橋本座長 それぞれの色々なところに行っておられる個別の医師が、広尾との関係がとても濃いと考えていいですか。

○遠藤救急災害医療課長 基本的に画像診断で都立病院に相談するということになる、広尾病院とのやりとりになります。救急搬送につきましても、ヘリポートが赤坂の元米軍の基地、それから木場を使う関係で、赤坂に降りた時は、広尾は非常に至近ですので、救急搬送という観点からも非常に利便性が高いという関係になってございます。

○橋本座長 わかりました。広尾じゃなくてもいいような理由もちょっと聞かれましたけど、そういう現場の医師をサポートする関係が出来上がっているなら、それは大事ですね。

他いかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、次に行きます。周産期医療の体制です。お願いします。

○中澤事業推進担当課長 それでは、資料10をご覧くださいと思います。周産期医療体制の充実です。

周産期医療につきましては、平成22年10月に東京都周産期医療体制整備計画を作成しておりまして、現在はこの整備計画に基づいて取り組みを進めております。

表のこれまでの取組状況と、今後の予定をまとめてご説明させていただきます。

まず、NICU病床についてですが、24年3月1日現在で282床まで整備を進めております。整備計画上は、26年度末で320床を目標としておりまして、引き続き整備を図ってまいります。

また、周産期搬送体制として、1つは、緊急に母体救命処置を必要とする妊婦等の受入先を迅速に確保する仕組みとして、平成21年3月から母体救命搬送システムを開始しております。また、それ以外の母体及び新生児搬送で搬送調整が必要な場合の仕組みとしましては、これまでの取組状況の4つ下の丸ですが、平成21年8月から周産期搬送コーディネーターによる搬送調整を開始し、運用しているところです。これら2つの搬送体制につきましては、周産期医療協議会各部会で運用状況について検証して、必要に応じて改善を図っています。

また、コーディネーターの仕組みに関しましては、今後の予定の括弧に記入しておりますが、現在、圏域を越えた周産期搬送体制について、神奈川県と試行を行っているところです。これにつきましては、今後検証を行いまして、本格実施に向けていくということと、それから埼玉、千葉等の他県との試行についても検討を進めていくという点になっております。

それから、周産期連携病院、こちらは周産期母子医療センターと連携しながら、ミドルリスクの妊産婦に対応する役割を担っていただく病院ですけれども、23年度末現在で10施設指定しております。特に多摩地域におきまして、ハイリスクに近い新生児に対応していただくための多摩新生児連携病院を1施設指定しております。

周産期医療ネットワークグループについてですが、これは都内を8つのグループに分

けまして、各ブロックの総合周産期センターが中心となって、一次・二次・三次の施設間の役割分担と連携を進める仕組みです。23年度末で7グループの立ち上げをしており、今年度中には残りの1グループが開始となりまして、全域で実施される予定となっております。

それから、NICUからの円滑な退院に向けた取り組みへの支援ということですが、22年度・23年度の2か年で、都立墨東病院を中心にモデル事業を実施いたしました。これは院内、それから病院と地域との調整等の他、退院に向けて支援の必要なお子さんと、そのご家族を早期から支援する役割を担うNICU入院児支援コーディネーターを配置したものです。

また、モデル事業とは別に、退院支援の取り組みの一つとしまして、NICUと在宅療養の間の中間的病床という位置付けの在宅移行支援病床というのを2施設に設置し、移行の促進を図っているところです。今後は、モデル事業の成果を踏まえまして、他の周産期センター等にもこの取り組みを広げていく予定でございます。

その他、新生児科医確保支援事業としまして、NICU入院児を担当したドクターへの手当を支給する周産期センターに対する支援、それと産科医等確保支援事業としまして、分娩手当を支給する医療機関に対しての支援を行っております。これらの取り組みを総合的に進めながら、引き続き充実を図ってまいりたいと思っております。

