

平成20年度 第1回 東京都保健医療計画推進協議会

会議概要

- 1 開催日時 平成21年2月27日(金曜日)午後6時から午後8時まで
- 2 開催場所 第一本庁舎42階 特別会議室A
- 3 出席者 **【委員】**
村田会長、橋本副会長、岩崎委員、河原委員、内藤委員、近藤委員、
稲波委員、高野委員、栗野委員、吉村委員、田近委員、杉山委員、
小磯委員、飯山委員、蒲生委員、宮沢委員、上間委員、小俣委員、
赤穂委員、野口委員(以上20名)
【都側出席者】
吉井医療政策部長、大久保医療改革推進担当参事、佐藤医療政策課長、
櫻井医療改革推進担当副参事、椎名歯科医療担当副参事、
室井救急災害医療課長、畠山災害医療担当副参事、金森医療人材課長、
雑賀看護人材担当副参事
- 4 会議次第
 - (1) 開会
 - (2) 座長・副座長の選出
 - (3) 議事
東京都保健医療計画(平成20年度3月改定)の進行管理について
 - (4) 閉会

会議録

【櫻井副参事】 お待たせいたしました。定刻となりましたので、ただいまから平成20年度第一回東京都保健医療計画推進協議会を開会いたします。本日は、委員の皆様方には大変お忙しい中、ご出席いただきまして本当にありがとうございます。

議事に入りますまでの間、私、福祉保健局医療政策部医療改革推進担当副参事の櫻井が進行役を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

まず、委員の皆様のご紹介をさせていただきます。お手元にお配りしております資料の次第の次に、資料1といたしまして東京都保健医療計画推進協議会委員名簿をご用意しておりますので、ご覧いただきたいと存じます。

それでは、この名簿の順にご紹介をさせていただきます。大変恐縮ですが、お役職名につきましては名簿のほうをご覧いただきたいと存じます。

岩崎委員でいらっしゃいます。

【岩崎委員】 岩崎でございます。よろしくお願いいたします。

【櫻井副参事】 橋本委員でいらっしゃいます。

【橋本委員】 橋本でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

【櫻井副参事】 村田委員でいらっしゃいます。

【村田委員】 村田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

【櫻井副参事】 河原委員でいらっしゃいます。

【河原委員】 河原でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

【櫻井副参事】 内藤委員でいらっしゃいます。

【内藤委員】 内藤でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

【櫻井副参事】 近藤委員でいらっしゃいます。

【近藤委員】 近藤でございます。よろしくお願いいたします。

【櫻井副参事】 稲波委員でいらっしゃいます。

【稲波委員】 稲波でございます。よろしくお願いいたします。

【櫻井副参事】 高野委員でいらっしゃいます。

【高野委員】 高野です。よろしくお願いいたします。

【櫻井副参事】 栗野委員でいらっしゃいます。

【栗野委員】 栗野でございます。よろしくお願いいたします。

【櫻井副参事】 吉村委員でいらっしゃいます。

【吉村委員】 吉村です。よろしくお願いいたします。

【櫻井副参事】 田近委員でいらっしゃいます。

【田近委員】 田近です。よろしくお願いいたします。

【櫻井副参事】 杉山委員でいらっしゃいます。

【杉山委員】 杉山です。よろしくお願いいたします。

【櫻井副参事】 小磯委員でいらっしゃいます。

【小磯委員】 小磯です。どうぞよろしくお願いいたします。

【櫻井副参事】 飯山委員でいらっしゃいます。

【飯山委員】 飯山でございます。よろしくお願いいたします。

- 【櫻井副参事】 蒲生委員でいらっしゃいます。
- 【蒲生委員】 蒲生でございます。よろしくお願いいたします。
- 【櫻井副参事】 宮沢委員でいらっしゃいます。
- 【宮沢委員】 宮沢でございます。よろしくお願いいたします。
- 【櫻井副参事】 上間委員でいらっしゃいます。
- 【上間委員】 上間でございます。よろしくお願いいたします。
- 【櫻井副参事】 小俣委員でいらっしゃいます。
- 【小俣委員】 小俣でございます。よろしくお願いいたします。
- 【櫻井副参事】 赤穂委員でいらっしゃいます。
- 【赤穂委員】 よろしくよろしくお願いいたします。
- 【櫻井副参事】 野口委員でいらっしゃいます。
- 【野口委員】 野口です。どうぞよろしくお願いいたします。
- 【櫻井副参事】 田中委員、北澤委員、大野委員、清水委員の4名の方々につきましては、所用のためご欠席との連絡をいただいております。

次に、事務局職員を紹介させていただきます。

吉井医療政策部長でございます。

- 【吉井医療政策部長】 吉井でございます。よろしくお願いいたします。
- 【櫻井副参事】 大久保医療改革推進担当参事でございます。
- 【大久保参事】 よろしくよろしくお願いいたします。
- 【櫻井副参事】 佐藤医療政策課長でございます。
- 【佐藤医療政策課長】 佐藤でございます。よろしくお願いいたします。
- 【櫻井副参事】 室井救急災害医療課長でございます。
- 【室井救急災害医療課長】 室井でございます。どうぞよろしくお願いいたします。
- 【櫻井副参事】 金森医療人材課長でございます。
- 【金森医療人材課長】 金森でございます。よろしくお願いいたします。
- 【櫻井副参事】 畠山災害医療担当副参事でございます。
- 【畠山災害担当医療副参事】 畠山です。よろしくお願いいたします。
- 【櫻井副参事】 椎名歯科担当副参事でございます。
- 【椎名副参事】 椎名でございます。よろしくお願いいたします。
- 【櫻井副参事】 雑賀看護人材担当副参事でございます。

【雑賀副参事】 雑賀でございます。よろしくお願いいたします。

【櫻井副参事】 それでは、ここで吉井医療政策部長から一言ごあいさつを申し上げます。

【吉井医療政策部長】 吉井でございます。今回は新しい任期の初回ということでございますので、一言ごあいさつを申し上げます。

委員の皆様方には日ごろから都の保健医療行政にご協力をいただきまして、厚く御礼申し上げます。また今回、お忙しい中ではございますが、保健医療計画推進協議会の委員にご就任いただきまして、誠にありがとうございます。

この19年度でございますが、今お座席にもお配りしてあります保健医療計画の改定ということで、この推進協議会の中でいろいろと改定に向けた検討をしたところでございます。国のほうから、医療構造改革の関係で4疾病5事業等の新たなことにつきましても計画の中に盛り込んだところでございます。

昨年の3月28日、医療審議会、その前の保健医療計画推進協議会で、こうした計画のご承認をいただいたわけでございますが、その後、この計画5カ年間の中で、事業推進ということでは、この1年間非常に激動したというのでしょうか、いろいろな事件、事案もございましたし、国のほうの医師の定員の認識についても変わるなど、いろいろ動きがあったということでございます。

ただ、私たち、今回の第一回定例都議会の中でも、こうしたいろいろ激動していることについてと保健医療計画との関係につきまして質問をいただいた、そういう機会があったわけでございますが、その方向性と言うのでしょうか、基本的なところにつきましては、この計画の中で基本的には語り尽くされていると。そこを踏まえて、我々はその激動の中でどうするかというところについては、その具体化ということで、いろいろな、周産期であるとか救急であるとか、それから医師確保対策であるとか、そうしたことを展開させていただいているのかなと認識してございます。

今、そういう意味では、医療について社会的な耳目も非常に高まっておりますし、そうした中でいろいろな施策を矢継ぎ早に打っていかねばならないという状況ではあります。我々、この計画に沿った形で施策を推進する、絶好のと言ってははばかられますが、そういう時期にあるのかなと思っております。

