

第7回

東京都保健医療計画推進協議会改定部会

会議録

平成24年7月12日

東京都福祉保健局

(午後 2時00分 開会)

○新倉保健医療計画担当課長 それでは、定刻となりましたので、第7回東京都保健医療計画推進協議会改定部会を開会させていただきます。

まだ、委員お二人がお見えになっておりませんが、定刻となりましたので、順次始めさせていただきますと思います。

委員の皆様には、大変お忙しい中ご出席いただきまして、まことにありがとうございます。議事に入りますまでの間、私、保健医療計画担当課長、新倉が進行役を務めさせていただきます。着座にて失礼します。

まず初めに、委員の皆様の出欠等でございますが、本日は東京都病院協会の稲波委員、瑞穂町健康課長の福井委員からご欠席のご連絡をいただいております。なお、出席の予定ですが、高野委員と河口委員、遅れて来られるようでございます。

こちら東京都側でございますが、事務局である医療政策部のほか、福祉保健局の関係各部、また東京消防庁の職員も出席させていただきます。

続いて、本日の資料について確認させていただきます。

第5回、第6回の改定部会において、各疾病事業の個別検討に入っております。今回は個別検討の最終回ということで、会議次第にございますとおり、災害、精神疾患、在宅療養の3項目について行います。

資料につきましては、資料1-1から資料3-4、それに参考資料の1と2でございます。不足等ありましたら、適宜事務局にお申しつけいただければと思います。

本日ご意見をいただき、事務局ではそれらを踏まえ、今後、目標の設定であるとか、具体の取り組みについて検討を進めていきたいと思っております。

それでは、これからの進行を河原部会長、お願いいたします。

○河原部会長 それでは、会議を進めたいと思っておりますが、本当に密度の濃い会議で、皆さんお忙しいと思っておりますけれども、ぜひご協力のほうお願いしたいと思います。

先ほど事務局からお話がありましたように、第5回、第6回の改定部会において、各疾病事業の個別検討を行ってまいりました。前回の時もお話し申し上げましたが、本改定部会では、国が示した指針等を踏まえて、次期保健医療計画に盛り込むべき内容として、課題や施策の方向について意見を出し、事務局は出された意見を踏まえて疾病事業ごとに設置している協議会でご議論をしていただきたいと思いますと考えております。よろしくお願いいたします。

それでは、議事に進みます。最初は災害医療です。これにつきまして、事務局のほうからご説明をお願いします。

○竹内災害医療担当課長 それでは、災害医療の取組について、ご説明させていただきます。資料1-1をご覧くださいませでしょうか。

最初に、現状及びこれまでの取組状況でございます。

①といたしまして、情報収集機能の一元化でございます。1番目のポツとして災害医

療協議会の設置と東京都災害医療コーディネーターの任用、2番目のポツとして地域災害医療連携会議の設置と地域災害医療コーディネーターの任用があります。これらの説明について、災害医療に関する資料集の資料1をご覧くださいでしょうか。

災害医療コーディネーターについてですが、検討体制と左側に書いてあります。その中で、東日本大震災での教訓を踏まえまして、災害医療体制のより一層の充実を図るため、災害医療協議会を設置いたしました。

この協議会の構成メンバーは、都の医師会、歯科医師会、薬剤師会などになっているところでございます。

それで、昨年12月26日に協議会で審議された内容についてですが、災害医療コーディネーターを都庁と各二次保健医療圏に設置していくこと。その下に部会を設けること、③に二次保健医療圏を単位に、地域災害医療連携会議を設置していくこと。これらを審議し、ご承認をいただいたところです。

そして今回、右側に移っていただきまして、災害時に都庁に参集していただく東京都災害医療コーディネーターについて、3名の方を1月27日に任用させていただきました。

そして、二次保健医療圏ごとに、その圏域内を調整する東京都地域災害医療コーディネーターを、5月14日に12名の方を任用させていただきましたところでございます。

資料1-1にお戻りいただいて、①の三つ目の点でございます。全ての二次救急医療機関に対する広域災害救急情報システム、これをEMISと申しますが、こちらを設置したということでございます。このEMISについての資料は、別の資料3になりますので、ご覧ください。

EMISのシステム概要といたしましては、災害時に医療機関の稼働状況の情報が共有できるということ、そして医療・救護にかかわる各種情報を集約・提供することを目的として作られたものでございます。これはインターネット回線や専用回線を活用し、それぞれの医療情報を見ることができるものでございます。これを各二次救急医療機関に設置したところです。

続いて②でございます。災害時のフェーズに応じた役割分担の確立は、災害医療協議会において、フェーズの見直しと医療機関等の役割分担を、現在検討しております。

これについては、資料4でございます。左上に今後の災害医療体制のあり方(案)と書いてありますが、フェーズの区分ということで、今までは48時間を境として2区分に分かれておりましたが、少し大ざっぱ過ぎるということがあり、今回、フェーズ0からフェーズ5まで、フェーズを6区分にしております。このフェーズ0を発災直後、フェーズ1を超急性期、2を急性期という形で分かれております。

医療機関等の役割分担ですけれども、災害拠点病院は重傷者を主に受け入れる。今回、新設を検討しております災害拠点連携病院は、中等症の患者さんを受け入れる。それ以外の病院を災害医療支援病院として位置付け、超急性期にも疾病等の重症患者がお

り、専門治療が必要な病院がこういったところに含まれます。また、傷病者は重、中、軽症問わず、いろいろな病院に殺到することが想定されます。災害時は総力戦で医療を行っていかねなければならないことから、いろいろな機能を分担しながら、重傷者をスムーズに受け入れられるような形、一人でも多くの命を助けるために、医療機関を色分けしたところでございます。

③は、災害医療体制の確保です。災害拠点病院70か所の指定と施設設備整備事業の実施ということで、資料5をご覧くださいませでしょうか。資料5にそれぞれ災害拠点病院をプロットしており、全部で70か所に指定しているところでございます。また、白抜きのところですが、これは災害拠点病院の中でも災害拠点の基幹病院もしくは中核病院として位置付けられたところでございます。

③の二つ目のポツでございませが、BCP策定支援に向けたガイドラインの作成ということで、資料6の左側をご覧くださいませでしょうか。

BCP策定のガイドラインということで、今回、首都直下による東京の新たな被害想定が策定されました。それによりますと、重傷者2万1,900人を含む負傷者14万7,000人の人的被害が見込まれます。この備えということで、医療機関の維持が非常に強く求められていることから、各医療機関がBCPを策定できるよう、都はガイドラインを策定して配布するとともに、24年7月に全ての病院を集めて説明会を開催いたしました。

それに先立ち、5月28日には災害拠点病院に対し、災害拠点病院のガイドラインを配り、説明会を実施させていただきました。

次に、エレベーター閉じ込め防止対策施設整備事業の実施でございませが、平成19年から22年の4年間で補助事業を実施しており、全ての災害拠点病院に対して、エレベーター閉じ込め防止対策がなされたところです。

また、耐震診断、新築建替、耐震補強工事に係る補助事業の実施ということで、現在、災害拠点病院の診療棟のほぼ100%は、耐震化をされているところです。

④の東京DMATの体制強化ということで、今現在、DMAT指定病院は25か所を指定し、DMATカーの計画的な配備をしているところです。

資料7をご覧くださいませでしょうか。東京DMATの活動ということで、平成16年からスタートしております、大震災の大規模災害等の救急現場に出場している災害医療派遣チームでございませ。先ほど申し上げました、都内に25か所の病院を指定し、隊員874名の方々を養成しているところでございませ。

医師1名、看護師等2名、これを1チームとして計3名で出場しているところです。

東京DMATは、現在までに348件の現場に出た出場実績がございませ。

この下の東京DMATカーですが、今回の東日本大震災の教訓から、DMATの機能強化を目的としてDMATカーが作られたわけでございませ。23年度は10か所のDMAT指定病院に配置したところです。24年度に残り15か所へ配置する予定と

しております。

続きまして、2の課題でございます。災害時における情報の集約化ということで、災害医療コーディネーターを中心とした情報の収集、そして一元化を図っていきます。また、情報ツールの一元化を図るためには、そういった情報ツールが極めて重要であることから、情報ツールの検討、活用が課題となっております。

2番目として、医療機関、保健所等の役割分担の明確化ということで、地域特性に応じた発災から中長期に至る各関係機関の役割分担の検討を課題として挙げております。

③といたしまして、医療機関の事業継続と発災時の対応でございます。配布したガイドラインに基づき、各病院がBCPを策定していく。それと、病院の継続維持のためには電気、ガス、水道といったライフラインの確保をしなければなりません。あと病院棟の耐震化の促進や自家発電の設置促進も、課題として挙げております。

④といたしまして、東京DMATの更なる充実ということで活動要領等を作っておりますが、それを踏まえ、東京DMAT隊員を養成していくところでございます。

3番の施策の方向といたしまして、情報収集機能の一元化、災害時のフェーズにおいた役割分担の確立、災害医療体制の確保、東京DMATの体制強化ということで、現在、災害医療協議会で災害医療体制について検討しているところです。

東京DMATについても、東京DMAT運営協議会で検討を重ねているところです。私からは以上でございます。

○河原部会長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明に関しまして、何かご意見とかご質問ございますか。

○細川委員 質問させていただきたいと思いますが、資料4のフェーズですけれども、⑤と⑥の災害医療支援病院と診療所等のところについてご説明いただきたいと思うのと、⑦の応急医療救護所をこの中に書いていませんが、トリアージがそれなりに大きなお仕事かと思えます。その辺はいかがでしょうか。

それから、資料3のEMISですが、通信関係、情報通信は非常に重要だと思いますが、1本ではなく通信自体を複線化しておかないとだめなので、衛星電話等も考えられますが、EMISをその一つとして活用したいなと思っています。行政機関のほうにも入れるという話が何か一時あったと思いますが、その辺はどうなっているのかなということ。

3点目は、搬送体制です。いろいろな道路なりの啓開がどういう状況にあるかもありますが、トリアージをしても、その先の搬送が非常に難しくなっているので、そこが大きな課題だと思っております。

最後に、訓練をきっちり書いておいていただきたいと思います。訓練、例えば情報通信網も、EMISがありますといっても、使ったことがなければ、いざという時に使えないわけです。そういう訓練の必要性もきっちり出していただきたいと思いました。

○竹内災害医療担当課長 資料4でございますが、応急医療救護所と医療救護所の違いに

ついてご説明させていただきます。今、協議会の中でも検討しているところですが、応急救護所については超急性期、医療救護所というのは急性期以降というふうにとらえていただきたいと思います。超急性期にあつては、それぞれの医療機関に傷病者等が殺到していくということでございますけれども、殺到した時に、軽症者を一時的に収容していただくのに病院の近くに医療救護所を設け、応急救護所として位置付けていきたいと思っています。

軽症者をそこに流して、重症者等を円滑に病院等で受け入れるために応急医療救護所として位置付けております。

急性期以降になってきますと、救護所等で慢性疾患などの医療ニーズが増えてきますので、応急医療救護所に医療救護所を設け、慢性疾患の対応、それとか公衆衛生的な対応をしていただく。⑦と⑧はそういったような形で区別をさせていただいているところでございます。

○細川委員 トリアージに必要な役割じゃないかなと。救急救護所でトリアージをやるかどうかというところです。

○竹内災害医療担当課長 応急医療救護所においても、まず病院の前で門前トリアージを行い、重症者は病院に、軽症者は応急医療救護所という形になってございます。

○細川委員 そうすると、トリアージポストというのは、別に考えている応急医療救護所ということですか。

○竹内災害医療担当課長 はい。

○細川委員 そうですか。ありがとうございます。

○竹内災害医療担当課長 ⑤の災害医療支援病院のご説明ですが、災害拠点病院は重症者、災害拠点連携病院は中等症の収容という形ですけれども、それ以外にも超急性期には疾病の患者さんとかいらっしゃいます。もちろん外傷の患者、その他の病院から来ることもあります。こういった方々を受け入れるための病院ということで、ある意味、災害拠点病院の他に災害拠点連携病院は救急告示医療機関として位置付け、それ以外の病院を災害医療支援病院として位置付けていきたいと考えています。

災害時は、やはり総力戦ということで、それぞれの任務分担を持ちながら、医療活動をしていくと考えております。

○細川委員 伺ったのはこの役割のところ、医療救護班等による病院診療所支援と書いてあるからには、⑤と⑥は、自分のところは閉めて、人材をよそに出すという位置付けなのかどうかを教えてください。

○竹内災害医療担当課長 災害支援病院は、自分のところで開設してやっていただくということ。こちらが要約版で申し訳ございませんが、部会等を出している資料では、診療所について、例えば救急告示医療機関だとか、透析を行っているところ、産科を診療しているような診療所については、継続をして診療していただく。その他の診療所については、一応継続をしていただきたいと思います。区市町村の地域防災計画によっ

ては、医療救護班要員として指定されている診療所の先生方もいらっしゃるのですが、それは地域の防災計画に任せるといって考えているところでございます。

○河原部会長 細川委員の質問、次の資料7にもあったと思いますが、資料4の今のご説明を絡めまして、私からも質問させていただきたいです。⑦と⑧の応急医療救護所、これは急性期あるいは超急性期と医療救護所、慢性期と分けられていますが、阪神淡路とか中越地震までは、超急性期、急性期、慢性期、それから福祉的なサービスという時系列が割合きれいになっていました。しかし、中越沖地震から混在するようになっていきます。最初から慢性期の人が出てきたりするわけで、DMATが48時間を目処と行っていますが、慢性期の装備とか、あるいは医薬品を持っていなかったために混乱したケースがあります。ですから、⑦と⑧に関しては、少なくとも⑧は最初から矢印が出てくると思います。