次ページ、指標の達成状況でございますが、こちらは記載のとおりですので、参考にご覧いただければと思います。

説明は以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

質問等をお願いします。

○西川委員 周産期の医療に関してですが、最近、分娩を取りやめる地域の医療機関がかなり増えているような実感があります。出産のために遠くの医療機関まで出掛けなきゃいけないということが起こっているんですが、このあたりに対する具体的な取り組みというのが、ありましたら教えていただけますか。

○中澤事業推進担当課長 大幅にということではないんですが、少しずつ、分娩を取り扱っている施設が減る傾向にあると思います。

それで、取り組みとしては、オープンシステム、セミオープンシステムという言い方をするんですけども、先ほど申し上げましたネットワークグループの中で、総合周産期センターが中心となりまして、それで圏域の産婦人科のクリニック等と連携しています。検診は産科のクリニック等で行い、一定以上の週数になった時に周産期センターに行く。出産の時には、その周産期センターで周産期センターのドクターが分娩の担当をする、あるいは地域のドクターが周産期センターの中に入って分娩を行う。そういう仕組み等を進めているところもございます。

○西川委員 ありがとうございました。

○橋本座長 いいですか。実感としては、結構そうかなという感じですか。

○西川委員 その取り組みは大変素晴らしいことだと思うんですが、結局、患者側としましては、地域の医療機関で、日常的に通えるところで分娩ができるというのが、一番ありがたいと申しますか、出産後に何かあった時にすぐ行けるのが一番安心だと思うんです。何かそういう分娩の取り扱いを止めてしまった医療機関とか、今現在やっていない医療機関に対して、分娩を取り扱うように働きかけるということは、無理なんでしょうか。

○橋本座長 利便性だけで評価していかどうかは別にして、出産には様々なリスクが伴いますので、そのリスクをなるべく少なくするためには、ある程度集約した方がいいという議論もあります。確かに距離が長くなってしまいうという、弊害があるようですが、どっちをとるかの問題だと思います。

○河原副座長 最近、産婦人科に進む医学部の学生も増えているんですが、全国で今1万2,000人から1万3,000人ぐらいしか産婦人科医がいないんです。そのうち何千人かは、婦人科だけをやっているんです。お産は全国で年間100万人いるから、絶対数が足りないと言えらと思います。

○橋本座長 静岡県に医師が足りないみたいで、それが神奈川県にしわ寄せで来て、その分、神奈川県が東京にという、玉突きの状態もあると聞いています。なかなか難しい問題かもしれません。周産期の医療をしっかりとすると、そういうふうにネットワークみたいな形が多分、一番安全なのかなとは思っています。

ありがとうございます。いろいろな問題はあるということだろうと思います。

その他いかがでしょうか。よろしければ、次にまいりたいと思います。

11番になります。小児医療について、お願いします。

○中澤事業推進担当課長 それでは、資料11をご覧ください。小児医療体制の整備につきまして、二次・三次の小児救急医療体制を中心に、これまでの主な取り組み状況と今後の予定についてご説明いたします。

まず、小児重篤患者を迅速に受け入れて、救命治療を速やかに行う小児の三次救急の医療施設としまして、こども救命センターを都内4つのブロックに分けて、それぞれ1施設ずつ指定し、平成22年9月から運用を開始しております。

こども救命センターは、他の医療機関では救命治療の継続が困難な小児の重篤患者の受入要請があった場合には、患者を必ず受け入れる役割を担っております。また、中核施設といたしまして、症状に応じた適切な医療体制を確保するため、ブロックごとに地域ブロック会議を開催しており、医療機関の役割分担、連携などを図っていく取り組みも進めております。同時に、臨床教育等の拠点といたしまして、研修会なども開催しております。今後も取り組みを継続してまいります。