そういう意味では、我々、力はなかなかございませんが、一生懸命やって、この保健医療計画の具体化に向けた取り組みを、今後とも強めていきたいと思っております。

でき上がってちょうど1年近く経ってしまって、推進協議会開催はそういう意味で時間が経ってしまったことについては申し訳ございませんが、今、私が申し上げたようなことも含めて、今日はいろいろとご報告をさせていただきたいと考えてございます。またいろいろとご意見をいただければと考えてございます。どうかよろしく願いいたします。

簡単ではございますが、私のあいさつとさせていただきます。どうかよろしく願いいたします。

【櫻井副参事】 それでは、今回の協議会から委員の皆様には新たな任期となりますので、まず座長を選任していただく必要がございます。資料2でお付けいたしております東京都保健医療計画推進協議会設置要綱の第5の2によりまして、座長は委員の皆様の互選により定めていただくこととなっております。

いかがお取り計らいいたしましょうか。

【内藤委員】 内藤でございますが、座長は互選ということで、提案させていただきたいと思います。

座長に関しまして、昨年度の東京都の保健医療計画のときに取りまとめられました村田委員に、引き続きお願いできたらいかがかと思いますが、どうでございましょうか。

(「異議なし」の声あり)

【櫻井副参事】 ありがとうございます。

それでは、村田委員に座長をお願いしたいと存じます。どうぞよろしく願いいたします。

では、村田委員、座長席へお移り願います。

早速で申し訳ございませんが、村田座長から一言ごあいさつをいただければと存じます。

【村田座長】 ただいま、委員の皆様方より座長のご指名をいただきました、村田でございます。委員の方々、大勢おいでになる中でご推薦を賜りまして、恐縮に存じております。

昨年度は、東京都保健医療計画の改定につきまして、この推進協議会でご検討いただき、昨年3月に改定版を発表いたしました。

その後、先ほど部長のお話にありましたように、医師確保対策、あるいは救急医療や周産期医療に関する問題が大きくクローズアップされてまいりました。また、改定いたしました計画に基づきました新しい取り組みも進行してきております。

このような状況を踏まえつつ、委員の皆様方のお力添えをいただきまして、今回の運営

に当たってまいりたいと思っております。よろしくご協力のほどお願い申し上げたいと思
います。

甚だ簡単ではございますが、あいさつに代えさせていただきます。よろしくお願いいた
します。

【櫻井副参事】 ありがとうございます。

それでは、ここからの議事進行を村田座長をお願いいたします。よろしくお願いいたし
ます。

【村田座長】 それでは、皆さん方、会議次第がお手元にあるかと思います。

私のほうで進行を進めさせていただきますが、まずは副座長の指名でございます。

協議会の設置要綱第5の2によりますと、副座長は座長が指名することとなっております。
前期も副座長をお願いし、さらに昨年度、この東京都保健医療計画の改定に当たり、
本会の改定部会長として取りまとめをいただきました橋本委員に、引き続き副座長をお願
いしたいと思います。いかがでございますか。

(「異議なし」の声あり)

【村田座長】 では橋本委員、よろしくお願いいたします。

それでは一言。

【橋本委員】 橋本でございます。副座長に指名されましたので、村田座長の事故ある
ときは座長を務めることになっておりますが、どうぞご協力をよろしくお願いいたします。

【村田座長】 ありがとうございます。

それでは議事に入ります。

本日は、東京都保健医療計画平成20年3月改定の進行管理についてでございます。

今回の保健医療計画の改定に当たりまして、特にご議論をいただきました4疾病5事業
について、事務当局のほうから説明、ご報告をいただきたいと思います。

なお、説明の後に皆様方からご意見、ご質問をいただきたいと思いますので、よろしく
お願いいたします。

【櫻井副参事】 それでは事務局から、4疾病5事業についてご説明させていただきます。
す。

4疾病は、皆様ご案内のとおり、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病。また5事業に
つきましては、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療とございますが、
それぞれの取り組みについてご報告をさせていただきたいと存じます。

なお、急性心筋梗塞と小児医療につきましては、後ほどほかの取り組みとあわせて、まとめてご報告をさせていただきます。したがって、ここではまず、がん、脳卒中、糖尿病、それから5事業のうち小児を除いた4事業について、ご報告、ご説明をさせていただきます。

まず、4疾病のうち、がんについてご報告をさせていただきます。

【佐藤医療政策課長】 医療政策課長の佐藤でございます。がんにつきましては、私のほうからご説明をさせていただきます。

お手元の資料3に沿ってご説明したいと思います。

まず、東京都保健医療計画におきましては、疾病事業ごとの医療体制の取り組みといたしまして、いわゆる4疾病、それから救急、周産期医療などの方向性について定めるとございます。

このうち、がんにつきましては、がん対策基本法に基づきまして、東京都がん対策推進計画というものをつくりまして、その整合性を図るといような形で位置付けられております。

お手元でございますように、東京都がん対策推進計画におきましては、高度ながん医療の総合的な展開、2つ目が患者、家族の不安の軽減、大きな3つ目としましてはがん登録といった3つの分野に、取り組みを体系づけているということでございます。

まず1番目の下の、施策の方向と具体的な取り組みというところでございますが、まず第一番目の、高度ながん医療の提供というところでございます。これにつきましては、高度ながん医療の提供とがん医療の水準の向上にかかる分野につきましては、都におきまして14の診療連携拠点病院と、拠点病院と同等のがん医療の提供機能を持ちます病院、これを東京都認定がん診療病院として10カ所認定しております。

お手元の資料の、めくっていただきまして4枚目をご覧いただきたいと思います。右側に、都内がん診療連携拠点病院・東京都認定がん診療病院一覧とございます。

今申し上げましたのは、表1につきましては、これは都道府県単位で1カ所を指定しないということになっておりまして、これにつきましては、東京都は非常に今、病院も多いし人口も多いということで、2カ所、都の拠点として指定をさせていただきました。

表2につきましては、各医療圏にそれぞれ1カ所ずつということで、12カ所の病院について拠点病院として位置付けております。

表3につきましては、東京都が単独で、今申し上げました認定病院ということで、10

カ所を指定させていただいております。

参考までに前のページをご覧くださいますと、右側のほうに、都内全域におけます今の拠点病院・認定病院の配置がご覧いただけると思います。

それから、これらのがん医療の中心となります病院、それから医師会並びに行政が協力いたしまして東京都におけるがん医療水準の向上を図るために、こういった拠点病院・認定病院を組織しまして、東京都がん診療連携協議会というものを設けました。

これは資料の4枚目をご覧くださいただければと思います。

左側でございまして、東京都がん診療連携協議会・専門部会。この協議会につきましては、もともと各都道府県につくりなさいという形で協議会を設けているのですが、その中で協議する事項として、役割という形で真ん中の囲みにございます。

その下に、協議会のもとで、やはりいろいろ大きな課題がございますので、その課題別に分科会として4つの部会を設けさせていただきました。現在、それぞれの部会の中で個別に検討をしていただいているところでございます。

また1枚目に戻って、2つ目の集学的治療の推進というところでございます。これにつきましては、おめくりいただきまして5枚目をご覧くださいただければと思います。

ここで放射線の治療法とか化学療法、それから外科療法、これらを効果的に組み合わせる集学的治療の推進につきましては、拠点病院・認定病院の診療機能のさらなる向上を図るため、こういった補助を都独自で実施しております。

これらにつきましては、平成20年度は、放射線治療機器につきましては2つの施設、外来化学療法室の施設につきましては3施設、それから設備の整備につきましては6施設、マンモコイルにつきましては2施設の整備につきましては、事業決定をしております。