それから、⑧に関して阪神淡路の例で見ると、2週間目ぐらいから地域の医療機関が復興してきています。ですから、撤収の時期が問題になると思いますので、医療機関が復興してきて、徐々に主軸を移していかないといけないので、3か月というのはどうかと思います。

それから、精神疾患のある方、特に在宅で介護保険を受けられている方、福祉避難所的な、普通の避難所に収容することができない方がおられます。福祉避難所の発想がないということと、それから特に介護サービスを在宅で受けている人が23区だけでも24万人ぐらいいると思いますが、その人達の安否確認を福祉避難所や医療機関につないでいくシステムを作らないといけないと思います。これが医療計画の問題かどうかは別にしてですが。

最後に、東京消防庁の230台ぐらいの救急車をどこに使うかです。足りないということを知ってもらって、軽症の場合は自分で行ってもらうとか、あるいは重症でも近所の方が力を合わせて、それこそ自助、公助、共助のシステムで補完しないと。230台を、例えば高度な災害拠点病院に送るとか、あるいは地震の時を考えれば横田基地とか羽田への域外搬送に使うとか、いろいろ使い道があると思います。そういうところをきちんとやった方が本当の災害の計画になると思います。

○竹内災害医療担当課長 そういった搬送体制は極めて重要だということは認識しており、搬送体制について協議会で検討しております。しかしながら、かなり期間的に短い中であるため、それができないようなことであれば、搬送体制について引き続き検討していきたいと考えているところです。

また、先ほど細川委員がおっしゃってくださった訓練は通信訓練、これはEMISだとか、そういった通信の訓練も年に二度ほど病院等を対象にして行っております。

今考えているのは、災害医療体制について構築しつつありますが、実効性があるものにするためには、訓練はなくてはならないと考えているところでございますので、訓練の具現化に向けて検討していきたいと考えております。

○河原部会長 資料がたくさんありますから、細川委員の他の資料のご質問は後で答えていただくとして、資料4に関して何かこの機会ですから。

○永田委員 実際には備蓄をしていくというのは3日間程度のものを災害拠点病院に置いておけるのかを考えると、既に医療救護所の立ち上げが3日目からスタートしているのも遅過ぎると思っています。その手前からやっていって、その後にストックセンターを立ち上げるようになっていきます。1週間程度までになっていますから、ストックセンターは3日目以降です。3日間は耐えろということですが、耐えられるはずないですね。そういったことで、部会で医薬品の供給体制のあり方をやったはずなのに、なぜここに書いていないのか。

もう一つは、6番のところ、診療所等で5番に関して、医療救護班等による病院・診療所の支援をしていく、応援隊が入っていく、多分3日間は不眠不休でやっていくというのは大変ですから、当たり前だと思います。その下にある医療救護班、歯科医療救護班と入っていますが、何で薬剤師班は入っていないのでしょうか。薬剤師は要らない、72時間以内という判断で物事を進めていくということでしょうか。

○竹内災害医療担当課長 すみません、ここの中で抜けておりましたので、訂正させていただきますが、こちらは災害医療協議会の部会で出した要約版でございます。部会に出させていただいた資料の中では、ストックセンター等もかなり早い段階で入っており、少し違う部分があり申し訳ございません。

○永田委員 では、ぜひお願いします。

それと、いわゆる急性期、発災直後から超急性期、急性期のコーディネーターの役割ですが、災害医療コーディネーター3名の方がいらっしゃって、地域災害医療コーディネーターが12名決められて、区市町村がコーディネーターを立てて、横の流れはでき上がったと思いますが、物の流れが地域災害医療コーディネーター及び都の職員から医療救護所に直に入るようになっていきますね。その間の連絡が、これはついていっているようになっていきます。そうしますと、コーディネーター同士の話し合いはできているのかできていないのか、そして物だけが医療救護所に勝手に入っていきような流れになっていて、一体、誰がそういうコントロールをしていくのかということのと、コーディネーターが中心になってそれを全てやるということになりますと、パンクしますよね。誰が支援をしていくのかというのが絵柄の中に入っていないと、物の流れ、人の手配、そしてどのような災害で、いわゆる治療を必要な方々がどの程度、どこに集まっているのか、それぞれの役割を果たす人間がコーディネーターを支援するという形になっていないと、そういう考え方がつながらなくて、パンクするだけになってしまっていて、これは、ひょっとしたら東北の時に起こった変な流れをそのまま踏襲しているようにしか見えないように感じますが、いかがでしょうか。

○竹内災害医療担当課長 先ほどお話ししましたように、こちらは要約版でございます。部会に出した資料の中では、物の流れ、もしくはコーディネーターのそういった情報連

絡体制だとか、具体的に書いてあるところがございます。

先生方が今おっしゃった内容については、きちんと網羅されていると思っております。

○長瀬委員 見当違いかもしれませんが、東日本大震災があった当日、私は都内にいました。その時に電車が止まってしまい、うちに帰ろうといったって帰れないわけです。自動車に乗ろうと思ったら、ぴっちりで動けない。そういう時に搬送といったってできないのではないですか。全然動かなくて、6時間までが大変だということに、あの時は6時間過ぎても次の日の朝まで全然動かなかったような状況だった気がします。帰宅難民はしっかり出ていますし、道路を歩いていましたよね。道は通れない、自動車をどうやって動かすのかなど。そうすると、タクシーを停めるとか、けがのない人はそこを動かさないでいろとか、そういうようなことをしないと、いろいろな人を助けられないのではないかと思います。

○河原部会長 そうですね。実際そういう事態になりましたよね。いかがでしょうか。

○竹内災害医療担当課長 帰宅困難者対策の条例では、動くなと呼びかけているところがございます。その他に、傷病者についてはどういうふうに病院や医療施設に搬送していくのかということですが、初期の段階では緊急車両でしか動けないかなと思います。もしくは、隣保共助によって、マンパワーを活用した担架搬送が主になっていくのかなと思っている次第でございます。

○河原部会長 搬送の問題、一つ重要ですが、他に何かご意見ないですか。

○白石委員 資料4の①で、区市町村でも災害医療コーディネーターを設置することとなっておりますが、資料1でいえば、東京都の災害医療コーディネーターと地域災害医療コーディネーターは、医師へ委嘱してコーディネーターを設置していますが、区市町村のコーディネーターというのは、どういう形で委嘱をしたり、任命をしたりするのかというのが不明なものですから、どういう位置付けになっているのかをお聞きしたいと思います。市町村でいえば、震災が起きた場合にはすぐ地区の医師会に災害対策本部ができて、その下で活動をするということになるので、市町村の中で別にこういうコーディネーター役が出てくると、指揮系列といたしますか、災害時の対応が2系列になってしまうような、そういう心配があるものですから、この役割について教えていただければと思います。

○竹内災害医療担当課長 東京都に参集いただく東京都コーディネーター、そして医療圏ごとに設置していく地域災害医療コーディネーターを任用したところではございますが、区市町村の災害医療コーディネーターは、区の状況・災害医療に関しての情報など、いろいろこのコーディネーターと連携を密にしていきたいということ。

また、地域災害医療コーディネーターのカウンターパートとして、今後、設けていただかなければいけない。そういう区の情報を地域災害医療コーディネーターと情報共有するために、区市町村災害医療コーディネーターは必置でお願いしたいということも各自治体に言っております。また、地域のコーディネーター12名の方々に聞いた

ところ、区市町村にコーディネーターがいないと、我々としてはこれを推進していくのは難しいという意見もいただいております。そういった意見も反映しながら、災害医療協議会の中で、絶対に必置だということを、今やっているところでございます。

○河原部会長 災害医療コーディネーターについて、資料1ですが、3名の方、うちの大学からも大友教授が入っていますが、この都庁に参集というのは、もし電車とかが止まったらどういふふうに行くことになりますか。

○竹内災害医療担当課長 今、考えているのは、緊急車両を持っている機関等に災対本部からお願いをして、コーディネーターの方に来てもらうような形を、今検討しているところではございます。

○河原部会長 例えば、海外出張とか国内の出張で3名ともいない場合もありますよね。十分考えられますよね。そういう時に、代替手段とか代替要員を確保しておくのがBCPの考え方だと思いますが。

○竹内災害医療担当課長 その代替の手段については、今後また検討させていただければと思います。

○河原部会長 ほか何か。今、資料1にも及びましたけれども、資料1、あるいは資料4、よろしいですか。

では、他の資料2から3、それから5以降ありますが、先ほど細川委員のご質問があったと思いますが、もう一回、言ってくれますか。

○細川委員 資料3のEMISの件ですが、災害拠点病院だけではなく二次救急病院にもということをおっしゃったかと思うんですが、たしか保健所にも置いてくれるというお話も出ていたと。それから、保健所だけではなく、市町村はどうするのかなど。要するに、行政機関も連絡体制の中に入っていないと困るので、その辺をどうお考えか、どうしていこうとされているか教えてください。

○竹内災害医療担当課長 6月29日に第3回の部会を行いまして、その部会の資料の中では、EMISの配置について、その他の医療機関や保健所などには、EMISを配置していくことを検討することになりましたので、設置するような形で進めていきたいと考えております。

○河原部会長 それでは、全体を通じていかがでしょう。

資料6ですが、BCP、これは医療機関に策定のガイドラインを提示して作ってもらおうと。今、医療機関は大体四、五%ぐらいしか作っていないと思います。資料6の右が、その項目だと思いますが、資材とか施設のことがありますけれども、医療従事者のことはいいですか。発災時間によって分布が変わりますよね、そのあたりは。

○竹内災害医療担当課長 資料の作りが分かりづらいですが、BCPのガイドラインの中では、人のことも十分入っております。人の参集状況等も全部加味しながら、いろいろな医療体制についてBCPを作ってくださいということになっております。

○河原部会長 例えば、ある民間病院に勤務している医師で、通勤時間、電車で1時間ぐ

らいかけて行っているとしたら、夜、発災した場合には家に帰っているわけですよ。その時に、もう物理上、絶対に歩いてでも行けないわけですよ。そういう時に、近くの医療施設に参集するとか、何かそういうふうな方策で、医療資源を無駄に使わないような形のことは考えられていないですか。

○竹内災害医療担当課長 ガイドラインの中に、そこまでは踏み込んで書いておりません。

○河原部会長 もう一点、BCPに関して、消防と救急は市町村業務ですよ、あるいは広域の。それと、都のBCPと市町村の消防とか救急、災害の時、非常に大事な部門とのBCPの調整みたいなものはありますか。

○竹内災害医療担当課長 ガイドラインの中には、関係機関との調整は載っておりますが、具体的な内容までは中に入れておりません。

○河原部会長 災害は非常に課題が多いから大変だと思いますが、今までの医療計画がうまくいかなかったのは、要するに社会目標を記載するだけで、具体的な施策体系なり実施計画を挙げてこなかったからです。だから、私が考えるには、実際に地震が起こればうまくいかないのではないかなと思います。その点いかがでしょうか。

○竹内災害医療担当課長 BCPというのは、本来、その病院の責任において計画を策定するものでございます。我々がガイドラインを作ったものは、震災時のBCPをどのように作ったらいいのかが、全くわからないという病院が非常に多かったからです。

そういったところで、このガイドラインというのは、こういう形で作るんですよというのを一つ示させていただきました。具体的な計画例も入れております。こんな感じで作っていただきたいと。内容については、病院ごとにまた違うと思いますので、病院で考えていただきながら、具体的な内容をBCPの中に盛り込んでいただきたいと思います。

○河原部会長 それでもう一点、民間がやっているような活力を政策の中に取り入れることも重要だと思います。例えば、都が運輸関係でどういうところと契約しているかわかりませんが、BCPを策定している運輸業者とか倉庫業者と優先契約を結ぶとか、それは民間の病院でも当てはまると思います。官民というか、民間の活力も政策とリンクしてうまくやれるようなことが考えられれば、私は一番いいかなと思います。

○竹内災害医療担当課長 資料6の右側ですけれども、例えば災害拠点病院の一つのインセンティブとして、右側に3、その他とあります。その一番上の丸で、緊急時石油燃料の供給というのがありますが、石油連盟と協定を結びながら、災害拠点病院に対して、油の優先供給ができるような仕組みも作っているところではございます。

○河原部会長 わかりました。日本赤十字社では、災害時の車両はガソリン車、ハイブリッド、電気自動車、ディーゼル、そういう形で手段を分散しています。それもひとつ参考になるかなと思います。

他に何かご意見ございませんか。

○桑名参考人 施策の方向という書き方からすれば、こういうふうにとまとまるだろうなど

と思いますが、実効性に関して、もう少し詰めておいたほうがいいのではないかなと思ったので、少し意見を言わせていただきます。先ほど、河原先生からの人の問題についてです。例えば自分の例で言いますと、勤務先がある市で、住居地が練馬区ですから、発災時には病院へ行けません。病院の役割がたとえ決められていても、行けなければ役に立てません。ですから散在している人的資源をうまく使う方法を考えたほうがよいのではないかと思います。発災時にはその地域にはこういう医師がいるから、こういう看護師がいるから、こういう薬剤師がいるから、この人達でチームを作って、とりあえず72時間乗り切る、あるいはトリアージもするというのをやらないと、コミュニティが破壊された時には役割を果たせなくなります。発災時に関しては、システムが動かない場合のことも触れておいたほうがよいと思います。