二次救急医療に関しましては、小児二次救急医療機関に勤務する医師等を対象に、重症の小児救急患者に対応するための最新の救急医療技術の習得を目的とした、実技を

含む小児二次救急処置の研修を実施しております。これにつきましても、今年度も継続して実施してまいります。

また、小児の休日・全夜間診療事業への参画、それから機能強化に必要な医師確保を図る医療機関を支援するために、体制整備への支援を実施しております、こちらも継続実施していきます。

また、大学の医学部に小児医療調査研究講座を設置しまして、医療資源の少ない圏域の病院勤務を通じて調査研究を行う医師を派遣するという事業を実施しております。これにつきましても、今年度も継続して実施していきます。

また、既存の医療資源を活用しまして、初期から三次までの小児医療を効果的に提供していくため、医療機関同士のネットワークを構築する、小児医療ネットワークモデル事業を平成22年度から実施しております。

具体的には、二次と三次の連携については、こども救命センターであります都立小児総合医療センターと、二次医療機関の多摩北部医療センターにおいて実施しております。それから初期と二次の連携につきましては、北多摩北部地域で実施しております。こちらにつきましても、今年度も継続して実施してまいります。

最後に、小児医療体制の確保・充実を図るため、小児医療協議会を平成22年度に設置しており。昨年度は1回開催しております。

下にあります指標の達成状況につきましては、記載のとおりでございますので、参考までにご覧いただければと思います。

説明は以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。小児医療体制の整備ということでご報告いただきました。質問、ご意見どうぞ。

先ほどの周産期と小児の問題というのは、ある程度ペアで語られることが多いわけですが、いかがでしょうか。住民にとっては結構心配というか、気になるというか、そういった領域だと思います。

○田嶋委員 この表の下を拝見しますと、乳児の死亡率が計画策定時には26.4であったのが、平成22年度は18.5になっており、これが有意な差かどうか私は分かりませんが、かなりよくなっているような印象を受けます。小児医療体制が随分整ってきたことがここから分かりますが、そのように判断してよろしいのでしょうか。

○中澤事業推進担当課長 こども救命センターにつきまして、平成22年に立ち上げてまだ2年しか経っていない状況であります。そういった意味では、こども救命センターの立ち上げとどの程度リンクしているかというのはありますけれども、幼児死亡率が下がっているということは、幼児の救急医療体制、小児の救急医療体制の整備の進みぐあいも影響はしているだろうと考えております。

ただ、小児医療協議会の中では、乳児といいますか、新生児の死亡率に関しまして、日本はかなり本当に低い状況であり、非常に救命率も高いですが、それに比べると、

小さいお子さんの死亡率というのが、先進諸国と比べるとそれほど低くないところもありまして、その辺の死因について少し調べていこうというような話が出ているところでは。

○橋本座長 ありがとうございます。どうぞ。

○島田委員 この項目に入るかどうかわからないんですが、虐待された子供が救急搬送されることもあるかと思うんですが、ここの辺りは医師会さんも一生懸命広報されており、診られたドクターが虐待の通報をされるというのが浸透されてきていると思いますが、この救急体制の中ではいかがでしょうか。

○中澤事業推進担当課長 こども救命センターに運ばれる中で、被虐待のお子さんも含まれているということは、医療機関の方からは伺っておりますけれども、その辺の虐待通報とか、その辺の仕組みに関しましては、私のところで責任を持ってお答えできないんです。すみません。

○橋本座長 一般的に虐待の発見で医療機関がどうかかわるべきかという、ある種の義務が負わされているに近い状況はあります。そうすると、根本的な解決になかなか医療機関が踏み出せないでいるというか、それだけの権限がないというか、というところで、医療機関側として困っている節はあります。

○中澤事業推進担当課長 すみません。それでは、母子保健の担当が来ておりますので、補足をお願いできればと思います。

○浅井母子保健係長 少子社会対策部から母子保健係で参加させていただいております浅井と申します。

医療機関の虐待対応力というところでは、個人のご判断というのは非常に責任も重いというところで、チームで対応していただくための対応を児童相談所等と一体的に進めさせていただいています。また、バックアップということで、人材育成という面から、二次・三次医療機関に対しては年5回の研修を行っていること、それから地域の医療機関につきましては、東京都医師会様、それから歯科医師会様のご協力を得まして、地区医師会、地区歯科医師会を巡回する形で研修を年10回進めさせていただいているところでございます。