続きまして、取り組みの3つ目ですが、相談支援体制ということでございますが、資料の6枚目をご覧くださいいただきたいと思っております。

がん患者さん、あるいはそのご家族の不安の軽減ということにつきましては、相談支援体制の整備をいたしております。左側にございますように、拠点病院、それから各認定病院におきまして、それぞれがん相談支援センターの設置を要件として認定しているところでございまして、具体的には各曜日、時間帯、ご覧のように相談支援体制を組んでいただいております。

右側に相談支援センターの機能・業務ということで整理してございますので、ご覧いただければと思います。

次のページをご覧くださいと思います。モデル事業といたしまして、ピアカウンセリング事業を行っております。これは患者さん、あるいはご家族の心のケアというものを目指した取り組みといたしまして、がんの体験者が相談対応を行うという、ピアカウンセリングという位置付けにしておりますが、これを2つの拠点病院の協力を得まして、20年度モデル事業として実施しております。

次のページをご覧くださいと思います。緩和ケアの研修についてでございます。

昨年4月に、国から、医師に対する緩和ケア研修についての指針と標準プログラムというものが提示されました。これに基づきますと、2日間の密度の濃い研修ということで、最終的にはすべてのがん診療にかかわる医師全員に受けていただくことを目標といたしまして、計画をつくっているところでございます。

医師の緩和ケア研修会につきましては、拠点病院が毎年定期的を実施することが要件となっております。東京都がん診療連携協議会の中でも、その研修部会におきまして実施予定等を調整しながら、来年度につきましては年次計画を立てた計画的な実施をしていく予定でございます。

それから、緩和ケア人材育成事業でございますが、これにつきましては左側でございますように、都では国の指針に基づきまして、医師の緩和ケア研修とは別に、医療の現場で働かれる看護師さん、薬剤師さんなど、多くの職種の方々に参加していただく緩和ケア研修会というものを、やはり拠点病院・認定病院の協力をいただきまして実施しております。

20年度の実施につきましては、左側の資料のとおりでございます。

それから、在宅医療の体制の充実ということですが、これにつきましては包括補助制度、これは区市町村に対する包括補助制度なのですが、その中で、在宅医療体制の整備に対する支援とか、あるいは在宅医療ネットワーク推進事業、これは後ほど出ますが、それらによるモデル検討などによりまして、地域の実情に応じた在宅医療体制の構築を図っております。

ほかに、東京都在宅緩和ケア支援センターを設置いたしまして、在宅療養を希望する患者さん、あるいはご家族の支援のために、電話相談や、在宅ケアの普及のための都民向けの講習会、講演会、あるいは医療従事者向けの研修会等を実施しております。

次に、院内がん登録でございます。これにつきましては、がん登録の中で、院内ともう1つ地域がん登録というものがございますが、現在、院内がん登録につきましては、先ほどの協議会の中で部会を設けまして、非常に密度の高いご議論をいただいております。

これにつきましては、正確なデータの把握のために、現在の拠点病院・認定病院で、すべての病院において、国の定める共通の実施方式であります標準登録様式による院内がん登録の開始を進めているところでございます。

また、東京都がん診療連携協議会のもとに、先ほど申しました部会で、今後さらに、院内がん登録のデータの収集方法や分析に向けた協議を、これから進めてまいります。

非常に雑駁でございましたが、20年度に実施しておりますがん医療対策につきまして、説明を終わらせていただきます。よろしく願いいたします。

【櫻井副参事】 では、がんに続きまして、脳卒中と糖尿病につきまして、私のほうからご説明をさせていただきます。

なお、今ご説明いたしましたがん対策推進計画につきましては、本日お手元に冊子を参考資料としてご用意してございます。

それでは、脳卒中の医療連携につきまして、ご報告いたします。資料4-1をご覧くださいと存じます。

まず現状をご説明させていただきます。脳卒中は、ご案内のとおり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の総称でございますが、脳梗塞がかなりの部分を占めると言われております。都内の脳卒中の患者さんは、推計値で約10.8万人。都民の死因の第3位で、1割強を占めております。

脳卒中の特徴といたしましては、救命された後も麻痺などの後遺症の残る可能性が高いという特徴がございます。例えば発症後30日時点で見ますと、8割を超える方に麻痺等があって、生活に何らかの不自由があるというようなデータもあるようでございます。

そういったこともありまして、発症から急性期、回復期、維持期まで、療養期間が長期にわたるということになります。平均の入院日数で見ますと101.7日というデータも出ております。全疾患の平均が37.5日ですので、その2.7倍に当たる長さとなります。

また、要介護者の4分の1に当たる方の主たる原因疾患は脳卒中ということで、こういった脳卒中の疾病の特徴を踏まえた対応をとらなければいけないということがございます。

そこで、左下の2、脳卒中医療連携体制の推進をご覧くださいと存じます。

こちらは計画で方向性を決めていただきましたものの大まかな絵でございますが、1つは、発症した後、速やかに救急搬送をして、脳卒中の専門治療につなげる。適切な早期治療を行うことによって、救命と後遺症の軽減を図るという仕組みを1つつくる必要があるということです。

もう1つが、急性期、回復期、維持期、在宅と、切れ目のない地域医療連携体制を組むことで療養生活の質の確保をしていく必要があるということでございます。

脳卒中の救急搬送体制につきましては、都内全域での取り組み、また切れ目のない地域医療連携体制をつくっていくということにつきましては、島しょを除きます都内12の保健医療圏ごとに、地域で連携体制をつくっていただく検討を、今進めていただいております。

このうち、脳卒中救急搬送体制につきまして、右上の3のところでご報告させていただきます。

脳卒中救急搬送体制につきましては、迅速・適切な脳卒中急性期治療を実施することでより一層の救命と後遺症の軽減を図ることを目指して、来月3月9日から、都内全域でスタートしたいということで、今準備を進めているところでございます。

具体的にどのような体制かと申しますと、絵をご覧いただきたいのですが、発症して、速やかな119番通報により救急隊が駆けつけ、まず重症度判断をして、重症以上の方は救命救急センターにこれまでどおり搬送されますが、中等症以下の場合、ここで救急隊による急性期脳卒中の疑いのありやなしやという判断基準に基づいて判断をしていただくということが新たに加わります。そして、脳卒中の疑いありという方については、東京都脳卒中急性期医療機関に搬送するという体制を組んでまいります。

この東京都脳卒中急性期医療機関につきましては、ポイント2のところでも触れてございますが、この医療機関の認定基準というものを決めました。

例えば、脳卒中の急性期治療に必要な医師やコメディカルの人的な体制、また施設や設備の確保ができているかどうか。それから、脳卒中の急性期リハビリテーションの実施ができる体制があるかどうか。そういったことなどを含めました具体的な認定基準を定め、それに基づいた一定の医療水準がきちんと体制確保されている医療機関につきまして、ポイント3で挙げてございまして、医療機関自ら手を挙げて、この救急搬送体制に参加をしていただいております。

2月1日現在で、都内で155の医療機関が手挙げをして、参加をしていただいております。このうち、脳梗塞の超急性期で行われる治療、t-PA治療につきまして、実施をすることがあるという医療機関は155のうち101医療機関と、多くを占めております。

このような脳卒中急性期医療機関が、参加医療機関全体で、いつだったらAという病院

は受けられる、いつだったらBという病院が受けられるといった受け入れ体制を全体で組み合わせて、365日・24時間の受け入れ体制を確保していくというものでございます。

こちらについては、この3月からスタートをし、また今後、円滑な運営ができるようにブラッシュアップをしていきたいと思っております。

先ほど申し上げました認定基準については、資料4-2のほうにお付けしておりますので、後ほどご覧いただければと存じます。

次に資料4-3、A3判のものでございますが、都内の地図が載っているものをご覧いただきたいと存じます。東京都脳卒中急性期医療機関数を、二次保健医療圏別に記したものでございます。