先ほどフェーズのところ、亜急性期がありましたが、亜急性期という言葉は中途半端なので削除してしまったほうがよいと思います。

それと、いろいろなシステムを作っても、個人のデータがない中では、システムの動かしようがないです。ですから、もう少し都民の個人データを知ることができるようなツールがあればいいなと感じました。

東日本大震災の時、一番役に立ったのがお薬手帳でした。全て流されてしまって。何の病気で何の薬を飲んでいるかなんてわからないので、薬が欲しいと言われても大変困ったことを思い出しました。その辺を一緒に含めた具体的な方策じゃないと安心できないのではないかと思います。

○河原部会長 厳しいような議論になっているかと思いますが、今度の医療計画の10分野のうち9分野はいろいろ問題があっても、一応安心して医療にかかることができますが、災害に関しては、本当にどういう被害で、我々の命があるかどうか自体わかりません。だから、せっかくこういう場を用意していただいていますから、できるだけ施策を充実したいなということで議論しているわけです。

○林委員 要介護者のことが心配ですけれども、都レベルでは要介護者がどこにいないかなんてわからないと思いますし、ケアマネジャーが知っていると思いますが、地域包括支援センターでも細かい住所だとか要介護度まで全部把握できないと思います。その辺を地域のコーディネーターですか、とても無理ではないかなと思うんですけれども、もう少し狭い範囲で何かできるような仕組みを考えてもらいたい感じがします。

○河原部会長 いかがでしょうか。

○竹内災害医療担当課長 要介護者については、区市町村にリスト等がございます。災害時の対応は、区市町村が主体になるべきだというふうに私は考えております。そういった意味で、今後また要介護者等について、関係各部署と検討しながら、いろいろ検討していきたいと考えております。

○河原部会長 いかがでしょう。時間がないので進みますけど、水の問題ですが、平時の医療をやっている場合に、1病床当たり1日1トン要ります。それを節約しても、や

はり知れていると思います。

それと、受水槽が耐震化していても電気が止まれば終わりですし、来るまでの導管が破損すれば終わりですので、医療用の水、1トンで計算したら、昔計算したことがありましたが、平時で23区だけで1日7万1,000トンの水が病院に必要です。だから、電気も大事ですけども、それ以上に水がなければ医療ができませんので、水の問題はまた十分ご検討ください。

よろしいですか。

では、これにつきましても、資料1-1の課題のところで意見出しをお願いしたいと思います。

それでは、次に、精神疾患医療に移りたいと思います。

では、ご説明をお願いします。

○大滝精神保健・医療課長 それでは、精神疾患医療につきまして、ご説明させていただきます。

資料2-1と資料2-2でご説明させていただきます。

また、個別に配付させていただいております、都民を支える精神保健医療福祉の連携構築に向けて意見具申ということで、都の地方精神保健福祉審議会の中で、本年4月26日に意見具申をいただいております。印刷物がまだ間に合っていないためコピーになっておりますが、平成21年6月から審議を開始し、基本的にはこの考え方に基づいて、今後、施策を展開していきたいと考えてございます。

こちらの資料は、ご参考までに後ほど見ていただければと思います。

それでは、資料2-1と2-2でご説明させていただきますが、精神疾患は初めてということもございますので、事業については2-2でご説明させていただきますながら、1と2の両方を置いていただき、交互に見ていただければと思います。

まず、2-1でございます。現状及びこれまでの取組状況ということで、精神疾患の特徴として、以下の発症や病症の変化に周囲や本人も気づきにくい等、四つの項目を挙げてございます。

次に、精神障害者を取り巻く現状でございますが、障害者数は、都では平成20年10月の国の患者調査の段階では31万1,000人、うち入院が2万3,000人、外来が28万8,000人でございます。また、精神障害者保健福祉手帳の取得者は、平成20年度末で4万5,000人だったところ、平成22年度末が6万2,000人で3割以上増加しており、極めて伸びているところでございます。

医療資源につきましては、精神病床数は区部の8,203床に対し、多摩部が1万6,231床、人口比を度外視して単純比較した場合、区部と多摩は1対2となっております。

一方で、診療所は区部が755、多摩部が236となり、区部と多摩部は3対1ということで、区部のほうが圧倒的に多い状況でございます。

都全体の地域特性といたしましては、医療資源が精神の場合、区部と多摩部で大いに異なって、これから中身についてはご説明しますが、医療資源とか入院患者のいる場所が非常に偏在しているのが東京都の特徴でございます。

精神保健福祉相談等につきましては、区市町村、保健所、都立の三つの精神保健福祉センターで相談及び普及啓発を行っております。また、区市町村の中では、地域生活支援事業ということで相談支援を行う地域活動支援センターⅠ型が平成23年4月現在で67か所ございます。福祉サービスにつきましては、グループケアホームが22年度実績で3障害4,916人、うち精神が1,222人、これの受入定員となっております。

以下の資料につきましては、資料2-2の1ページが患者の推計、2ページ目につきましては、平均在院日数の推移、入退院患者の推移、3ページにつきましては、精神障害者の通院医療費助成、こちらの年度別実績の推移をつけてございます。4ページにまいりますと、手帳の所持者の推移、5ページには、精神の医療資源の区部、多摩別という状況のものを付けております。6ページが、地域生活基盤の整備状況ということで、グループホームの状況というところでございます。

続きまして、これまでの取組状況ということで、縦の資料にお戻りください。日常診療体制と救急医療体制、次のページにまいりまして、地域生活支援体制という大きな三つのくくりで整理してございます。

初めに、日常診療体制でございますが、精神保健相談は、先ほど申しましたように、精神保健福祉センターや保健所、保健センター、市の保健センター等において対応していただいております。

大きな事業といたしましては、精神科医療地域連携モデル事業と、精神疾患早期発見・早期対応推進事業という二つの事業を持っております。

こちらは資料集の7ページでございますが、モデル事業ということで、平成22年、23年はネットワークモデル事業を行ってまいりました。24年度は単年度事業といたしまして、連携モデル事業を行っております。こちらにつきましては、モデル事業の圏域を区東北部と南多摩の二つの圏域で行っており、会議の開催とか患者の受け入れの施行、また診療情報提供書や地域連携パスなどの取り組みを課題等に挙げて実施しているところでございます。

実際に、この事業は、来年度以降の保健医療計画に精神疾患が加わるということで、その計画を見据えた地域連携の課題の抽出をやっていこうというところでした。そういう意味では、例えば診療情報提供書とか地域連携パスについてここで確定するというものではなく、こういうところを少し取り組んでいただきながら、25年度以降にどういう取組をしていくか、進めていかなければならないという形に事業はなっております。

続きまして、8ページのところでございますが、早期発見・早期対応推進事業について

てです。こちらにつきましては、精神疾患が、発症後早期段階での治療が重要ということで、初めに患者さんが受診する時には、内科とか一般診療科を受診する傾向がありますので、精神疾患を早期に発見し、重症化を予防していくためには、内科などのかかりつけ医と精神科医との連携を進めることが必要であるということで、都医師会を通じ、各地区医師会で取り組んでいただいております。事業内容は左側にございますように、一般診療科の医師に対する研修や合同症例検討会、研修テキストの作成と研修テキスト、これはもう既にメンタルヘルス連携ハンドブックを作っておりますけれども、こういうものを活用しながら研修を行っていくということで、27年度までの間に都内全域での地区医師会で取り組みを進めている事業でございます。

こういう形で、日常診療体制というのは、今進めているというところでございます。

資料2-1にお戻りいただきまして、救急医療体制でございます。精神科救急医療全般、ここに掲げてございますように、基本的には精神科夜間休日救急診療事業ということで、東京都の精神科医救急につきましては、夜間休日の救急体制が基本になっております。この中で、精神科救急医療情報センターでトリアージを実施した上で、初期、二次、緊急措置、合併症という症状に応じた医療提供体制を行っているところでございます。

また、身体合併症につきましては、障害者施策推進部が実施している精神科患者身体合併症医療事業、23年度から医療政策部で行っている、いわゆる東京ルールによる搬送対象となった救急患者の円滑な受入体制を整備する、調整困難患者受入医療機関支援事業がございます。

こちらの詳細につきましては、今度は9ページを見ていただきたいと思います。

こちらは、東京都の救急病院の状況ということで、非常に圏域ごとに偏在化があることを示しているところでございます。☆のところは、いわゆるスーパー救急でございまして、これは南多摩で2か所、北多摩南部で1か所、区西南部で1か所、上のほうに行っただいて、北多摩北部、区西北部で4、区東北部に1ということなんです。ない圏域である区東部、区中央部、区南部については、救急体制がとりにくい現状が実態としてございます。そういう意味では、南多摩を中心とした多摩地域と、区西北部あたりのところが若干あるという形になりますが、それ以降のところの区部は非常に弱いというか、医療資源が少ないというのがここでお示しているところです。

おめくりいただきまして10ページでございます。こちらは精神科夜間休日救急医療の流れでございまして、ここの中で、左側に行きますと、連絡通報員ということで、警察からの24条通報を夜間、または土日に受けているところです。そのまま左から下に降りていただきますと、精神科緊急医療ということで、緊急措置入院の体制といたしましては4病院、墨東、豊島、松沢、府中ではなく多摩総合ということで、都立3、公社1です。この4病院で各4床ずつ持っている状況で進めているところです。

右に行きまして、精神科救急医療情報センターは平日の5時から翌日の9時までと土

休日の24時間体制ということで、救急患者のトリアージをして、それぞれ精神科初期救急医療と精神科二次救急に回すという形になっています。初期救急につきましては、平日と土曜日は17時から22時、休日は9時から17時という体制で2病院、1診療所の3か所の輪番制で行っているというところです。

精神科の二次救急、下の真ん中になります。こちらにつきましては、平日土曜日の17時から翌日の9時まで、休日は24時間という形で、民間の2病院で、多摩で1床、区部のために2床という形で、輪番制をとっているところでございます。

次に、11ページでございます。東京都の身体合併症の体制でございます。こちらにつきましては、I型からIV型と書いてございます。一番上のI型というものは、夜間休日救急身体合併症医療ということで、夜間で身体疾患を発症した精神科の患者は受け入れられます。受入医療機関としては5病院でございます。身体合併症で一般診療ができて症状が落ちついて、精神科の体制という話になった場合、このI型から後方医療という形でIV型に回っていくということで、そこに4病院確保している体制になってございます。

真ん中のII型、III型というのは、精神病床を有する病院を含む都内の精神科病院で、迅速な対応が必要な身体合併症患者が出てきた場合に、それを受け入れてもらうための体制と見ていただければというところで、I、IVとは若干、体制としては異なるものでございます。

それぞれ症状に応じて、5病院と20病院という形で体制を作らせていただいているところでございます。

続きまして、12ページでございます。東京ルールによる受入医療機関ということで、障害部として体制をとっているところですが、東京ルールの安定的運用を図るため、右側でございますが、コーディネーターが受入れ調整をした、判断をした段階での受け入れを国立国際医療研究センターにやっていただいている事業でございます。

こういう形で、東京都の精神科救急体制は行っているというところでございます。

続きまして、また2-1にお戻りいただきまして、2ページでございます。

地域生活支援体制でございます。こちらの事業は、精神障害者退院促進支援事業ということで、16、17年度はモデル、18年度から本格実施しております。

入院中の精神障害者に対する退院に向けた働きかけ、または地域定着への支援を実施するというところでやっております。今年度から地域移行・地域定着の形につきましては、自立支援法で個別給付化されたということで、地域移行体制整備支援事業という形で整理させていただいて、対応しているというところでございます。

アウトリーチ支援事業・短期宿泊事業ということで、二つの総合精神保健福祉センターに配置した他職種の専任チームを編成して、区市町村や保健所等と訪問型の支援、失礼しました、センターは三つで、アウトリーチの支援は三つの精神保健福祉センターで対応させていただいております。訪問型の支援を行って、地域生活を安定化させ

ていくということで取り組んでおります。

また、短期宿泊事業ということで、こちらは二つの総合精神保健福祉センターで取り組んでいるところでございますけれども、アウトリーチ支援事業と連携して、支援対象者の症状が悪化する前に、短期間受け入れて、専門職種による医療的ケアとかを提供していくということを進めているところでございます。

また、普及啓発は、リーフレットの作成とかホームページの掲載、就労支援につきましては、区市町村の障害者就労支援事業を推進していくという形でやってございます。

こちらの資料につきましては、横版資料で13ページ、先ほどお話しさせていただいたところでございますが、精神障害者地域移行促進事業は都内6か所の事業所をお願いしており、病院で入院患者の退院に向けた動機付けを行って、区市町村による支給決定へきちんとつなげていくというコーディネート役をやっていくという形のもので進めていく事業でございます。