研修に関しましては、年々、参加者も大変増えておりますし、大変熱心に取り組んでいただいているところかなと感じているところでございます。

以上です。

○橋本座長 補足はありますか。

○近藤委員 医師会です。まず、医療機関からの児童相談所への通告の率というのはかなり低いのが現実です。23年度も、これしかないのかというぐらい少なく、見破る方法とか、例えば待合室での雰囲気の見方とか、そういう冊子も歯科医師会の高野先生、それから成育医療センターの奥山先生、また行政の方の協力を得まして、ハンドブックを作製したりしましたが、やはり患者さんご家族と本人、それを介して信じる

というのが医療機関なのかなと思います。

ただし、やはり診察室での親子の雰囲気とかというところからも、疑うことはできるということがございます。それから、虐待に特徴的な、それぞれの科のこういう所見があったらもう虐待だぞと見破ることができるような所見なども、本に載せて研修していこうと思います。

それから、東京都医師会の中にも、乳幼児に関する委員会を初めて作りました。そこでも虐待の話を取り上げています。また、それから学校保健の委員会の中にでも、虐待を取り上げています。学校での定期健康診断の中では、全ての児童・生徒を学校医が年に少なくとも一度は、健診で上半身を裸にして診る機会がありますので、養護教諭、担任、校長先生、それからカウンセラーの方なんか等も含めて情報交換はでき得ると思います。それをまた地域の医療に生かせるかなとは思っております。

○橋本座長 ありがとうございます。

子供に限らず、DVとか、高齢者の虐待もそうですが、医療機関はトレーニングすればある程度発見できるし、それを通報することもできます。現場の医師達のつぶやきを聞いていると、我々が通報してどういうふうに解決できるという問題があるんです。だから、行政は見つけて病院にそういう義務を課すけれども、それは問題の解決に本気になるのかということをかかなり疑っていますという現場の医療者は多いです。

確かに、法律的に親権の停止がスムーズにできるようにはなっているんですが、親子ですから、そこを引き離すということが、後々どういう影響があるかということを経験者は考えてしまうところもあって、若干、二の足を踏んでいるところがあります。だから、医療側が発見して通報した時の様々なバックアップ体制をしっかりと見えるようにして欲しいということだろうと思います。

○近藤委員 さらに、先ほどの周産期の話にもかかわるところですが、虐待による死亡の一番多いのが産まれた日です。ゼロ歳児で、しかも産まれて間もない子供達なので、妊婦検診などを通して、胎児の虐待を減らそうということが最近言われるようになってきております。区市における妊婦健診、それから保健師のかかわりとか、そこに力を注ぐ必要があろうかと思っております。

○橋本座長 議論はこのぐらいにしたいと思います。

それでは、その他の事業についてですが、先ほど申し上げましたように、これをご説明するというよりも、むしろ読んできていただいているという前提で、何かご質問、ご意見あれば伺いたいと思います。どうぞ。

○永田委員 医療安全のところですが、17ページです。これまでの取り組み状況の中で、一番下のところに、医師会さんでおやりになられておりますトレーサビリティ向上のためのICタグの導入という、感染性廃棄物の適正な廃棄処理について記載されているんですが、実は薬剤師会も、東京都だけが全薬局を通して自己注射の注射針の回収事業を継続的にやっております。

これは、先ほど橋本座長からおっしゃられたように、全国の中で東京だけが実施しているんです。そういった事業について、ぜひここに載せていただいた方がいいかなと思うんですが、いかがでしょうか。そういった取り組みをやることによって、製造メーカーが、無用な傷病者の発生などをどう考えていくかということにつながっていくのではないかなと思います。ぜひ、その辺のところをお願いしたいかなと思います。