各医療圏とも、一定程度の医療機関数が確保されている状況でございます。基本的に、この各二次保健医療圏を基準としまして、その圏域内での受け入れ体制を、各医療機関でいつが受け入れられるというような情報をうまく組み合わせて、受け入れ体制をつくっていく仕組みとなっております。そういったことで、都内全域での365日・24時間の受け入れ体制をつくってまいります。

この医療機関のリストにつきましては、資料4-4でお付けしてございます。このリストの位置付けについてでございますが、表題の次に記させていただいておりますが、保健医療計画における脳卒中急性期医療機能を担う医療機関の一覧という位置付けでございます。

ご案内のとおり、保健医療計画は4疾病5事業につきまして、その医療機能を担う医療機関について計画に登載することとなっております。ですが、各医療機関の情報等も、東京の場合、非常に多くございますので、ホームページ上で掲載に代えるということにしております。

そういったことを踏まえまして、2月1日付で、この脳卒中急性期医療機関のリストをホームページ上で公表してございます。今後、毎月1日付で更新をしていく予定でございます。

このような体制で、まず急性期の脳卒中の救急搬送体制をスタートさせていくところでございます。

脳卒中については以上でございます。

続きまして、資料5をご覧いただきたいと存じます。糖尿病の医療連携推進の取り組みについて、ご報告をさせていただきます。

糖尿病につきましては、これまで東京都で進めてまいりました二次保健医療圏ごとの疾病別の医療連携の推進事業のほうで、糖尿病を選択して取り組まれてきた圏域というのが4つございます。その圏域の取り組みについて発表していただいて、それを都内の医療関係者の皆様に広く聞いていただくことで、情報の共有化と糖尿病の医療連携推進の機運の醸成を図るために、昨年11月に、東京都糖尿病医療連携講演会を開催いたしました。

今申し上げた4つの圏域というのは、こちらの(1)から(4)で掲載してございます、区東北部、区南部、区東部、北多摩南部でございます。また、かなり長い歴史のある取り組みをされております、NPO法人西東京臨床糖尿病研究会の先生にも、その取り組みについてご披露いただきました。

大変多数の医療関係者のご参加をいただきまして、参加者のアンケートをとりましたところ、9割以上の方が、地域での糖尿病の取り組みに役立つ内容だったということで、ご好評を得たところでございます。

こういったことを受けまして、2番目で記してございます、東京都糖尿病医療連携協議会、都内全域での糖尿病医療連携推進を協議していく協議会を、この3月に立ち上げる予定で現在準備をしております。

こちらのほうは、二次保健医療圏の圏域での代表の先生、また学識経験者、関係団体、それから患者団体、保険者団体、行政等、多数の方に委員としてご参画をいただいて、協議をしてみたいと思っております。

糖尿病の標準的な地域連携のためのガイドラインといったものが、主な検討事項として入ってくる予定でございます。本格的な取り組みは来年度になってまいります、今、このように準備をしているというところでございます。

糖尿病の医療連携推進事業についてのご報告は以上でございます。

【村田座長】 ありがとうございます。

ただいま事務局から資料3、資料4、資料5に基づきまして、4疾病のうちのがん、脳卒中、糖尿病についての現況の説明がございました。

ただいまの説明に対して、何かご質問、ご意見がございましたら、どうぞご発言をお願いしたいと思います。

【岩崎委員】 がん診療連携協議会専門部会で、がん登録のことが書いてありますが、このがん登録はすべての拠点病院・認定病院が参画するということで、これはもう始まっているのでしょうか。

【佐藤医療政策課長】 拠点病院・認定病院におきましては、既に院内がん登録についてはやっけていただいていると。ただ、これから、そのがん登録の標準様式等を整理しながら、もう1回統一を図りながらやっていきたいと。

また、今後は拠点・認定以外にもどうやって広めていくかというふうな取り組みを、これから検討してまいりたいと思っております。

【岩崎委員】 恐らく、先進国の中では日本のがん登録が一番遅れているということですから、この拠点病院・認定病院を中心にして、地域のそれぞれの病院との連携を強めていくと同時に、やはり患者さんや患者さんのご家族のご協力がないと本当のがん登録はできないのではないかなと思うので、その辺のアプローチ、都民へのPRといいますか、そういうあたりは何か。ネットを通じてでも、または広報でやっておられるのでしょうか。

【佐藤医療政策課長】 先ほど申しましたがん登録部会のほうで、様式の統一化とか、あるいは今先生がおっしゃったように、今後どうやって患者さんの理解をいただきながらやっていくかということも含めまして、いろいろなご意見をいただきながらやっていきたいと思っております。

【岩崎委員】 恐らく参考にされていると思いますが、がんではありませんが、脳卒中の登録では秋田が非常に先進的にやっている。あそこは住民の方々を巻き込んでやっている。脳卒中登録に関しては日本で最も進んでいるところではないかなと思って、私も見学に行ったことがあるのですが、かなり熱心な方がいらして、やっておられるということですので、ぜひよろしく願いいたします。

それともう1つ、相談支援センター実施体制というものがありますが、この中で、都立駒込病院と武蔵野赤十字病院はピアカウンセリングセンターも持っているわけですね。そこで、都立駒込病院はファクシミリとEメールが三角になっているのですが、この三角は医療機関ということだけでの連携という意味で三角がついているのでしょうか。

【佐藤医療政策課長】 相談形態のところでございますね。三角は、これは個別に患者さん、ご家族から直接の場合についてはちょっと難しく、医療機関との関係では使用しているという状況でございます。

【岩崎委員】 実際には、都民からも問い合わせがあって初めて相談支援センターと言えるのではないかと思いますし、ピアカウンセリングセンターも持っているわけですから、できれば、都立のことでありますし、これは丸になってほしいですね。要望だけしてお

きます。

【佐藤医療政策課長】 ありがとうございます。

【村田座長】 ありがとうございます。ほかに。

【飯山委員】 概要版の分野別施策のところ、1番目にがんの予防と早期発見の推進となっていて、(2)でがん検診の受診率と質の向上という項目が出ています。

ここについて、例えば目標4の、受診率50%を目指す。そのために考えられる方策、あるいはこういったことを実施しようというものが、もし明らかになっていれば教えていただければと思うのですが。

【佐藤医療政策課長】 目標の50%を目指す具体的な取り組みですが、まさに保健所を含めまして、いろいろなところの区市町村、それからいろいろな医療機関、医師会も含めまして、PRに今努めておりまして、さらに21年度も、新たな形でのPRの仕方について今検討をしているところです。

【村田座長】 よろしいでしょうか。

【飯山委員】 はい。

【吉井医療政策部長】 確かに、大体20%台なのですね、把握をしているがん検診の受診率は、それぞれ部位によっては違いますが、20%から30%の間で、確か受診率の把握ができているのですが。だから、それを50%に上げるというのは正直言って至難のわざではあるのですが。

このところでは資料はないのですが、例えば、まずは受診のためのキャンペーンについて、行政がよく進める普及啓発みたいなことではなくて、もう一つ、一段強めた形のものであるとか、それから、区市町村に受診率向上のための施策についての検討を具体的にやっていただくため、それぞれの地域に応じた工夫をしていただくための取り組みであるとか、そういった形で検診の受診率を上げるための取り組みを、21年度においても施策充実を図っているというところがあります。