14ページにつきましては、アウトリーチ支援事業ということで、こちらのほうも流れを付けてございます。ご参考に見ていただければと考えております。

15ページは、就労者支援の事業概要です。障害者に対する就労支援の状況ということで、参考に付けさせていただいているものでございます。

認知症につきましては、後ほどまとめてご説明させていただきますが、うつ病については、うつ診療充実強化研修事業ということで、保健政策部が地区医師会にお願いして、身近なかかりつけ医を対象に研修を行っております。その中で、東京ころこのちのゲートキーパー手帳を配布したりするなどの取組みを行っております。

また、精神保健福祉センターでは、認知行動療法の研修、また就労・復職プログラムの実施を行っているところです。

最後に課題ですが、先ほど見ていただきましたとおり、医療資源が偏在しているという精神科の特色がございますので、東京都の地域特性だと考えた上で、必要な医療、保健サービスを提供するための地域・圏域の状況に応じた連携体制をどういうふうに作っていくのかは、全般にわたった基本的な考え方になるのかなと考えております。

とりわけ三つの大きな柱を立てさせていただきましたけれども、連携体制を構築していくために、精神科の圏域の設定の仕方をどういうふうに考えていったらいいのか、今の精神医の基本的考え方は、4ブロックという形で動いておりますので、これをやはりどの圏域というか、一つのまとまりとして地域を押しえていくかというのが今後の課題になってくるところでございます。

日常診療体制につきましては、そういうことを踏まえながら、病院と診療所の病診連携、また一般診療科と精神科の連携を作っていかなければならない。また、相談機関を取り入れて、地域から相談機能等が密接に連携して、ネットワークを作っていかないと、日常診療体制といっても難しいだろうと考えているところです。

救急医療体制につきましては、できるだけ身近な地域で症状に応じた対応ということ

で、例えば江戸川区で何かが起こって、入院する時には八王子と、退院する時にどうするのかという問題が実際あるわけで、できるだけ救急医療体制も身近な地域で何かできないだろうかというところが一つの課題となっております。

急性期治療後、引き継ぐ医療とか福祉の後方支援体制等については、区市町村がやっていかなければならないという中で、どういうふうに連携を作っていくかと、身体合併症が救急を圧迫していると言われていた中にも、身体合併症をどういうふうに整理していかなければいけないかが今後の課題です。身近な地域の中で吸収していくためには、一般救急が圏域の世界の中で考えられている以上、精神もまずはそういう考え方に基づいて、その地域の中に精神科の医療資源がかなり手薄であるということなどをどのようにフォローしていくのかを一つ一つ診療医療圏の地域の特性に応じて、何かしらの対応をとっていく、場合によっては二つの圏域を合わせるなど、そういう議論をして、考え方を詰めていかなければならないということが問題点だと思っております。

3 ページにつきまして、課題でございますが、支援体制は入院から地域体制に円滑に移行していく中、国の支援費に切りかわったということで、区市町村も今現在、作業や何かで混乱しているというか、なかなか対応できていないところがございます。今の地域の生活支援というものをうまく円滑に動かしていくということも一つの整理として考えていかなければならないと考えております。

また、アウトリーチを精神保健福祉センターでやっておりますが、今後、こういうものをどのように東京都の中に浸透させていくのかということも一つの大きな課題になってきます。とりわけ国の示されている医療機関が出てくる話のことだけを考えて、ただそれをやればよいということになりますと、東京都はそれなりに医療機関があるわけで、どういうふうに整理していったらいいのかを考えていかないと、アウトリーチも進んでいかないということで、こういうこともきちんと検討していかなければならないということになってまいります。

うつ病をどういうふうに取り組んでいこうかを基本にしながら、患者さんにしてみれば、地域、生活というのは住んでいるところだけではなく、職場とかの話になってまいりますから、こういうものの連携をどういうふうにやっていかなければならないかが課題になってくるだろうと思っております。

3 ページの最後の個別課題についてですが、保健医療計画では、基本的にはうつ病と認知症というのが個別で挙げられています。現行計画の障害者施策の中の精神疾患のところの部分については、依存症や薬物関連、小児精神、発達障害、高次脳機能障害、それぞれ項目を掲げてございます。こういうものも何かしらの方策できちんと掲げていかなければならず、今のところ、次期保健医療計画で少し事項をお出ししていかなければならないのではないかと考えているところでございます。

4 ページ目にまいりまして、施策の方向でございます。まずは日常診療体制の話、二

つ目は救急医療体制の話、三つ目は、地域生活支援体制の話。またうつ病、認知症という形でそれぞれの形を施策の方向という形で示していく。また、我々といいたしましても、意見具申の中に示されている今後展開すべき施策の方向性ということで、三つの連携が必要であるということが意見具申されております。診療科間の連携、地域連携、保健・医療・福祉の連携と、この三つのところをうまく取り組みながら、今後、この計画の話の柱立てをしていきたいと考えているところでございます。

引き続き、認知症になります。

○新田在宅支援課長 高齢社会対策部です。認知症について説明させていただきます。

認知症につきましては、医療と介護の連携を図って、地域で認知症の人と家族を支えていくという観点から、高齢社会対策部でまとめております。

現時点で国から指針が出ていないという状況がありまして、想定し得る課題という形で書いております。

最初に、現状ということで、資料2-2の横のほうを見ていただきたいと思います。資料16で、都内における認知症の人の状況のところ、都内の区市町村の要介護、要支援も含む認定データを用いて、何らかの認知症を要する人の割合を集計したところ、33.1万人になっておりまして、65歳以上、259万人に占める割合としては12.5%と、そういう状況になっております。

資料2-1にあっていただきまして、これまでの取り組みというところで、2ページをご覧くださいですけれども、③のこれまでの取組状況の真ん中あたりに、認知症対策というところで、これまでの取り組みを5点ほど挙げております。

一つ目が、資料2-2の17と18のところに概要をまとめてありますが、東京都におきましては、この24年4月に10か所を認知症疾患医療センターとして指定しております。

資料17の右側に、基本的な考え方が載っておりますが、指定数としましては、基本的に二次保健医療圏ごとに当面1か所を基本としています。現在、指定しているものは26年3月末までという形になっております。

具体的な機能につきましては、ページを1枚めくっていただきまして、資料18のところの右側ですけれども、認知症疾患医療センターの役割ということで、6点ほど挙げております。

一つ目が、専門医療相談の実施ということで、センターには医療相談室を実施し、認知症に関する専門知識を有する保健福祉士等を配置します。この相談室では、本人、家族はもとより、地域の関係機関、例えば地域包括支援センターですとか、区市町村、保健所、保健センター、あとは介護の保健事業所等からの医療相談に応じていくと。必要に応じて適切な機関等を紹介していく役割を担っております。

二つ目は、診断と対応ということで、科別診断を行うことになっております。

三つ目として、身体合併症・周辺状況への対応です。

四つ目で、地域連携の推進という形がありまして、ここは大きな役割の一つとして、センターでは医療と介護とを連携するための協議会を開催し、地域の医療機関や地域包括支援センター、区市町村等々、いろいろな機関に参加していただきまして、地域でいかに認知症の方を支えていくかというような役割をここで担っていきます。

次に、五つ目としましては、人材の育成、六つ目としては、情報発信。大きく六つの役割を担っていきます。

また、資料2-1に戻っていただきまして、二つ目が東京都老人性認知症専門病棟ということで、資料19でございます。これは障害部の事業ですけれども、都内では9か所の病院を専門病棟として指定し、顕著な精神症状や行動障害を伴っている老人性認知症の患者さんで、重度のケアのみならず、積極的な医療を必要とするものを受け入れるという事業でございます。

入院手続としましては、資料19の左にありますように、管轄の保健所または専門病棟を有する病院に相談する。あるいは、精神保健福祉センターの高齢者精神医療相談班の訪問診察を実施するというようなことで対象としております。

また2-1に戻っていただきまして、三つ目の対策としましては、若年性認知症の総合支援センターの設置という形で、24年5月から若年性認知症の方につきまして、65歳にならずに発症する方のワンストップの相談窓口を5月に開設しております。

具体的には医療に関する相談ですとか、介護に関する相談、就労に関する相談、いろいろな相談がありましたけれども、なかなか一つのところで全てを受け切れていなく、それぞれ別々のところに相談しなければいけないという状況が従来ありましたけれども、それをまとめて一つのところで受け入れて、必要に応じては一緒に窓口に行きまして、手続等を行うことも支援として考えております。

資料2-1の四つ目ですけれども、認知症サポート医の養成、かかりつけ医認知症対応力向上の研修の実施ということで、人材育成に関する取組をこれまでも進めてきております。

これにつきましては、資料2-2の資料20に、東京都の認知症対策という形で、概括的に示してございます。

東京都では、平成19年から東京都認知症対策推進会議を開催しており、ここにありますような地域づくり、医療、介護、若年性認知症、最先端の研究、それぞれの分野に応じて部会を設けて取り組みを進めております。そういう中で、認知症のかかりつけ医の対応力の向上ですとか、サポート医の養成ということで事業を実施してきてございます。

資料20の医療の欄の一番上の専門医療の提供のところには実績がありますが、これまでサポート医を395人養成してきている状況となっております。

資料2-1に戻っていただきまして、東京都健康長寿医療センターの運営支援ということで、健康長寿医療センターでは、認知症を特に重点的な医療の取り組みとして行

っており、こういうところに対する支援も行っております。

課題ですけれども、資料2-1の3ページのところ、真ん中よりも少し上に認知症対策とありまして、三つほど挙げております。まず一つ目が、認知症疾患医療センターを中心とした医療・介護関係者との地域連携の推進。センターの役割としては、地域連携の推進ということが一つ大きな役割となっておりますが、これをさらに推進させていきたいと考えております。

例えば、身体合併症ですとか、周辺症状が激しい方への対応をどうしていくか、あるいは地域で認知症の人を支える体制作りをどう推進していくかが、まず一つ課題になっております。

二つ目が、地域におけるかかりつけ医・地域包括支援センター・介護事業者・認知症疾患医療センター・行政等による早期診断・早期対応への取組とありまして、資料2-2の最後のページの資料2-1をご覧ください。去る6月18日に国の認知症施策のPTから出されました方向性の概要ですけれども、真ん中よりちょっと左側のところに早期診断・早期対応という形が載っております。今後、地域でいかに認知症の方を早期に発見し、早期に対応していくかというところが、ひとつ国としての課題と挙げられておりますので、都としてもこういう課題に対してどう対応していくのかを今後、検討していく必要があると考えております。

実際、検討体制といたしまして、先ほどお話をしました認知症の対策推進会議の中に新たな部会を設けまして、国の方向性について都としてどう対応していくかを考えていきたいと思っております。

資料2-1にまた戻りまして、課題の最後ですけれども、人材育成という形になっていまして、先ほど言いました地域連携等を推進していくには、人材の育成が重要ということで、先ほどサポート医の養成等ありましたが、引き続き取り組んでいきたいと考えております。

最後、施策の方向です。資料2-1の最後のページですけれども、最後の丸のところ、認知症の施策の方向を書いてございます。

認知症の人と家族が地域で安心して生活できるよう、認知症疾患医療センターの整備を進めるとともに、センターを中心とした地域の医療・介護関係者等の連携を推進して、認知症の人が状態に応じて適切な医療ですとか福祉・介護の支援を受けることができる体制を構築していくと。これを施策の方向としていきたいと考えております。

私からの説明は以上です。

○河原部会長 ありがとうございます。

ただいまのご説明に関しまして、ご意見とかご質問、いかがですか。

○細川委員 幾つかありますが、一番大きな点として、精神障害者は疾病と障害をあわせ持つから、医療と生活支援が必要だという、そういう概念というのはとても整理する上でわかりやすい話だなと思っていました。今回、初めてこの精神疾患医療というも

のが保健医療計画の中の5疾病に入ってきたということで、初めて書かれることになる。そういった時に、精神疾患医療の取組と書いていながら、かなり地域生活支援体制の話まで書き込まれるところが、ちょっと違和感があつて。東京都も各区もそうですけど障害者計画では、その生活支援なり社会福祉なりというところが中心に書かれているのかなと思いますが、整理の考え方、保健医療計画でどこまで書き込むのかというところのお考えを教えていただければと思います。

○大滝精神保健・医療課長 いただいている意見具申でも、精神疾患が保健、いわゆる予防的な側面と、社会復帰ないし地域移行というところでは密接につながるというところでも掲げられていますように、今お話のところというのは、確かにどこで切るかというのは、いわゆる全体を書くとき精神計画みたいな話になってしまいますし、ご指摘の趣旨等よくわかります。

ただ、本課としての考え方ということになりますが、地域生活の移行の話につきましては、長期入院患者がどうやって退院するかという、医療の側面というのはかなり強い部分がございます、先ほどの13ページにある、肝になるのが精神障害者地域移行体制整備支援ということで、病院から地域に出していくというところまで書く世界かな。そこ以降から、福祉施策につながっていくというところまで書いてしまうと、どこまで入っていくのかという話になってしまうので、事業的な考え方としては、病院から退院に、長期入院を退院させていって、区市町村につないでいくというところまで一連の事業なので、ここまでが守備範囲とイメージしています。

アウトリーチの場合は、逆に今度、地域での早期発見の世界の話にもなってきますので、医療の側面で入院までいかないうちに、症状として抑えていくという話のところでは医療の側面が出てまいりますので、ここではアウトリーチも位置付けとしては、地域の生活支援という形で整理はさせていただいていますが、側面的には日常生活との関係というのは表裏一体みたいなところもありますので、ここら辺が範囲かなと思っています。