○橋本座長 というお願いがありました。確かにそうですね。東京ならではというか、東京という立地の問題じゃなくて、薬剤師会のお力だと思えます。そういういい取り組みをしっかりと前面に出していくということは、他の道府県に対するある種のアピールでもあるかなと思います。

ところで、他の道府県に広がらないのはどうしてですか。

○永田委員 実は大分県が確認に来られたんですが、回収をしていく段階でどこに集約をさせるかというのが問題になりまして、県内全体というのは難しい状況です。回収業者の回収作業に係る費用が物すごいコストになるんです。一方では、上田市が東京のやり方をまねして市内だったらできる。川崎も同じような対応ができると。市内ならできるんですが、県全体となりますと、回収事業上の費用の負担が物すごいものになるようです。

○橋本座長 東京ならではになっちゃうか、そうすると。はい、わかりました。

○永田委員 東京には33の薬剤師会の管理センターというのがあるんです。そこ1か所に集約させることで、回収費用を物すごく削減させているんです。そういったことが取り組みの一つとして、これが全国に広がれば、いいと思います。

○橋本座長 他に何かありますか。

○赤穂委員 すみません。南多摩保健所の赤穂でございます。

1点、お願いと意見ですが、第1章で患者中心の医療体制の構築の第2節、疾病事業ごとの説明がございました。第3節では、医療連携を支える仕組みということで、在宅医療の取り組みとか、リハビリテーション医療の取り組みということが書いてございます。そういう意味では、疾病事業ごとを縦糸にするならば、その仕組みづくりとございますか、横糸という考え方もできるかと思うんです。

最近所管でも工夫していただいているということはよく存じ上げておりますけれども、例えば疾病ごとで言えば、脳卒中で急性期・回復期、時期で切れ目のないシームレスな医療連携を作っていくことが、都の協議会の中でも議論があり、たまたま前回の協議会の中で、回復期については東京都のほうで地域リハビリテーション支援事業というのがありますと。それから、維持期のほうでは在宅医療普及事業、そういったものがありますと。

こういう説明があったわけですが、脳卒中協議会に集まっている人達は、逆に言うと、そういった領域の仕事、事業についてはほとんど知らないということがあります。しかしながら、こういう形で所管が事業をきちんと明記していただけるようになったと

いうだけでも随分変わってきているというふうにするわけでは

量が大変多いのと、専門的に多岐に渡るということはよくわかった上でなんですが、この計画の中で、例えば、この15ページの医療連携を支える仕組みの在宅医療の取り組みのところの説明ですとか、あるいはリハビリテーション医療の取り組み、そういったところの記載と、いわゆる疾病別も含めた相互の関係というものがなかなか見えてこないという。非常に立体的にどう書くかというのは難しいわけですが、実際は地域でやっている、そこら辺が相互に関係してくるというのはたくさんございます。

脳卒中で具体的に申し上げますと、回復期をどうするかということの中で、例えばリハビリテーション支援事業をやっている病院にお願いして、脳卒中の協議会にも入っていただき、特に回復期部会については部会長を引き受けていただきながら、両方の事業をかみ合わせていくということを地域ではやってきているわけですが、そこら辺をこの計画の中でどういうふうに導いていくのかということについては、ぜひ所管でも検討していただいて、今日の説明もそれぞれ専門性があるから、全部を理解していくということは大変だと思いますが、ぜひ、その横串をうまく通していただいて、地域の中でも、都のいろんな施策事業が有効に生かされるように工夫をしていただければ思っておりますので、意見・要望ということでお願いします。

○橋本座長 承ったということで、よろしゅうございますか。ありがとうございます。

その他いかがでしょうか。

○西川委員 すみません、1つ教えていただきたいんですが、患者の立場としてかなり関心があるのが、例えばさっきの3大疾病、重篤な病気にかかった場合の精神的なケアというものです。その点については、どこかで特に取り上げてくださるのでしょうか。それとも、そういうのを特にピックアップはしないのでしょうか。