それが具体的に受診率の向上の数値と結びつくかは、またこの21年度の取り組みと合わせてやっていく形になるわけでございます。

【村田座長】 ありがとうございます。

ほかに何かございますか。続いて質問等がなければ、次に進ませていただきたいと思います。

では、次に、ただいま4疾病のうちの3疾病を説明していただきましたが、今度は5事

業の説明をしていただきたいと思います。よろしくお願いします。

【室井救急災害医療課長】 救急災害医療課長の室井でございます。私ども救急災害医療課のほうで、この5事業を担当しております。

4疾病5事業と言いますが、この5事業につきましては、最近マスコミ等でも報道がかなりございますが、全体として大変厳しい状況にありまして、特に救急医療、それから周産期医療、へき地医療、これからお話ししますが、そういったものが大変厳しい状況でございます。

そうした中にありまして、先般、皆様ご存じだと思いますが、周産期医療につきましては、墨東病院に緊急搬送された妊婦さんが、なかなか病院が決まらなかったという中で、最終的には脳出血で亡くなられたという事案も発生して、大きく報道もされ、社会的にもいろいろな反響を呼んだということがあったという状況でございます。

これは皆様のご記憶に新しいところかと思いますが、それよりも前に、一昨年秋ぐらいから、一般の救急車の搬送におきましても、救急車が現場には行ったのだけれど、病院がなかなか決まらなくて現場で立ち往生してしまうというような事態がかなりあるという報道が出てきまして、東京都でも清瀬市で発生した事案、それから小平市で発生した事案が報道されたりしました。

東京消防庁さんのご協力を得まして実際に調べたところ、そういう事案というのは、最終的な結果がどうなったかということとはまた別としまして、なかなか病院が決まらないということを理由に救急車が立ち往生してしまうケースというのがかなりあるということがわかってまいりましたので、昨年2月から、救急医療対策協議会という、既存の協議会なのですが、こちらで救急医療体制の強化に向けた検討を開始いたしました。

昨年11月に答申をいただきまして、こちらでいろいろなご提案をいただいた次第でございますが、その内容につきましては、すべて21年度の予算案に計上されているところでございます。現在、この答申の具体化を進めているという状況でございます。

それでは、資料に沿って内容をご説明したいと思います。

まず、報告書の中で、東京の救急医療の現状について最初に述べております。現状につきましては、救急患者さんにつきましては、平成10年に比べて、およそ10年の間に約3割増加しているという状況でございます。それに対しまして、その救急患者さんを受けとめる側の救急医療機関の数は、この10年間で約2割減少しているという状況でございます。

そうした中で、ほかにもいろいろな要因はあるかもしれませんが、医療機関選定困難事案、病院がなかなか決まらないという事案が、東京消防庁管轄内でもかなり発生しています。これは東京消防庁に調べていただいたものでございますが、医療機関選定開始から決定まで30分以上かかった、あるいは5医療機関以上に連絡を要したというような事案が、全搬送件数60万件のうちの6.6%もあるということがわかった次第でございます。

その背景につきましては、いろいろあると思います。救急医療を提供する側の課題であるとか、あるいは利用する側の問題、さらに制度的、構造的な問題というものがあるかと思いますが、そういった分析をしております。

一番根本的なところでは、やはり医師が不足しているということ、特に休日・夜間の医療を担う救急医療の現場で、非常に顕著に影響が出ているということかと思っております。

国のほうも、医師の抑制方針から医師を増やしていこうという方針に転換をしたところではございますが、そうは言っても医師がすぐに増えるわけではない。医療の提供側の状況が急によくなるわけではないという中であって、この救対協の中では、都民も含めて医療機関、消防機関、行政機関が協力・協働して救急医療を守っていくという取り組みをしていかないといけないのだという報告をいただいた次第でございます。

では、具体的にはどういうことをしていったらいいのかというのが右側でございまして、救急医療の東京ルールというものをスローガンとして掲げております。

そのルールでございまして、救急患者の迅速な受け入れということでございまして、主に医療提供体制を強化するというところでございます。

救急患者を迅速に医療の管理下に置く。救急車内ではなくて、医師の管理のもとに置くということで、地域の救急医療機関が相互に協力・連携して救急患者さんを受け入れていくような形にしていこうということでございます。

すなわち、地域の救急医療機関同士のネットワークをつくっていこうということでございますが、もう少しその内容を申し上げますと、1つは一次受け入れ・転送システムの導入ということでございます。

今までは、例えば複数の症状なり疾患を抱えている患者さんを受け入れる場合は、そのすべてに対応できる病院でないとなかなか受け入れが難しいという回答になっていたところがございました。今後は、一次的な応急的な処置であるとか、あるいは複数の疾患を抱えている中で一部の処置をある病院で提供し、さらにその次の医療は別の病院で行うということも、仕組みとしてやっていこうということでございます。

2番目に、救急患者受け入れのための地域ネットワークの構築ということでございまして、中心となりますのが東京都地域救急センターというものでございます。そこが幹事役、あるいはなかなか搬送先が決まらない救急患者さんが発生した場合の調整役、あるいは受け入れ役といった役割を担うということでございます。

そういうことを地域救急センターがやるだけでは当然だめで、パンクしてしまいますので、日ごろから情報交換を進めたり、あるいは地域ごとに、こんな形で何とか救急患者さんを受け入れていこうというようなルールを考えていくとか、そういったことも期待しているものでございます。

3番目に、コーディネーターの設置でございます。先ほど地域ネットワークの構築で、地域でできる限り救急患者さんを受け入れていこうということを申し上げましたが、そうは言ってもなかなか決まらないという方は絶対に出てくるはずでございます。ですので、その地域内で受け入れが困難な場合に、地域を超えて受け入れ先を探していく、調整していく役割として、救急搬送のコーディネーターというものを設置していきたいと思っております。

この救急搬送コーディネーターにつきましては、今までも東京消防庁でやっていたのですが、そちらと密接な連携を図るということで、東京消防庁の指令室の中に配置をしていきたいと考えております。

さらに、救急医療システムの改善ということでございまして、救急医療機関が受け入れ可能かどうかというシステムがありまして、今まではシステムの入力をする端末しか各病院には置かれておりませんでした。ですから、自分のところの状況しかわからないということでございましたが、それは東京消防庁のほうでは全体像を見られるのですが、東京消防庁が見られるような全体像をほかの一般病院でも見られるようにしていこうということでございます。

こうした取り組みを、来年度からやっていきたいということでございます。

ルール といまして、トリアージの実施ということでございます。救急医療においてのトリアージというのはいろいろな場面がありますが、とにかく緊急性の高い方を選び出して、そういった方を優先的に治療していくということを、救急医療のさまざまな場面で実施していきたいと考えております。

現在も、東京消防庁で行われております救急相談センターというのは、いわば電話でのトリアージということになりますが、そのほか、病院に自力で来られた救急患者さんがい

らっしゃる。そういったたくさんの患者さんの中で、緊急度、重症度が高い方を選び出していくということで、病院内トリアージ、トリアージナースを配置いたしまして重症度判断をしていくというような取り組みを進めていきたいと考えております。

ルール といまして、都民の理解と参画ということでございます。ここは非常に重要なところであると同時に、非常に難しいところであると考えております。が、やはりそこをきちんとやらなければいけないという認識のもとに、掲げているものでございます。

都民は、自らのセーフティネットである救急医療が重要な社会資源であるということを認識していただいて、救急医療を守るため適切な利用を心がけていただけるように、行政としてもいろいろな広報活動をしていきたいということでございます。

具体的には、都民と医療従事者の相互理解を促進するシンポジウムを開催したり、あるいは救急相談センターでいろいろなお相談をいたしますが、その中で、救急という状態の判断を都民自身がしていただくいい勉強の機会になっていただけるのではないかと考えておまして、そういったものを充実させていきたいと考えております。