日常診療対策の場合は、もうまさしく一般診療科と精神科の結びつきというところになりますので、そういう守備範囲としてはそういう考え方で今のところおります。

○細川委員 就労も書いてあると。

○大滝精神保健・医療課長 就労については、ただ言葉として触れていくとか、そういう程度で、事業名を明確にするかどうかというところは、まだ少し考えさせていただければと思っています。

○河原部会長 精神疾患医療ということで5疾病目に入っていますよね。この5疾病に入っていたのは、私の研究課題を取り上げてくれたからですけど、その研究の内容というのは、4疾病5事業全てにかかわるという位置付けで書いていました。厚生労働省が医療法の改正、事業系が医療法の中で救急医療とか災害医療とか明記されていますから、事業系に入れると医療法の改正をやらないといけないし、一方の4疾病は、

厚生労働省令で規定するものということで、省令改正だけで済んだんです。それで、4 疾病に入れた経緯があると思います。

その精神医療の広がりを考えれば、どこまで線引きするかというのは、非常に難しいと思いますけど、今課長がおっしゃったような範囲が妥当かなと思います。さっきの災害のところで福祉避難所的なところも考えないといけないのかなと思うわけですけど、他の9分野にかかわってくるところ、特に事業系のところ、かかわってくるころが出てくるので、そこは見ていく必要があるかなと私個人は思っています。

ほか何か。

- 長瀬委員 国は、こういうふうに作っていますが、精神疾患は先生ご存じのように、疾患だけでそんなに切れないですよ。せつかく東京都で精神疾患に対する議論を地精審でこれだけやって、ここに資料もありますけれども、これだけまとまっていますので、課としてもこのような形でやっていくという、これを進めていっていいのではないかと僕は思います。随分進んでいるようですし、他の県なんかよりはずっと東京都が進んでいるような気がします。ですから、これにのっとってやっていくのがいいのかなと思っています。
- 河原部会長 今まで都の施策というのは、精神に関してはかなりやられているのは、長瀬委員がおっしゃったとおりでと思います。あと、23区に病院が少ないとか、多摩地域に多いとか、多くはないですけど、比較的あるといった偏在があります。これは、医療計画で片付く問題ではないですよ。本当に診療報酬を東京版で都内の報酬を上げるとか、そういう経済的な措置をやらないと、あるいは税制で変えていかないと、医療計画でどこまで可能だと。
- 大滝精神保健・医療課長 そういう意味では、診療報酬で誘導して増やそうというのが、病床の考え方の整理の中では無理がありますので、考え方としては、今あるものはもう現実の認識をしよう。これを何か増やすというのではなくて、身体合併症でいくなれば、例えば総合病院はどうやって受け入れるのかという話のものがありますし、きちんと受け入れるけれども、セーフティーインする、必ず精神科の病院にきちんと送れるような体制を作っておこうとか、そういうさまざまな発想というのは、今持っている資源の中で知恵を出して考えていかなければならないのかなと思っています。

無理があるようなものも出てくるかもしれませんが、今後の議論の中でイメージという形で持っていただければと思いますが、考え方として、例えば区東北部には一つ拠点になりそうな病院、スーパー救急（精神科救急入院料算定病棟）をやっているような病院があります。ところが、区東部には全くないという話になってきますと、この圏域は二つくっつけるのかという考え方も場合によってはあるかもしれませんが、もしくは精神科の病院としてカバーするのを、区部の場合には線を引いて、多摩東部にあるような病院が支えていくという話の考え方もあるでしょう。そういうものをもう一回きちんと整理していかなきゃいけないというのが、今回の保健医療計画に精神疾

患が入ってまいりましたから、このことを現実を受けとめて何ができるかというふうな形のをより身近にできないだろうかと考えていきたいということです。

○河原部会長 ありがとうございます。

今の現実と与えられた条件で、その中でやっていくという考えでしたね。それが本当に一番いい考えだと思います。この資料9で余談になりますけど、稲城市というのはどっちに入っていますか。

○大滝精神保健・医療課長 ラインになっているのが、東京消防庁の管轄という境になっていますが、南多摩圏域でございませう。

○河原部会長 平成の市町村の合併で、滋賀と佐賀とどこだったかな。消防と医療圏が一致しなくなったことがあります。そういうものですね。

ほか、精神いかがですか。

○永田委員 あまり薬剤師、薬剤師と言いたくはないですが、実際に資料としてお配りをいただきました連携・構築に向けて（意見具申）、この資料を見させていただいて、国が考えているということで8ページのところに、国の精神、保健福祉施策の動向で、精神医療のその後の（1）で、改革についてということがあるわけですが、ページめくって9ページの②に、質の向上に関して、医療従事者の質の向上をしていくに当たって、向精神薬等の大量投薬ですとか、多剤投与の問題というのは、挙げられているわけですね。これはこれで確かに、一部のそういった状況があったことは確かであったと思います。

そういった中で、投薬をする立場というのは、処方切を、それは先生方ですけども、その薬を実際にお渡しするのは薬剤師であるわけで、そういった薬剤師が、例えばお配りをいただいた資料7の地域連携モデル事業の中の絵柄の中に全く薬局は入っていませんし、その後の17ページのところの認知症に関係いたしました地域連携イメージの中にも全く薬局は入っていないですね。

先生方がそういうモデルの中に入っていくって、先生方が処方に関してどういう意図で、どういう治療方針でお考えになられていて、それが処方せんという1枚の紙でしか来ないわけですね。そういった状況で、薬局側が服薬指導を、投薬時に間違えた方向で話をしてしまったら、先生方が考えていた治療計画を全く無視してしまうようなことになり得ないですね。そういうことを考えて、国の施策としても出ていますから、そういったところに対して、組み込んでいただくことをお考えいただけないですか。

○大滝精神保健・医療課長 ご指摘のとおりでございまして、例えば資料7ページのところでいきますと、連携モデル事業という形になっておりますが、既に連携ができるということではなくて、まだこの圏域自体も一般診療科と精神科を結びつけること自体がこれからどう進めていくかということでございますので、薬の関係で薬剤も入っていただきたいということになってきますし、地域連携、または診療連携の中にあつて、そういう一つの一員として大いに考えさせていただきたいと思っております。そうご

理解いただければと思います。

○河口委員 前は急に休みまして大変申し訳ございませんでした。

それで、3点ほど、精神医療について、1点は、この資料2-1の1枚目で、4.5万人から6.2万人まで増えているというデータを出していただきまして、大変ありがとうございます。

これは5年後にどのぐらい増えると、計画を立てる時にお考えなのかという点と、増えるとする、それは若い人の精神医療が増えるのか、それとも高齢者の認知症が増えるでしょうか。これは現在、わかる範囲でももちろん結構です。医療計画であれば、当然5年後の姿を想像して施策を打つというのが前提になると思います。その点については、どのようなイメージをお持ちでしょうか。

○大滝精神保健・医療課長 こちらは手帳の所持者ということでお示したところで、現状ということをお示しているところです。5年後の推計をもって、施策をといるふうなところで考えておりませんでしたもので、正直5年後の推計を持っているものではないかと考えております。

ただ、一時期昔の社会でいきますと、平成9年から12年頃に一たん伸びていますが、平成17年から18年は一たん落ちていたりしています。ただ、もう一回伸びてきているところはありますので、分析というのは、今後必要に応じてやっていかなければならないかなと考えております。

あと、若年性なのかということも、今のところではあれで。

○河口委員 わからなければ、わかりませんと言っただけならば。

○大滝精神保健・医療課長 すみません、わかりません。

○河口委員 私どもが医療計画のワーキンググループで考えていたのは、地域医療計画というのは、その理念を書くのではなくて、資源配分の方向性を示すものであると。そのために、国は多くの指標を提示してきているわけです。病床数が幾らあるのか、こういう相談を受けている人はどのぐらいいるのかという数値を自治体が設定してくれないので、国がわざわざデータとして作れと指示してくるのは、理念を書くのではなくて、資源配分の計画をそろそろ自治体にやって欲しいのだと思います。そのためのデータを加工できる専門家の委員は幾らでもいると思います。例えば、都の都病院の経営委員会のほうにはDPCの達人の石川ベンジャミン先生がいますし、ああいう人にデータを出してもらえば、精神疾患の実態がわかります。専門委員の立場から言うと、まず5年後にどのぐらい疾患数が増えるのかわからないのに計画を立てられますかというのが、非常に厳しい言い方ですけど、一つの問題である。これはコメントです。

二つ目は、個別問題についての依存症やアルコール依存症体制を取り上げることは、これは非常に素晴らしいと思います。東京都の地域特性を勘案した対策であると思います。こちらはぜひ書き込んでいただければと思います。

3点目ですが、精神疾患早期発見・早期対応推進事業を平成23年から既にやられているということですが、これも非常に素晴らしいと思います。これの効果とか、やってみた時の問題点をぜひ教えていただけないでしょうか。

- 大滝精神保健・医療課長 早期発見の話につきましては、スタートが23年度からということで、一回やったところでございます。今の段階で何が課題というか、よかった点としての話は、一般診療科の方が精神の情報をお持ちになっていなくて、ドクター同士の中でこういう研修とか、症例検討会みたいなことで気付きではないですけども、薬の投与の考え方とか、間違えてしまえばどういう効果になってしまうかみたいな話のことが出てくるということで、かなり意識付けができたというアンケート結果でした。

今後の課題という点でいきますと、これをどうやって地に足をついた形で、一回やったら終わりみたいな形にならないよう、定期的な形のものにとっていけないだろうか、そういう連携をとっていけないだろうかというのが課題です。今は一回なので、事業自体のそのもの話ではないですけども、効果のありそうな施策をどのように続けていくかが課題だと思っています。

- 河口委員 ありがとうございます。

追加でコメントさせていただきますと、認知症の研究会に何回か参加させていただいて、ドクターのお話を伺ったところでは、まさにご説明されたとおり、初期診療を早くすれば認知症はかなり有効に防げるということです。ただ問題点としては、これは東京都の関係の方にお伺いしたんですが、結局リファレルされてきても、認知症の専門医が圧倒的に足りない。認知症といってもいろんな病気があって、それに応じた投薬をすれば効くけれども、間違った投薬が結構あって、それをなかなか診断できる専門医がいらっしやらないということです。コメントとしては、この東京都の認知症疾患医療センターなどで人材育成をされるということですので、補助金の要件などにその認知症の専門医を関連させて頂きたいと思います。

以上です。

- 河原部会長 ほか何かございますか。

- 林委員 認知症のところですけど、認知症サポート医の養成ですが、四百何人ということでもいいですけど、これは希望してもなかなか受けられないという問題がありまして、もう少し工夫してもらいたいのと、認知症サポート医を取ったんですが、普及啓発で何かやるとか、どうも役割が明確ではなくて、実際にどんな活動で、どのぐらい役に立っているのか教えてもらいたいと思います。

もう一つは、要介護度が高く、しかもひとり暮らしの認知症というのは、非常に大変ですよね。そういう対策は介護でやるのかなと思っておりませんが、もうちょっと何とか踏み込んでもらいたいと思います。本人も家族も非常に大変なので、そこは何かしてもらいたいと思います。

○河原部会長 いかがですか。何かコメントはございますか。

○新田在宅支援課長 認知症のサポート医につきましては、受けられた方、実績としてお示ししましたけれども、そういう方を地域でどう活用していくというのは、ご指摘のとおり課題となっているところで、先ほどの初期診断、初期治療が必要だということもありますので、課題で挙げさせていただいた連携の取り組みの中で疾患センターもかわりながら、そういう方の活用を、さらに進めていきたいと思っております。

あと、認知症の方で、介護度が重くてひとり暮らしをされている方につきましては、地域包括支援センターを中心として、地域での見守りの体制を作っていくというところが一番重要なのかなと思っております。都でも、今年見守りの関係者会議を立ち上げまして、そういう中で認知症の方だけではないですけども、地域で見守りが必要な方について、いかに効率的に見守っていけばいいのかを検討しているところでございます。

○林委員 私の認識では、見守りだけでは幾つか持っているだけで、施設ですよ。施設が足りなくて、グループホームも認知度だともうどうしようもないとか、排せつがだめになると居宅ではとても難しいですよ。どこへ入れようかという、普通の病院も入れてくれないし、これがもう一番大変なのではないかなと思っております。

○加島副部長 先ほど河口委員が言われた、5年後の東京都がどういう疾病構造になって、どういう数のものがあるかというのは、前回の救急もそうでしたけれども、5年後に救急患者がどのぐらい、どういうふうに発生して、重症度とかそういうのはどういうレベルになるのかという想定をある程度しておかないと、医療資源をどうやっていくか、私は国保の立場で国保料がどんどん上がってくると。その限られた中で本当に救える人を救っていかなきゃいけないということを考えるんだったら、それをやらなきゃいけないと思います。

それで、ごく最近に厚生省が医療費給付実態調査というのをやりましたが、一般の組合健保が一人当たりの医療費13万4,000円ぐらいなのに、市町村国保は29万で、約倍近くかかっている。その原因が、精神及び行動の障害や神経系の疾患が多い。これは30歳から34歳と60歳から64歳までの組合健保と比較すると、国保のほうが精神疾患はすごく多い。