○橋本座長 ごめんなさい。地域医療計画全体の話と受けとめていいですか。今、地域医療再生計画という、国からある程度予算が示されて、その進捗状況について今はやっていたんですが、全部ひっくるめての話として受け止めたらよろしいですよ。

病気になると、様々な心理的な問題が起こって、そこのケアみたいなのは、がんだと緩和ケアがそれに当たりますよね。緩和医療の加算の部分というのがあって、精神科医がかかわることが一つの要件になっています。ただ、問題は、じゃあ、精神科医ががんの患者さんの様々なことがわかるのかという素朴な話です。

領域としては、精神腫瘍科とかが幾つかあって、でも全体量から言うと非常に乏しくて、それで研修をやるんですけども、そういう状況で進んでいます。

何かご意見ある方、あれば教えていただきたいんですが。ちょっとまたそれは宿題にさせていただいて、事務局のほうで適切に扱って、状況なり教えていただければと思います。

○近藤委員 担当医の優しさでしょうかね。それから、がんじゃなくても、あなたC型肝炎



炎ですよと分かった時に、すごいショックを受けるとか、それから、胃の調子が悪いというだけでも、それがストレスで気になって気になってということは起こるでしょうから、患者さんの気持ちになって、またその方を支えるご家族の気持ちを踏まえてということは、臨床研修の中でも、触れるようにはしております。今の医師の問題、さっきの島しょ、島の医療の人達を、全て1人で賄わなくてはならないとなると、時間のゆとりと心のゆたりの問題になるかなと思っております。

○橋本座長 近藤先生はご丁寧に、普通の一般の医師としてのある種の優しさみたいなものと、そういう観点からお話しただいて、それはそのとおりでと思います。もう一つは、やっぱり専門的な問題に対するサポート、専門家によるサポートです。そのような問題が現実にあります。ただ、日本はまだまだだと思えます。例えば遺伝子治療なんかでは、相談みたいなのがあって、それに対して精神科医がかかわる。そういう体制はあるけど、ごく一部です。

あと、小児医療に関しても、精神科ではなくて、やっぱりチャイルドサポート何とかという、アメリカでトレーニングを受けたような人達がおられて、そこを精神的な面も含めてサポートしているという、ちょっと制度外の話ですが、そういう工夫がある病院はあります。そういうのも少しずつ充実していくようなことが求められるんじゃないかな、そうだと思います。

こちらについては、以上でよろしいでしょうか

それでは、最後の事項に行きたいと思えます。報告事項ですが、次期改定の部会が立ち上がって、先ほど局長の挨拶にありましたように、計4回の改定部会が開催されています。その進捗状況について、事務局からご報告ただいて、必要があれば河原部会長から補足していただくということにしたいと思えます。

では事務局、よろしく申し上げます。

○新倉保健医療計画担当課長 それでは、資料13をご覧いただきたいと思えます。

こちらの資料13は、3月に行いました第3回改定部会の資料でございます。この第3回の改定部会では、二次保健医療圏の取り扱いについてご議論をしていただきました。一番下に、矢印の下にございますとおり、都における二次保健医療圏は、現行の圏域を維持しながら、疾病事業ごとの取り組みについては個別に検討していくこととし、第五次改定では、保健医療計画で設定しました現行の二次保健医療圏の圏域は変更せずに検討を進めていくということでご議論をいただいたものでございます。

続きまして、1枚おめくりただいて、資料14でございます。

こちらは右上にございますとおり、4月に行いました第4回改定部会の資料でございます。項目対比表といたしまして、表の左側が現行の保健医療計画の構成となっております。右側が今回改定する計画の構成案となっております。網かけの部分が前回から変更のあった点として記させていただいております。ご覧のとおり、個々の書き込む内容は別といたしまして、構成自体は今回大きな変更ではございません。国の指