以上で救急医療を終わります。

【櫻井副参事】 次に、災害医療について。

【畠山副参事】 医療政策部災害医療担当副参事の畠山と申します。早速でございますが、資料7をご覧くださいと思います。

災害拠点病院と申しますのは、災害時の拠点となる病院でございます。区市町村が設置いたします医療救護所で診られなくなりました重症の患者さんを診ることを大きな目的として、東京都が整備をしてまいりました。

昭和61年度から災害拠点病院を整備してまいりまして、このたび3つの新たな医療機関を指定させていただきました。1つは北区にあります東京北社会保険病院。2つ目が江戸川区にあります江戸川病院。3つ目が福生市にあります公立福生病院でございます。

以上3つを指定させていただきまして、平成19年度修正で行われました東京都地域防災計画に定められました災害拠点病院の達成数70病院すべてを達成するという形になったものでございます。

簡単ではございますが、資料7の説明は以上でございます。

【室井救急災害医療課長】 続きまして資料8、無料職業紹介事業所についてご説明をいたします。これは、へき地医療の医療人材確保についての取り組みでございます。

これもやはり医師不足という問題、医師だけではないのですが、医療従事者が不足して

いるという中で、へき地の医療従事者の確保というのは非常に深刻な問題になっております。

ほかの県から見ますと、東京都というのはそういうところはないのではないかと誤解される面もあるのですが、実は東京都というのは非常に難しいへき地を抱えておりまして、それが離島でございます。本当に小さな島ですと、1人のお医者さんで島民の命を支えているというようなところも多々ございます。

そのお医者さんのほうは、後ほど説明いたします地域医療支援ドクター制度というものを新たにつくりまして医師確保対策を強化していくということでございますが、看護師さんとか、そのほかコメディカルの方々の確保もなかなか厳しいものがございまして、お医者さんも含みますが、各町村が確保しやすくなるように、東京都が無料職業紹介事業というものをやっていきたいということでございます。この2月18日から、正式に労働局の認可もとって実施しているものでございます。

対象地域はへき地ということでございまして、対象職種につきましてはこちらのペーパーにあるとおりでございます。島しょから、こういう人たちを募集しているというものを出していただき、それに応募してくださる方があればマッチングの作業をしていく。そういったことに取り組んでいるところでございます。

資料8については以上です。

【櫻井副参事】 次に周産期医療についてです。

【飯田事業推進担当課長】 事業推進担当の飯田でございます。昨年発生しました妊産婦の搬送事案を受けて、東京都ではさまざまな施策を強化しております。その中で主な事業について、資料9に基づきましてご説明させていただきます。

ハイリスクやミドルリスクの妊産婦の受け入れ体制を強化するという目的と、地域で周産期医療を支えるために役割分担と連携を進めていくという大きな目標のもと、事業を推進しておりますが、1番の、ハイリスク妊婦への対応強化といたしまして、周産期母子医療センターを強化いたします。

現在、都では23の周産期母子医療センターがございます。2月1日に町田市民病院を地域の周産期医療センターと認定いたしまして今23ございますが、そのうち母体の高度な医療をつかさどるMFICUを持っているものが総合周産期母子医療センターになりまして、これが9病院ございます。

こちらにつきましては、地域全体の搬送調整を行うという役割がありますので、この搬

送調整支援のための看護師さん、または事務の増配置を支援いたします。

それから、地域周産期母子医療センターにつきましては、24時間で緊急対応ができるように、オンコール体制が敷けるような産科医等の確保について支援をいたします。

また、NICUの恒常的な満床を少しでも解消するため、早目にGCUに移行できるように、いわゆる後方病床のGCUの看護体制を強化するための支援をするということです。

また、地域の医師会などのご協力を得ながら、休日、日直の体制の確保をしております。

1つ大きなものがありますが、母体救命のための新たな体制を構築いたします。これは母体救命が必要な場合、救命部門と産科部門が連携を図りまして、救命救急を要する妊産褥婦を必ず受け入れるという母体救命対応の総合周産期母子医療センターの創設に向けて、今検討中です。3月中にはスタートさせていきたいと思っております。

次に、ミドルリスクの妊婦等への対応の強化でございますが、周産期連携病院を創設いたしました。本日、6病院を指定し、プレス発表をしたところでございます。6病院につきましては、東京医療センター、東京北社会保険病院、日本医科大学付属病院、日本医科大多摩永山病院、共済立川病院、公立昭和病院を指定いたしました。

これは周産期センターからの逆紹介や、一次医療機関からの紹介を24時間で受け入れられる病院でございます。

次に、救急搬送の調全体制でございますが、母体・新生児搬送を地域内で調整いたしますのは、先ほど申し上げました総合周産期母子医療センターでございますが、そこがなかなか地域を越えていたり、調整が難しいというお声もあります。

そういうお声を反映いたしまして、都全域を対象といたしましたコーディネーターを設置することによりまして、これにつきましても現在検討しております。

右のほうですが、日ごろから顔の見える連携づくりといたしまして、地域におきましてネットワークグループを立ち上げ、一次医療機関、先ほどの周産期連携病院を含めた二次医療機関、周産期母子医療センター等の三次医療機関という医療機関の機能を役割分担し、それで連携を築いていくということで、地域全体でこの周産期医療を支えるという体制をつくっていきます。

これにつきましては、各地域で立ち上がっている地域もございますが、今後、全都で立ち上がるように支援していくという事業でございます。

以上が周産期医療体制の強化でございます。

【村田座長】 ありがとうございます。

ただいま資料6から資料9まで説明がありました。特に、いろいろ問題が大きく出てまいりました救急医療、あるいはただいまの周産期医療についても、既に立ち上がっている事業もございますし、また今検討中というものもございますが、そういうことで現状を説明していただきました。

ただいまの説明に対して、何かご質疑、ご意見がございましたらどうぞ。

【田近委員】 資料6の救急医療のところですが、先ほど都民の理解ということで、救急医療が重要な社会資源であるということを認識してもらうのは非常に重要だが難しいというお話がありました。

私は、その救急医療に行く前に、救急医療が必要でないものを防ぐ何か手立てが必要ではないかと思っております。それにはやはり、地域のお医者様たちの連携というものが、非常に私たちにとっては大きな力になります。

特に、小さな子供を持つ母親とか高齢者がいる家族などにとりましては、地域のかかりつけ医のお医者様は、平日1日か2日、休診日というものがありますね。その場合、突発的な病気になったときにどこに行ってもいいのかが非常に迷うときがあります。それでどうしても、心配なものですから救急車に電話してしまうということがありますので、できればかかりつけ医の方に、お母様たちが初診で行った場合に、もしうちが休診ならばこちらのお医者様のほうに行ってくださいというような紹介のシステムみたいなものをつくっていただければ非常にありがたいという声が、若いお母さんを中心にして出ております。

こういうところでお話すると、それは皆さんの地域の連携の中で話し合えばうまくいきますという話になるのですが、なかなか実際問題としてはそのようなお話を直接されることはないということを聞きますので、ぜひご検討していただきたいと思っております。

【内藤委員】 では僕のほうから。医師会としては、各地区では休日、それから準夜間の休日診療所は、ほぼ全都的には各地区医師会が中心になってやっていますので、それがなかなかまだ認知されていない、啓発されていないというところがあると思っております。

もう1つは、今言ったような流れとしては、小児科医会と話をしながら、全都的に東京都医師会としても扱っていきたいと思っておりますので、またそういう形ができましたらご報告したいと思っております。

【村田座長】 河原委員、どうぞ。

【河原委員】 現状として、減少する救急医療機関という形で問題認識されていると思

うのですが、この医療計画の中で、右のほうにこれからの東京ルールの推進と書かれていますが、一次、二次、三次といった医療施設、あるいはそれに従事する医師数の確保とか、その人的・物的資源をどう考えていくのかということ、少しお伺いしたいと思います。