この間もお話ししましたが、KDBシステムといって国保データベースシステム、要するに国保だけのレセプトデータを持っています。年齢別、疾患別の情報を持っております。ただし、国保の病人しかわからないですが、そのデータをうまく活用して、医療計画や何かに使っていければ、すごくいいのではないかなと思います。

ただ、26年からの稼働になりますので、今回の医療計画には間に合わないかなとは思いますが、途中でもそういうデータが使えるようになりますので、ぜひ科学的にそういう数字を使いながらやっていければいいかなと思います。

○河原部会長 簡単にやろうと思えば、国立社会保障人口問題研究所が、市町村ごとに将

来人口の推計をやっていますよね、年齢階級別の。今の医療水準は変わらないと、将来も変わらないとして、例えば患者調査のデータとかけ合わせれば、簡単に出るのは出ます。簡単な概要ぐらいわかります。

いずれにしても、全国的に見れば、あと20年で高齢化がピークで、3,600万人ぐらい高齢者になりますよね。後期高齢者が増えて、前期が減るということで、当然疾病構造が変化して、例えばがんが横ばいになって、急性心筋梗塞とか、脳卒中が増えるとかという形で、医療需要は5年後、10年後をはじくことは単純にはできると思います。

ですから、今までの議論でありますように、将来のマーケットの規模がわからなければ、なかなか有効な手だては打てないかもわかりません。もしできればそういうふうなところにもちょっとアプローチしていただければと思います。

ほか何か。

○山元委員 認知症のことですけれども、資料20とか21で見ましたが、認知症を発症したらとか、認知症とわかったらというところで次にどうするかということが書かれていますけれども、その前に、認知症を発見するところをどういうふうにしていくのかなというところがあります。早期にアセスメントが、例えば誰でもできるような状況を作っていく、この人は認知症の可能性があるのでないかという発見をどういうふうにしていくのかが何か入ってきたらいいのかなと思っています。

もう一つは、個別課題の高次脳機能障害についてです。脳卒中の患者さん等が多くなって、結果的に、高次脳機能障害になったという方が通所で今いろんなことをやられていますが、何年間も同じ通所に通ってもよくなる、そのまま高次脳機能障害でだんだん悪くなっていく一方で、年齢は重ねていくというような状況の患者さんが多いことを通所の人達から情報をいただいています。高次脳機能障害については、区市町村で支援の促進事業ということが個別課題として挙がっていますが、医療職、多職種、例えば通所にいる人達、ヘルパーさん、看護職、ソーシャルワーカーとか、リハの方とか、医師も含めてですけれども、多職種で何かネットワークを組むような形で、地域で支援する体制ができていけばいいのかなと思っています。

○河原部会長 何かございますか、ご意見。

○新田在宅支援課長 認知症の早期発見をいかにしていくかというところですが、なかなか難しい面もありますが、資料20の地域づくりの2枚目の二つ目のところに、都民向けの理解促進ですとか、普及啓発というところで、認知症のサポーターやキャラバン・メイトの養成もやっております、こういう中で認知症に対する都民の方の理解を深めていただいて、地域の中で変化に気付いていただくというやり方も一つあるのかなと思っております。

○河口委員 すみません、補足です。質問ではありません。私が研究会で聞いたところでは、かかりつけ医が一番有効だそうです。高齢者は外来受診の頻度が高いので、来た

時につかまえると。ある県の事例では、初診で来た時に問診票のところに、うまく認知症のスクリーニングテストを入れ込んでおいて、全数やるそうです。そうすると、うまくつかまるということなので、かかりつけ医がまず先に実施するというのが一つの方法であります。

それから、免許の更新の際にスクリーニングがあると思うので、そこをうまくつかまえるというのも一つの手であると思います。

○細川委員 運転免許ですか。

○河口委員 運転免許です。

○河原部会長 ありがとうございます。

○桑名参考人 国の施策の中で、資料21でとても気になる文言があったので、東京都はどう考えているかをお伺いしたい。「これまでの不適切なケアの流れ・・・」というのは、問題のある言い方ですね。現場では大変苦勞してケアしているにもかかわらず、不適切だと言われてしまったことには憤りがあります。都としては、これをどうとらえているのでしょうか。

もう一つは、いろんな数字のことを河口委員も座長もおっしゃいましたが、例えば資料20でキャラバン・メイトがこのぐらい、認知症サポーターが何人、それからセンターが幾つ、サポート医が幾つということで載っています。これだけ作ったよというのはわかりますが、実績がどうなっているかを将来に向けて知っておかないと、把握しておくべきだと思うので、例えば一人のサポート医が年間どのぐらいの認知症の方にかかわっているのかとか、サポーターがどのぐらいにかかわっているのか、だからどのぐらい養成することが必要なかというところにつなげていただければと思います。

○河原部会長 不適切はいかがでしょう。

○新田在宅支援課長 国の方向性は、できるだけ一つの丸にあるような、個人の場合、意思の尊重ですとか、できるだけ住みなれた地域で住み続けられるようにというのが主眼だと思いますので、不適切なケアというのがどうだったかというところの直接的なコメントはできませんが、こういうふうな国の方向性を踏まえた検討は、都としては行っていく必要があると考えております。実際行っていきます。

○河原部会長 では、よろしく申し上げます。

○細川委員 ○細川委員 地域連携という言葉が何回か出てきましたけれども、地域連携の一番重要な点は、日常から顔の見える関係を作ることだと思いますが、地域がばらばらなので。一般医療は二次医療圏で感染症はまた別のブロックがあって、精神は今見ていると、9ページのところには、この太い線が精神の何かブロックなのではないでしょうか。二次医療圏とはちょっとずれたものが出ていて、それから認知症は認知症で18ページと19ページを見ると、10か所と9か所でそれもまた違う病院になっていたりとるので、なかなか地域の保健所なり行政の側から見ると、あれはこっち

でこれはこっちでという連携のしにくさが感じられてしまうので、その辺は何か全体としての統一をとれる方策はないものでしょうか。資源が偏在しているということは十分承知しているながら、地域の考え方を先ほど検討されると言っていましたので、それに期待したいなと思っております。あと大変小さい話で恐縮ですが、精神科救急ですけれども、夜間・休日をやってくださっている。病院は平日も午前中開いている。一番困るのが平日の午後で、平日の午後に何かあった時には、5時にひまわりの通報が始まるまで待っているみたいな話がすごく多くなっていたという記憶があるので、平日の診療体制というのはどう考えたものか、少し意識に上らせておいていただけるとありがたいなと思います。

- 新田在宅支援課長 ご指摘のところは全くそのとおりでございまして、言葉では地域連携というのは言いやすいですけれども、実態としては医療資源が、皆さん現場で支えていただく人達と同じ中で、さまざまなものまで抱えるというところはございますので、そういうところはきちんと意識しながらやっていきたいと思っております。

もう一個、精神科救急の話でございしますが、こちらも先ほどの地域連携のモデル事業のところ、区東北部や何かでも、予約や何かがなくともできないかというようなことも検討しながら動いております。こういう中で、作り上げていくしかないかなと思っています。

区東北部の話ですと、ある機関でやってもらっている、受け入れてやってもらっている病院が圏域の残りの4病院に声がけして、保健所からの連絡で受け入れられないかをやっていただきました。それでも何かまだ足りなくて、多摩圏域の多摩東部の病院にもお声がけして、入院をとろうかという話のところまでネットワーク的にはこのモデル事業も含めて動いてみたいとの話がございます。こういうことは、地域の中で、その資源の中で考えていかなきゃいけないだろうなということで、今の取り組みみたいなものを、例えば他のところに波及できないだろうということで、今ご指摘のあった二次救の話につきましても、受入体制の整備という中を意識しながら作っていききたいなと思っております。

- 熊谷障害者医療担当部長 細川先生のおっしゃった救急の件ですが、資料9をご覧くださいと、今後、障害者施策推進部中心に検討していきたいところですが、緊急措置関係、それから初期、二次というだけでなく、それぞれの精神科医療機関の機能に応じて対応できるかどうかについても検討は必要かなと思っております。

これが、例えば精神科救急入院料という診療報酬項目による救急病棟を持っている病院がだんだん増えてきている中で、単に初期、二次、緊急措置という枠組みではない形で、さらに他の医療機関から受けられるようなものを含めて、検討課題として考えられるかなと。ただ、どこの病院でもできるというわけではないので、これはその実情を踏まえて、十分検討していくべきではないかと考えております。

- 河原部会長 ほか、よろしいですか。

○河口委員 国の指針のところ、アウトカム指標ですけれど、ご注意いただきたい点が2点ございます。

1点は、アウトカム指標の自殺死亡率、精神のですね。これは海外でもよく使われる指標なので、それはぜひ採用していただきたいというものです。ただ、このままいくと東京都には不利になるのではないかと思います。というのは、死亡率は年齢別に出さないと、男性で40代とか50代の人が死亡する理由は、倒産とかした場合、経済的な理由で自殺するという経営学の知見があるので、東京都のようにたくさん企業があるところは不利に見えると思います。

アドバイスとしては、自殺死亡率はなるべく年齢別に見たほうが多分正しい指標としてなるでしょう。国より手間はかかりますが、変に不利にならないように指標をうまく使われたほうが良いと思います。

2点目は、これも指標ですが、退院患者平均在院日数です。東京都はすごく短いと思いますけれども、全体的にできれば死亡退院を除いて見たほうが多分正しい実態がわかると思います。特に若年性の精神疾患の場合は、二十歳から入って、おじいさんになるまでいらっしゃる方が結構います。死亡して退院したというのは、レアケースになるので、あまり不利になる心配はないと思いますが、注意されることをお勧めいたします。

あと、何度もここでもって恐縮ですが、いつも看取りの数と認知系の数は、必ず将来予測をしたほうが良いと何度も何度も申し上げます。なぜかと申しますと、地域包括ケア研究会では、都市部の看取りと都市部の認知症の問題というのは、非常に大きな問題であると言われていたからです。

○河原部会長 前回、河口委員ご欠席でしたが、いただいたご意見、数値ですね、指標。国の指標はもちろん使わないといけませんが、先生からいただいた指標も併記したような形というか、参考として調べるような形で事務局にはお願いしています。今日いただいた指標も、この指標のほうが正しいかも、正しいというか、実態を反映するかもわかりませんので、ちょっと見てください。お願いいたします。

○高野委員 認知症の方の中でも高齢者で4分の1位になったり、精神疾患の方も外来に来られるような状況が歯科の場合もあります。そういった時に、ここでの議論になるかどうかわからないですけど、都民への啓発として、例えば認知症と確定しない人というの、ある程度の年齢に達した人とか、または保健師さんが精神疾患の患者、総合失調症などの患者さんに対して管理しているような方もいらっしゃると思うので、そういう方の場合、薬が効き過ぎていると対応がうまくいかない時があります。判断に困った時、相談できる方という、連絡カードみたいなものをお持ちいただくような普及啓発をできないものかなと思いました。先週までは全然対応できたのが今週になって全然だめということがあったり、その家族の方、認知症らしき方は家族も気付いているので、そういう時には電話をくださいと言ってくれる人もいますし、ない場合も

あります。精神疾患の場合には、そういうふうにしてカード状のものを保険証とともにお持ちいただく、書いていただくということを啓発していただくよう方法があると助かるんです。

- 河原部会長 具体的な施策の提案だと思います。時間の関係がありますので、最後にお受けいたしますので、次に進ませていただきますが、その前に精神に関しましても、資料2-1の2ページの課題のところ、前回、河口委員ご欠席でしたが、各委員が一つだけ課題を、他に課題がないか、自分が抱えている東京都の、例えば精神だったらこれが一番重要であるというのを一つ出していただいて、それを事務局でまとめて検討するというので、多分数値の指標では表れない部分も日常の各先生の業務の中で感じられているケースがあると思いますので、そういう形で意見出しをさせていただいています。事務局からメールが来ていると思いますので、よろしくをお願いします。
- それでは、次に在宅です。在宅療養について、事務局からご説明をお願いします。

- 石毛地域医療担当課長 それでは、在宅療養の取組についてご説明いたします。

資料としては、3-1です。こちらをご覧くださいと思います。

こちらの内容を、絵や表の形で示しているものとして資料3-2というA3判の資料がありますので、こちらもお手元に置いていただいて、説明を聞いていただければと思います。

まず、資料3-1、1、現状及びこれまでの取組状況に関してご説明します。

こちらの1、在宅療養にかかる現状の(1)に書いてあるとおり、昨年10月に、都の生活文化局が実施をいたしました世論調査によりますと、都民の42.1%の方が自宅での療養希望をしています。そのうち、59.7%が実現困難であると感じている状況でございます。

一方、(2)から(4)に記載させていただいておりますとおり、都内の高齢者人口、高齢者の単独世帯、都内の年間死亡者数という部分では、平成22年度から37年度までにそれぞれ1.3倍、1.4倍、1.3倍というような形で増加しているところがございます。

(5)に記載させていただいておりますとおり、こちらは全国での集計になりますが、自宅で死亡する割合というものが、平成17年の数字が12.2%でしたが、それを底に若干上昇しているところです。基本的には病院で死亡する方の割合が8割ぐらいということで依然として高くなっている、そんな状況にあります。

こちら全国の数字になりますが、平成52年までにとということで、約49万人の看取りの場なくなるという推計もございます。

これらを総合いたしますと、在宅療養というのは、都民の皆さんの願いということである一方、高齢化が急速に進展している状況にございますので、そのニーズが今後ともますます急激に高まっていくことが推測されるところでございます。