針、新たに出た指針だとかも踏まえまして、構成を若干変更しているところでございます。

続きまして、もう一枚資料をおめくりいただきまして、資料15でございます。こちら先ほどの資料14と同じく、4月に行いました第4回改定部会の資料でございます。改定に向けた今後のスケジュールというものでございまして、資料の上段、会議という欄に、この本協議会、推進協議会がございまして。

5月のところに印がついてございますが、これが本日のものでございます。以降、その下の改定部会とございますが、今後、第5回、第6回、ここについては5疾病5事業・在宅の11項目の個別検討を2回に分けて行う予定としております。そして、改定部会の第7回で骨子案を議論いただきまして、その議論いただいた内容を、8月下旬を予定している保健医療計画推進協議会の第2回で骨子案の報告をさせていただく予定としております。以後、この骨子案で意見をもらった内容を踏まえ、第8回、第9回の改定部会で計画の素案について議論をし、その結果を第3回保健医療計画推進協議会で計画素案の最終報告をさせていただく予定となっております。

簡単ではございますが、事務局からは、報告は以上でございます。

○橋本座長 補足はありますか。

○河原副座長 今、事務局からご説明があったとおりですが、これからの5年間を考えると、2015年あたりに東京の高齢化が始まりますので、人口構成の変化とか、あるいはそれに伴う疾病構造の変化を厳密にとらえないと、医療の需給バランスというのが狂ってくると思いますので、その辺りを的確にやりたいと思います。

もう一つは、国からいろいろ指示というか、医療法上に基づく助言が都道府県知事あてに出ているんですが、膨大な助言です。その作業が、数値の洗い出しというのはかなり時間がかかるので、その分、事務局の作業が大変だと思うんですが、要は計画としては、今まで既存の事業とかかなりやってきましたから、うまく張りをつけて、既存の事業とかを活用しながら、いい計画を作っていきたいと考えています。

なるべく医療関係者も行政も皆さんも、人口が減ってきて、人手が足りないわけですから、負担が増えるような計画とか、作業量が増えるような事業というのは、これから控えるべきではないかなというのが私の感想ですので、そういうふうな観点で医療計画をまとめていきたいと思います。

以上です。

○橋本座長 よろしゅうございますか。また随時、報告があると思います。

今、改定部会長が言ってくださったように、恐らくこの次の次期改定が終わるころには、相当な構造改革みたいなのが医療の中で起こってくる可能性がありますので、ぜひそれに耐えられるような、そして日本が直面する問題に東京都が率先して解決できる道筋を見せるような、そういったものを作っていただけたらと思っております。

もしよろしければ、これで閉会したいと思います。

最後に事務局から連絡事項はありますか。

○新倉保健医療計画担当課長 事務局から3点の連絡事項があります。

委員の皆様のお手元に次回以降の会議の日程調整表を置かせていただいております。ちょっと早いんですけども、夏の時期ということもございまして、早目に日程を調整させていただきたいと思います。日程表に○×記入していただきまして、後日でも結構です。事務局に提出をお願いできればと思います。

なお、改定部会の委員も兼ねていらっしゃる方の調整表には、8月分も入っております。改定部会の第7回骨子案提示というところで、一番右の表ですけども、そちらの表につきましては、急慮不可能になりましたので、○×は記入いただかなくて結構です。改定部会の委員の方は、一番右の表ですね、改定部会の第7回の日程調整は改めてさせていただきたいと思います。よろしく申し上げます。

また、席上に用意いたしました保健医療計画の冊子につきましては、そのまま席のほうにお残しいただければと思います。

また、お車でいらっしゃる方につきましては、駐車券を事務局に言っていただければお渡しいたします。よろしく願いいたします。

事務局からは以上です。

○橋本座長

では、閉会します。ありがとうございました。

(午後 4時11分 閉会)