【室井救急災害医療課長】　そこが非常に、大変厳しい状況にあると。特に、人的資源、物的資源、要するに医療機関数というのはまさにそういう認識でございます。

ただ、それを今、急にその状況を改善するということができない状況でございます。ですから、何とか連携で、頑張っしてのいよいよという基本的なスタンスでございます。

【金森医療人材課長】　医療人材課長の金森ですが、後ほど資料等でもご説明させていただきますが、医師の確保というところで、今、医師の奨学金制度や医師の勤務環境改善事業ということで取り組みを始めておりますので、後ほどご説明をさせていただきます。

【岩崎委員】　今の人材確保の問題ですが、ぜひ、医師だけではなくて、今日は吉村さんも見えていますが、やはり看護師とか、それから周産期は助産師であるとか、そういう人たちの支援が、救急の体制の中で大変必要ではないかと思えます。その辺の書き込みもぜひ。書き込みだけでもいいのですが、実際に支援してくだされば大変ありがたいと思えます。

【河原委員】　今、三次救急施設が22カ所ございますが、私どもで計算すると18カ所にしてもアクセス時間は変化しません。12カ所あるいは10カ所にすると、30分以内のアクセス時間は確かに悪くなりますが、30分以後はほとんど変化しません。

もちろん、人や医療の質や専門性をどう確保するかという問題はあるんですが、この医療計画の中では無理かもしれませんが、もう1回いろいろ、医療資源の再配分というものを、また次回にでも考えていただければと思えます。

【村田座長】　ありがとうございました。

今、宿題みたいに出ておりますが、また次回にいろいろご検討いただいて、説明していただければと思っております。

そのほかに何かございませんか。

【近藤委員】　今、河原委員からお話がありましたが、東京の中でも各二次保健医療圏別によっては、例えば小児の病院が、急性小児が撤収した場合の体制づくりをどうしましょうとか、それぞれの課題が出てきます。あるべき医療に医師がどれだけ必要、看護師さんがどれだけ必要というやり方もありますし、それから選択と集中の考え方をやって、どう連携するかという。やはり少し、保健医療計画の中でも意見をつくっていきたい。シ

ナリオづくりというものを少しやってみたいなと思っております。

それから、田近委員から、いないとき、休診日のお話がありました。僕らの立場になると休診が多いのでどうしているかということ、具体的には、僕はいないときに、子供のお母さんにはここに行ってくださいと具体的な医療機関を伝えます。その先生には普段から連絡をとっている。大人だったら、血圧の方だったらこちらとか、雑談の中で普段のかかりつけの患者さんには伝えていきます。

【村田座長】 いろいろやり方はあるかと思えます。

【吉井医療政策部長】 今おっしゃっていただいたように、東京の全体的な状況を見ると、医療資源と言ったときには、やはり区部と多摩では全然異なっていたり、急性期と療養型と言うのでしょうか、そういうタイプについても全然、地域特性と言っては言い過ぎだと思うのですが、いわゆる異なりがかなりあります。

そうしたところについては、今は周産期についても救急医療についても、救急の部分というところで医療提供体制を考えております。いわゆるフローイン、フローアウトの話も含めて、国の言葉で言うとシームレスな医療と言っているのですが、圏域の設定もいろいろ意見はあるのですが、そういう中で、ある意味、救急急性期から慢性期、在宅も含めて、視野に入れながらつくっていかなければいけないと思っております。

今言ったような救命救急という形になると、大体15分でみんな着くという研究もないわけではないのですが、片や一方、重篤で難しい患者さんがかなり増えてきているという状況もありますので、その第三次の医療機関と二次の救急、それから慢性期へ行く。それから高齢者であれば、急変時をすべて救急車ではなくて、後方で受けられる地域の拠点病院みたいなものも整備するとか、そんな形も少しやっていきたいと思っております。

それから、今、内藤先生がおっしゃったように、この間、松平先生が、小児科の関係で言えば、近藤先生がおっしゃったような形で、だめな場合にはこうおっしゃっていただければというような形がありますので、そうしたことについてはまた医師会さんとも相談させていただいて、普及という話も含めて、どう対応するのか相談させていただければと思っております。

【村田座長】 よろしくをお願いします。

【田近委員】 すみません、一言だけ。今のお話、とてもありがたく思っております。ただ、すべての医院が、現在コミュニケーションがうまくいっているとは思っておりません。

お願いがあるのですが、例えば病院の中の掲示で、もし当院が休院の場合はどこと、どこと連携しておりますので行ってみてくださいといった掲示みたいなものがあれば非常にお母さんたちは助かるという話を聞いております。よろしく申し上げます。

【村田座長】 いろいろご指摘をありがとうございました。

【河原委員】 災害医療のことなのですが、医療計画の中にはかなり盛り込まれているのですが、今日の資料としては災害拠点病院が3カ所指定されたということですが、この災害拠点病院の機能をいろいろ書かれていると思うのですが、耐震構造であることとかいろいろありますが、水の確保はいかがですか。

阪神淡路大震災のときからずっと問題になっていまして、例えば新潟の中越沖地震のときは、刈羽郡総合病院があな地域の拠点病院になったのですが、自衛隊が毎日100トンの水を輸送していたわけです。水がなかったんですね。

平常時の医療で、1日当たり1病床当たり0.8トンから1.1トンの水が必要です。23区だけ計算すると、1日当たり、平常時の医療をやるとしたら7万3,000トンの水が要る。

インフラの中でも水の普及というのは非常に遅くなるのですが、それに反して医療の需要というのは最初の3日間に集中するので、水というのは非常に重要です。電気のほうは自家発電でいろいろ対策を練られますが。

立川の災害医療センターなどは井戸を3本持っていて、3日間もつのです。ほかの69カ所の拠点病院はどういう状況を教えていただければ。

【畠山副参事】 こちらの災害拠点病院を指定するに当たっては、現地を我々が実査させていただいております。その中で、貯水槽という形で水を確保できるかどうかという、現地の病院で確保する方法についてもすべて見させていただいております。

もう1つは、実は水道局のほうと連携を図りまして、こちらに書いてあります災害拠点病院のリストを水道局に提供させていただいて、水が行かなくなったときに、バルブの操作といいますか、水の流れる通りを変えて、そちらの病院へ水を優先的にやってくださいという形での申し合わせとシステムの構築が、今進んでおります。それで、ほぼでき上がっているという状況でございます。

今後、また技術が進んでいけば、救命救急センターをはじめといたしまして、こういった重要な医療施設については、水の確保についても十分に対策を練っていきたいと考えております。

以上でございます。

【河原委員】 それを伺って安心しました。

それともう1点、災害に備えたBCP、事業継続計画は、徳島県が最初にやって、東京都さんも、あるいは大阪府もそれに続いていると思いますが、そのBCPと医療計画の中の、特に災害の部分との計画とか行動の整合性というのは、現段階ではいかがですか。

【畠山副参事】 阪神淡路大震災以来、BCPという言葉がなかったときから、倒壊した後の復興の段階においても、今、東京都の総合防災訓練の中で、病院協会さん等を通じて、いろいろな資機材の確保とか継続計画についても、訓練の1つとして地域的に進めていただいているというところがございます。

これにつきましては、病院だけではなくて地域全体の中でやっていただかなければいけないというところもございますので、そういったところも含めまして、総合的な地域防災計画の中での、予防と復旧と復興という計画の中で進めていきたいと考えております。