これまでの取組ということで、2のところでございます。4点ここではまとめてござ

います。こちらの取組内容については、イメージ図ということで資料3-2の上段に簡単にまとめてございます。

資料3-1の2のこれまでの取組でございますけれども、東京都は、こちらの(1)に記載のとおり、22年の10月に東京都在宅療養推進会議を設置いたしました。

この会議において、区市町村がこれまで先行して実施してきた事業や東京都のモデル事業など、在宅療養の推進にかかる先行事例について検証を行いまして、在宅療養を推進するに当たっての課題を明らかにするとともに、区市町村をその実施主体として位置付け、今後の取り組み、方向性など、報告書の形でまとめてきたというのが、(1)の部分でございます。

続いて、(2)の部分でございますが、東京都としては、区市町村の主体的な取り組みを財政面で支援する取組として、三つあります。一つ目として、在宅療養支援窓口ということで、病院からの退院促進、患者さんやご家族が地域における療養生活の質を高めていくために、病院から退院する際の在宅における療養環境の調整、在宅療養患者の医療的なケアに必要な情報をケアマネ等のスタッフにわかりやすく提供する等の役割を担う窓口の設置にかかる事業です。

2点目として、後方支援病床ということで、在宅療養が必要な患者さんが地域で安心して生活するとともに、医療や介護のスタッフが安心して在宅療養に従事できるよう、患者さんの急変時に利用できる病床を確保する事業です。

三つ目として、在宅療養推進協議会の設置ということで、医療や介護に関する地域の資源あるいは関係機関の連携の状況など、地域の実情を把握するほか、その実情を踏まえた形での区市町村における事業の進め方の検討、在宅療養に関する普及活動等を行うための会議体、これを設置していただく事業です。

以上、三つの事業に対する補助を行ってきたところでございます。

23年度の実績としてはこちらに書かれてあるとおり、在宅療養支援窓口、こちらについては10か所、10の区市が設置しています。また、後方支援病床の確保に関しては、六つの区が確保しています。それと、在宅療養推進会議については、全部で11の区市で設置していただいている状況です。

その他、在宅に関する医療資源マップの作成など、さまざまな形で区市町村に取り組んでいただいているところであり、そういったものを含めると、在宅療養の推進に取り組んでいただいている数は、全部で22区市町村でございます。22年度は16区市町村でございましたので、徐々にその取り組みのすそ野は広がっていると理解しております。

続いて、(3)でございますけれども、こちらについては、研修事業に関して、大きく二つ東京都では取り組んでいます。

一つが、東京都在宅医療相互研修事業でございまして、急性期を脱した患者さんが在宅療養へ円滑に移行できるよう、病院のスタッフと在宅医療を担うスタッフがお互い

の診療内容等を相互に理解し合えるようにということで、お互いの現場へ同行する研修の実施などを進める事業でございます。そういった相互研修事業や、医療連携強化研修事業ということで、在宅医療に携わる多様な職種の皆さんがお互いを理解して、相互に連携を強化するための症例検討会の開催等の事業ということで、2種類の研修事業を東京都医師会に委託をして実施しているところです。こちらの23年度の実績といたしましては、それぞれの研修事業で、東京都医師会から各地区医師会にお願いをして実施していただいているところであり、それぞれ13の地区医師会で実施したところです。

(4) ということで、在宅医等相互支援体制構築事業です。こちらは、今年度から新規に実施している事業でございます。在宅医が一人で24時間の診療を担うのはハードルが高いのではないかとということで、在宅医と在宅医が相互に補完し合う形で、もしくは在宅医と訪問看護ステーション等が連携し合うような形で、24時間の診療体制を確保できるよう、協力の関係を構築するための事業として実施したものです。

これによって在宅医療を担っていただける先生方のすそ野が広がっていただければと思っていますところでございます。

こちらでも東京都医師会、地区医師会に補助をして実施しているものでございまして、現時点では十数の地区医師会から、今年度実施したいというお話がある状況です。

続きまして、2の課題になります。課題に関しましては、国で示している指針との対比の中で、都のこれまでの取り組みにおいて欠けていると思われる点などについて、先月、在宅療養推進会議で議論しました。その会議の議論の内容などを踏まえまして、大きく六つに整理しているところでございます。

1点目ということで、区市町村を実施主体とした地域包括的な在宅療養体制の構築でございます。先ほどご説明しましたとおり、東京都の補助を活用している自治体の数が22ということで、全ての区市町村に占める割合としては、半数以下の状況にあります。

そのため、区市町村の取組実態を把握するとともに、取組が進んでいない区市町村への働きかけ、あるいは支援を強化する必要があるのではないかとというのが1点目でございます。

2点目として、都内入院医療機関における退院支援の強化でございます。国の指針の中でも掲げられておりまして、先月開催しました在宅療養推進会議においても取り組みを強化すべきということでご意見をいただいている部分でございます。こういった状況を踏まえ、在宅移行の円滑化に向けた入院の初期から退院後の生活を見据えた退院支援の推進が課題であると認識しているところでございます。

三つ目でございますけれども、地域における後方支援体制の確保ということで、区市町村包括補助事業の後方支援病床確保事業の実績が6区にとどまっております。この事業のあり方など含め、再検討する必要があるのではないかと考えております。

4点目として、人材の育成・確保でございます。冒頭申し上げましたとおり、高齢化の急速な進展、高齢に伴う在宅療養のニーズの高まりというようなことを踏まえると、当然こういったニーズを満たすべく在宅医や訪問看護師、在宅療養を担う人材を育成・確保していくことが重要であると思えます。

5点目として、都民への普及啓発でございます。円滑な在宅療養の推進には、医療、介護のスタッフの在宅に関する理解はもちろんのこと、患者さん、ご家族の理解というのも必須になるかと思えます。

そういった意味で、今後、東京都としても都民等に対する普及啓発、この辺を取り組み、強化していく必要があるのではないかと認識しているところでございます。

最後に6、災害時の体制確保でございます。東日本大震災では、例えば在宅ですと、人工呼吸器を使用している患者さんの対応などが注目されたわけですが、そういった呼吸器を使用している患者さんを含めまして、在宅療養患者全般に対する災害時の支援を誰がどのような形で行うのかということ、区市町村との役割分担なども含めまして、今後検討していく必要があると考えているところでございます。

以上を踏まえた形で、3、施策の方向でございますけれども、課題の1番目に対応するものとして、在宅療養推進に取り組む区市町村の主体的な取り組みの支援というものが一つ目です。

課題の2ですとか5とか、そういったところと関係してくるかと思えますが、退院支援や地域の連携強化による在宅療養生活への円滑な移行の促進、課題のかなり幅広い部分にかかわってくる3ですとか6ですとかと思えますが、日常から急変時、災害時までを含む24時間安心な在宅療養体制の整備が必要であるということ。

最後に、人材の育成確保、医療・介護に携わる多職種の人材育成・確保、これに取り組んでいきたいというところで、以上4点について、今後、具体的に取組内容の検討について進めてまいりたいと考えているところでございます。

説明については、以上でございます。

○河原部会長 何かご質問等ございますか。

○山元委員 自宅で療養を希望している人が半数近くいるが、取り組みの進まない区市町村がまだあるということですが、高齢者人口を考えた時に医療圏ごとに訪問看護ステーションを幾つという数値目標もある程度出していくことが大事なのかなと思えます。今、東京都は600ぐらいというふう聞いていますが、それが地域でどういうふうに散らばっているのかというところまでは、私も把握していません。そこら辺について、散らばりぐあいと、取り組みの進まない区市町村というところが非常につながっているのであれば、そういうところに訪問看護ステーションをやはり置くということがすごく重要なのかなと思っています。

もう一つは、ネットワーク間のことがありましたけど、その中で、例えば地域包括ケアを進めることになった時、その拠点になるところがどこなのかということがあり

ます。地域包括支援センターがそういう役割をやっているのか、今現在がそうなのかというのがわかりませんが、例えば訪問看護ステーションや診療所の先生で24時間365日というネットワークで当直医みたいな体制がとれて、連携できていて、見守りという対応ができるという形になっていったら、在宅療養がもっと進むのではないかなと思っています。

○河原部会長 いかがでしょう。何かコメントありますか。

○横手介護保険課長 介護保険課長の横手と申します。

1点目の訪問看護ステーションですけれども、平成24年4月で603ステーションということで、ここ数年少しずつ伸びている状況です。

圏域別のデータを今日は持ち合わせてないですけれども、中身を見ると、少し偏在の傾向はあると意識しておりますが、全体的にまだまだ増やしていきたいなと思っておりますので、資料3-2の右の上にあるような設置促進事業などを進めています。

それから、あわせて訪問看護を担っていただく人材がなかなかいないところにも問題がありますので、人材確保支援についても、これから取り組んでいくことで進めている状況でございます。1点目は、以上です。

○加藤計画課長 高齢社会対策部計画課長の加藤と申します。

地域包括支援センターがどの程度、どんな場面で頑張っているかということですが、本来の地域包括支援センターのお仕事がいっぱいある中で、どうしても全部が均等にやり切れていないというのが実情です。それは私どもの課題として受けとめていますが、基本的には、地域の見守りみたいなものは、在宅療養とは別の場面かと思っておりますので、福祉的な要素の中でやっていくのかなと思っております。

ただ、在宅療養、先ほど認知症というのもありましたけれども、場合によってはケアマネさんが頑張っていただければならない状況もありますし、新たに退院してくるという場合には、病院と地域包括それからケアマネが一緒になってやるということが必要かと思っておりますので、そのあたりは、私どもの部とそれから医療政策部とで一緒になりまして、今年度から区市町村との意見交換会をやるかということを考えております。

地域によってそれぞれプレイヤーが違うと思っておりますので、そのあたりは確認をしながら促進していくことを考えております。

○河原部会長 ほか何かご意見ございますか。

○林委員 昨日も厚生省の在宅医療連携拠点事業の説明会を聞いてきましたが、東京都から四つ先進的にやっているということで、厚生省の担当の説明だと、在宅療養とは言わないで在宅医療と言っているわけです。東京都の場合は在宅療養でもう入っていますから、確かに在宅療養のほうがいいかなと。ところが、厚生省は医療、どうしてこだわっているのかと考えてみると、高齢者で病気の方はたくさんいますから、爆発的に増えると。介護保険を導入した時は要介護ではそんなに多くなかったけど、今どん

どん増えて、重い人がだんだん増えるだろうと。医療需要が当初よりもっと大きくなるということでした。医療が中心だろうと、どうも国は思っているだろうと思うのですよね。

確かに、私はそう思う。では、どう対策したらいいかということですが、一つは、中小病院ですね。これは病院委員会から答申をいただいておりますけれども、地域包括、中学校単位ぐらいですか、そこで病床数を何とかしてくれと。

在宅をやっている人達から見ても、細かいところで入院施設がないと大変困るんです。

在宅、居宅は非常に大事ですけれども、患者の立場から考えますと、やっぱり入院施設というのは必要ですよ。これが確保されないで、何か強引に在宅をやっていくのも、非常に重い人が増えてきた場合、これはまずいんじゃないかと。

特に、がんの患者がどんどん増えてきまして、緩和ケアだとか、そういうのをやってくる時に、かかりつけ医とそれから病院ですか。それも特に緩和ケアとか、そういうのも全部できるようなシステムにしないとまずいかなと思いました。それで、こういうのを連携するのは、医師会が全面的にやってくださいと、やっていいよというように、東京都がこの保健医療計画で載せてもらいたいなと私は思います。

それで、この前も言いましたけれども、医療は訪問看護も大事なので、その辺の取り組みで合体したような何かで、東京都全域でやってくれたらいいかなと思います。

それで、昨日その場に出た時、グループ化とか、お互いに顔見知る単位でやりなさいと、医師会単位で最後のほうは話し合いをしました。確かに顔の見える関係で、それで千葉県医師会とそれから神奈川県医師会と新潟県医師会の理事の先生とちょうど一緒でしたので、お互いに話し合いました。どんな問題ありますかという、在宅に関しても、東京都と新潟では全然違うんですよ。新潟は遠くて、しょっちゅう行かない。雪が降ったらもう全然だめだということで、確かにいろんな場合がありますから、その地域によっていろんなきめ細かく対策をとらなきゃだめかなと。

それで、医師会がもう少し全面的に出なきゃだめだということになりまして、医師会の中でも連合で何かいろいろやっていますが、その中でも、国が在宅を強く言っていますから、一つのテーマとして取り上げてやらなきゃいけないかなと思っております。

以上です。

○河原部会長 ありがとうございます。

他に何かご意見。

○永田委員 林先生の関連ということになるかと思いますが、実際に今度の24年度の調剤報酬改定の中で、介護、いわゆる在宅医療に関して、点数の配分とかの充実を図ることが行われているわけで、そういった中で、病院と、そして地域の医療機関、その他医療機関等といわれる医療提供施設の連携をとるために、前回もお話をしておりますが、退院時カンファレンスだとかがあるはずですね。その中にケアマネジャーさんが入ってくるというシステムは、過去からでき上がっているわけで、実際にこれ

から考えていかなきゃいけないのは、そういった在宅に移った時、誰が最初にコントロールをかけていくかという、多分全体の像から考えるとケアマネさんが動くわけですね。そのケアマネさんが医療の部分はということがあってというのを認識されていない部分があるのではないかなというのがあります。

そういった中に、医師は当然、診断をしなければいけないし、その後の状況を見なきゃいけないから、看護師さんも全部入ります。しかし、医薬品を提供していくのは、相対的に全体を見ていく医療の部分というものが、介護保険と区分がつかなくなって、横出しになっているものが介護保険に入っているように思われてしまったりします。

何が言いたいのかといいますと、全体の3-2の中で、ケアイメージという推進イメージが出ていますが、その連携が本当にうまくとれているのかどうか、今後どう考えてそういった中で退院時ケアカンファとかそういったもので新患さんをどう取り扱いながら、全体としてシステムの周知を図っていこうとするのか、その辺についてどうお考えなのか、お聞きしたいと思います。

○横手介護保険課長 ケアマネの医療の入り口、在宅と医療の入り口というお話ですが、医療資格を持っているケアマネが全体の今2割ぐらいになってきているという状況がありまして、福祉系のケアマネに対してまとまった医療の研修をしようではないかということで、平成21年度から、在宅医療サポート介護支援者の養成研修をやっています。3年間で1,400人ほど育成しており、また3年間やっていこうという取り組みをしています。そんな中で、少し医療の知識を付与しているというところです。

それとあわせて、そういったことで退院時には、サービス担当者会議を開いて、クオリティの高いものをしていただこうと考えています。

それから、この資料の中の在宅療養の推進協議会を区市町村の中で持ちながら、また別々の多職種連携も図っていこうという、これはこれからの取り組みになるかなと考えています。

○河原部会長 資料3-1の1、2、3と施策の方向まで書いていますが、要は、その施策の方向の先ですね、実際に何がやられてどういう結果になったかという、いわば執行計画の部分、その会の計画の評価というのが書いていない、どこの医療計画でも。だから、それは1年ごとの評価、あるいは半年ごとの評価でもなじむような領域だと思いますが、医療計画全体の分量もありますし、どこまで盛り込めるかわかりませんが、施策の方向だけでとると、従来型の医療計画で、社会目標の表明にとどまってしまう。

永田委員とかいろいろな委員がご指摘されているのは、多分その方向は決まったけど、実際にやって、そのやったことの内容が評価されていないと。そういうところでPDCAのサイクルが回っていないのではないかというご指摘だと思います。

ついでに、資料3-1の質問をさせていただきますと、課題というのは、その上の1

のところのこれまで取り組んできた都のモデル事業とか、あるいは補助事業、その問題点を課題として上げて、その課題を解決するための施策の方向ということにつながっていると見ていいですね。

- 石毛地域医療担当課長 そうですね。導き方としては、そういった考え方です。
- 河原部会長 プラスアルファで、課題のところの1から6まで見ると、病院というか医療施設から地域への在宅の流れが一方通行みたいな感じがします。診療報酬の流れもその急性増悪のところは、その一つ上の医療機関というか、地域の医療機関で受けて、いきなり救命救急とか行かないような形の、いろいろその地域の医療機関の役割、逆のルート、一方通行じゃなくて、逆のルートも出てきていますから、課題のところにはぜひそういうところも入れていただければと思います。また、意見出しはしますが、いかがでしょう。
- 石毛地域医療担当課長 決して、入院医療機関から在宅への一方通行の流れだけではなく、後方支援体制の確保だとか、そういった視点で患者さんがまた病院へ戻ったり、そこからまた在宅に戻るとか、そういったことをイメージした形で、ここの2の課題に書かせていただいているつもりです。
- 河原部会長 わかりました。
- 細川委員 すみません、現場の感覚からいくと、このネットワークは非常に重要で、ネットワークのキーになるのは、医療サイドでは訪問看護ステーションが一番なじむかなと思います。また、介護方面では、地域包括もかなり役に立つはずだと思っていますが、ケアマネさんとの関係ではどちらになるのかなという気はします。その中で、医療をつかさどる医師の参加率がやっぱりどうしても悪いです。かかりつけの先生をケース会議にお呼びしても、お忙しくて来ていただけないというのが普通の状況です。医師からの情報をどう手に入れるかというのは、みんなすごく気を使っていて、大変ですけど、例えば、葛飾区なんかでは「ケアマネタイム」と言って、「ケアマネさんがこの時間だったら電話していいですよ」という時間を、医師会で作っていただいたこともあったようです。林先生はどうでしょう。その辺の情報提供の仕方、かかりつけの先生からの情報は一番大事ですか。
- 林委員 今のモデル事業について、昨日もその話を説明受けまして、カレンダーで全部出てきて、何時はどこの先生が全部大丈夫だとやっているモデル事業でやっていたので、それを見ると、ケアマネジャーさんがこの時はこの先生はどこにいらっしやると全部わかるというので。そこまでやっている事業所がありますから、そういうのを見ていますと、最近の流れといたら変ですが、この在宅療養体制、流れというか、医師はあんまり全面に立ってやらないで、多職種共同も介護保険の精神では、皆さんで「ONE OF」一人のあれだということですよ。医師が少し腰を引いちゃっているのでは、遠慮しちゃっているのではないかなと私は思います。

そうすると、もう少し医師が専門医のいろんなことを知っていますから、医療的なこ

とも、医師が全面に立って、私達がやるよと言えば、看護師さんはついてくると、板橋なんかはよく言うんですよ、先生そんな心配ないですよ。我々がやれば看護師さんは必ずついてくるよと。訪問看護を一生懸命やりたくてしようがないから。そうなると思います。そうすると、ケアマネが来るんですよ。あと薬剤師さんなんかも、これからどんどん役割が重要になるから必ず会議に来てくれるんです。

それで、私が心配しているのは、ケアマネジャーがどうも敷居が高いというんですけれども、医療的なこのコンセンサスというか、いろいろとり方がうまくいかないのと、医療について知らな過ぎるのかなと、そういう点があって、要するに医師とケアマネジャーさんの連携は十何年たっているのにうまくいかないのは、その辺なんですよ。

ケアマネジャーさんをレベルアップといっても、先ほど言われましたように、看護師さんがだんだんいなくなっちゃったんですよ。そうすると、福祉の人だけなんです。福祉の人の医療の部分は、ちょっと弱いので、その辺はもっと上げるか、あるいはお医者さんがもっと中心になって、お医者さんというのは、要するに医師会ですよ。医師会ももっと、自分達がリーダーシップをとるから一緒にやろうよと。そういうことをやれば厚生省のやっている在宅医療連携なんかは、うまくいくんじゃないかなと思うんですけど、いかがでしょうか。

○細川委員 私はお医者さんがリーダーシップをとるよりは、ネットワークを動かしていただく訪問看護師さんあたりがそういう、事務局といったらなんですけど、回しのところをやっていただいて、お医者さんはそこに上手に乗っていただくほうが回るかなという気がします。

そういう意味で、ドクターからの情報提供がスムーズにいくような何か仕組みがつかれないかしらとっていますが、その辺はどうでしょう。

○石毛地域医療担当課長 一つ、東京都で今取り組んでいる内容としては、現状及びこれまでの取組状況のところ、2の(3)の医療連携強化研修事業ということで、これはまさに多職種、いろんなスタッフの連携強化を図るための事業です。

その中の一つには、介護のスタッフの皆さんが医学的知識などについて学んだり、そのための一つの取組でもあるのかなとっております。いずれにしても、そういったことも含め、地域の皆さん、医療と介護に携わるスタッフの皆さんが、相互に顔の見える関係を築いていただくため、親密な関係を築いていただくための研修の場となるよう、東京都医師会と連携しながら取り組んでいるところです。その点ご理解をいただければと思います。

○河原部会長 ナショナルデータベースでやれば、エビデンスベーストメディシンですが、やっぱりエモーションベーストメディシンもいるわけですよ。こういう同じEBMでも。だから、それだけでは医療計画というのは、完成しないと思いますけど。

ほかに何か。

○桑名参考人 一つ確認をしたいことがあります。資料3-1で、在宅と自宅という言葉

葉が二つあります。在宅は、自宅と高齢者施設も含むと考えていいでしょうか。

それから、在宅医療のモデル事業をやられたと思いますが、モデルというのはやる気のあるところで、スタッフがそろっているところがやるわけで、それを他の地域に適用するためには、どういう努力が必要かということまでを示していかなければ、あそこだったらできるけれども、こちらでは無理だということになりかねませんので、せっかくモデル事業をやったのならば、もう一つ推進していく方策をぜひ出して欲しいと思います。

それから、ケアマネジャーは、一人に対してのケアマネジャーです。それと同じように一人の患者に対して、病院の主治医、在宅の主治医、担当看護師、担当薬剤師、それにケアマネジャーというようなチームを組めば、在宅医療は簡単にできると思うので、やるのであればそのようなチームに対してお金を出してはいかがでしょうか。また、ある国ではケアマネジャーというのはオフィシャルな権限を持って、医師、看護師や薬剤師に対しても、他のさまざまな資源の使い方も指示ができるというシステムがありますが、そのようなオフィシャル・ケアマネジャーを東京都単独で作ってみたいかがでしょうか。

○河原部会長 何かご意見ありますか。一応提案ということで、よろしいですか。何かありますか。

○石毛地域医療担当課長 最初の在宅と自宅ですか。この在宅療養にかかる現状ということで、例えば（１）は、自宅での療養を希望しているかというのは、これまさしく自宅ということで調査をしたと聞いています。

在宅療養の希望の有無ということで、理想として自宅で療養を続けたいと思うかを聞いた時はこのようなことになっております。一方で、在宅療養の推進といった時には、自宅はもとより施設なども含めて、全体を含めてのことだにご理解いただければと思います。

○長瀬委員 在宅というのは、身体疾患ばかりやっているようですけども、在宅は精神もあっていいのではないかと思います。

そこら辺は、在宅と精神との局が違いますか、課が違いますか。そういうようなことがあって、連携をどうするか。災害医療のところでコーディネーターというのがありましたけど、都の医政局あたりがコーディネーターになってやってもらって、この在宅も精神がないというのはおかしいのであって、あと診療報酬も今回、訪問介護ステーションと精神の訪問看護と横並びになりましたし、国もそういうふうを考えているだろうと思っていますので、在宅というと身体疾患ということだけという感じがいたしますので、そこら辺もお考えいただいとしたいと思います。

○石毛地域医療担当課長 ここで在宅療養の推進といった場合には、決して疾患別に整理をしているというわけではなく、基本的には全ての在宅での患者さんというイメージで、私どもはとらえているところでございます。

従いまして、例えば資料3-2のところ、下段のその2、課題と次期計画での取組ということで、(1)の円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制、そこの中の在宅療養推進会議で明らかになった課題ということで、高齢者以外、小児や若年者等の在宅療養者に対する体制確保、決して高齢者だけとか、そういうのをターゲットにしているわけではありませんので、幅広くとらえているとご理解をいただければと思います。

ただ、実際にそれを推進する区市町村の立場になってみると、まずは直面する高齢化に対する対応というところでは、高齢者が中心になっているという実態もあるかと思えます。

○長瀬委員　そういう認識であるならばよろしいですけど、認知症も、高齢者、これは国もそうですけど、国が老健局でやっているものだから、都もそういうふうになっちゃっているだろうと思います。認知症というのは、あくまで精神科の疾患ですよ。ですから、やはり精神科と連携をとってやっていただければと思います。

○石毛地域医療担当課長　同じ福祉保健局ということで、高齢社会対策部、障害者施策推進部、関連各部一体化して取り組んでまいりたいと考えておりますので、よろしくお願い致します。

○河原部会長　繰り返しになりますが、精神の部分は医療計画の各分野に関連しますから、なるべく重複して記載してもいいと思うので漏れのないようにしたいと思います。

時間の関係で、もう閉めたいと思いますが、資料3-1、今までと同じように各自課題、私はこう思うという課題があれば、そしてその課題を挙げていただければ、下の施策の方向あるいは具体的な施策体系につながってくると思いますので、ナショナルデータベースだけでは見落とすようなところもあると思います。今までの各分野でのご経験を踏まえて、都の医療課題を挙げていただければと思います。

それから、どういう報告書の冊子になるかはわかりませんが、この資料3-1で見ても、例えば1の一番最後、2の手前の、以上のことから、在宅療養のニーズが急激に高まることが推測されると、さっきも河口先生からご指摘がありましたけど、国が作業をやれとっているナショナルデータベースは、あくまでもベースライン値ですよ。現状値を示しているものですから、どういう需要かというのは、人口動態の変化とか、年齢構成、それから疾病構造の変化、そういうふうなことも大ざっぱでもいいですから把握しながら、データベースと突き合わせたほうが、目標とか施策の組み立てがしやすいと思います。

それから、また前回に続きまして、課題に関しては提出していただくということでお願いいたします。

本当に休憩をとらずに長時間の議論ありがとうございました。

それでは、マイクのほうを事務局にお返しいたします。

○新倉保健医療計画担当課長　ありがとうございました。事務局より2点連絡がございま

す。

次回の第8回改定部会の予定ですが、7月27日金曜日、18時からの予定となっております。計画の骨子案について、ご提示させていただきたいと思っております。

2点目ですが、席上に配付いたしました保健医療計画の冊子、あと国指針のファイルについては、そのままお残し願います。

事務局からは以上でございます。

○河原部会長 それでは、これで終了いたします。

どうもありがとうございました。

(午後 4時56分 閉会)