具体的な内容につきましても、ご指摘がありましたとおり、今後検討して、必要なものをどんどん入れていければと考えております。

【村田座長】 ありがとうございます。

それ以外に何かご意見、ご質問ございますか。

なければ次に進ませていただきます。

今回の改定に当たりましては、基本方針でも示されております在宅医療というものがありますが、この在宅医療の取り組みについて、では説明をしていただきます。

【櫻井副参事】 それでは、在宅医療の推進につきまして、ご説明させていただきます。

資料10をご覧ください。在宅医療の推進の取り組みにつきましては保健医療計画でも記載させていただいたところですが、都民の方が長期療養の場としてどこを希望するかというアンケート調査をしますと、半数近くの方がやはり在宅療養生活を選択される。

ただし、その8割の方は、やはり容態急変時の対応が心配であったり、家族の負担が心配である等の理由によりまして、実際は躊躇してしまうのではないかという世論調査も出ております。

逆に言えば、その不安に思うことをクリアすることで、本来の希望どおり在宅医療を選択されるのではないかということで、ただいま、ここに記しました3つの事業を展開して、在宅医療の推進に取り組んでいるところでございます。

まず、左側の在宅医療ネットワーク推進事業でございますが、こちらは今年度と来年度

の2カ年でのモデル事業ということで、都内3地区で既に実施していただいているところ
でございます。

墨田、豊島、国立と、地域もまたこちらに記しましたとおり、モデル事業の名前で見て
いただくとかなり切り口が違うなという感じがいたしますが、まず墨田のほうは、在宅ホ
スピス、緩和ケアネットワークの構築ということで、受託先はすみだ医師会で、墨田区を
対象地域としております。事業目的と特徴としましては、がん患者さんに対象を絞って、
最後まで地域で、自宅で療養していけるという地域の体制をつくっていかうということで、
在宅緩和ケアの仕組みづくりを進めていただいているところでございます。

もちろん、医師会、歯科医師会、薬剤師会や行政も加わって、さらにまた住民ボランテ
ィアの方も参加して、地域で療養し続けることができる場づくりなども目指しながら、地
域のケアネットワークの構築に取り組んでいただいているところでございます。

豊島につきましては、関連診療科の連携を中心とした在宅医療支援体制の構築というこ
とで、受託先は豊島区医師会で、豊島区エリアを中心に取り組んでいただいております。

こちらはもともと、医科、歯科、薬科の連携が緊密という強みがある地域性がありまし
た。そういった地域性を活かして、病院から在宅に移行する際のカンファランスで、医・
歯・薬連携して、在宅の栄養管理チームとか在宅の口腔ケア等のケア体制をきちんとつく
っていく仕組みづくりを今検討されているというところです。

また、在宅療養患者さんの症状に応じて、例えば耳鼻科の先生に診ていただく必要が出
た、または眼科の先生に診ていただく必要が出た等の、複数の関連診療科の先生との連携
が地域でスムーズにとれるような体制づくりというものも、今目指されているところでご
ざいます。

国立市においてですが、在宅医療調整システムの構築ということで、受託先は新田クリ
ニックということで、対象地域は国立市でございます。こちらは地域に、在宅医療に関す
るいろいろな調整をする、また相談にもものる窓口を自分たちでつくっていかうというこ
とで、検討会を立ち上げて取り組まれております。

例えば、急性期の病院から在宅療養に戻る際に、こういった在宅医の先生とこういった
訪問看護ステーションさんが組んでケアに当たればいいのかといった病院からの相談、ご家
族からの相談にのれる地域側の窓口といったもの、調整窓口を、自ら参加する医師や訪問
看護師さん、また介護職の方々とでつくっていかうというものでございます。

また、在宅医の主治医の先生に加えまして、もしもその先生が主に診ていらっしゃる診

療科領域以外の部分で症状が拡大した際に、病院に送るという選択肢もありますが、あるいはその地域のほかの在宅医の先生が応援に入って、チーム医療というような形で、できるだけ在宅療養生活を続けられる、そういったインフラを地域でつくっていかうということで検討をさせていただいております。

このようなモデル事業を、今年度、来年度でやっております。

真ん中と右側の2つの事業につきましては新規事業で、来年度取り組んでいくものでございます。

在宅医療の拠点病院モデル事業につきましては、絵で先にご説明をさせていただきたいのですが、在宅医療で症状が急変なされた場合に、すぐ受けていただける後方支援の病院を拠点としまして、そこを核に地域の在宅医、また訪問看護師さん、あるいはケアマネさんや介護職の方々等の連携体制をつくっていかう、顔の見える連携のネットワークをつくっていかうという取り組みでございます。

この拠点となる病院は、今申し上げましたとおり、後方支援の役割をまず担っていただくということがポイントになってまいります。今想定しておりますのは、中規模ぐらいの病院で、種別としてはモデル事業ですので、さまざまお願いしたいと考えております。

例えば、中小規模の指定二次の救急医療機関、あるいは一般病床と療養病床をあわせ持つケアミックスの病棟の病院、また、療養病床を持つ病院。そして地区も、区部、多摩部で分散してモデル事業をお願いしたいと考えております。

この後方支援病院がきちんと後方支援機能を果たすと同時に、その在宅医療を担う訪問看護師、介護職さんや病院のスタッフの方々等によるケースカンファランスや合同研修会等を通じて、顔の見える連携関係をつくっていただくことで、地域で安心できる在宅医療の基盤整備ができるのではないかとということで、都内4カ所で来年度、取り組んでみたいと思っております。

3つ目、在宅医療相互研修事業でございますが、これも真ん中の絵でご説明いたしますが、こちらは、地域の急性期の病院の病棟の先生や看護師さん、コメディカルの方々に在宅医療の実態をよく知っていただいて、急性期病院から在宅医療へ移行するときに円滑に移行できるようにという関係づくりや、在宅医療を見据えた治療をしていただくといったことを目指して、相互で研修をするというものでございます。

例えば、研修1としては、在宅医療を担う先生や訪問看護師さんが講師側に立って、急性期の病棟の先生や看護師さん等に対して、在宅医療の現場に同行していただいたり、あ

るいは症例が円滑に引き継がれたものやそうでなかったもの等の症例提示をしながら、在宅医療への円滑な移行につなげる治療等について意見交換をしていくといったもの。

また反対に、急性期病院の先生方から在宅医療など診療所の先生方、看護師さん等へ向けての研修。そういった相互の顔の見える関係をつくって、病院から在宅医療に円滑に引き継げる、そういった関係づくりを目指していきたいということで取り組んでおります。

これ以外にも、先ほど部長からも申し上げましたが、急性期を脱した後の医療提供体制をどうつくっていくかということでは、療養病床をどれだけ増床するかということで、関連計画であります医療費適正化計画で、24年度末までに2万8,077床まで増床するという目標を立てました。

この実際の推進策としては、一般病床から療養病床へ転換する際、また療養病床を新設する際の施設整備の補助について、今年度からスタートしたところでございます。

また来年度は、そういった療養病床を持つ医療機関の方々向けの研修を行いまして、療養病床でのさまざまなニーズ、よりパラエティーに富んだニーズに応えていただくように、例えばターミナルのがんの患者さんが、今回の診療報酬改定により、麻薬が療養病床で使えるようになりましたので、そういった末期の患者さんの受け皿の1つとなるような、そういったスキルアップの研修をしたり、認知症を抱えた患者さんに発熱や軽い肺炎等、身体症状があらわれたときの受け入れ体制といったもののスキルを療養病床の病院の方々にもつけていただくことで、ハード面、ソフト面で急性期を脱した後の医療提供体制を確保していきたいということで進めております。

また、そのほかにも、回復期のリハビリテーション病床を確保する観点から、設備整備費の補助事業も来年度実施する予定でございます。

引き続きまして、在宅医療でも特にポイントになってきます食の問題や、今、非常にクローズアップされておりますが、摂食・嚥下機能への取り組みにつきまして、あわせてご報告をさせていただきます。

【椎名副参事】 では私のほうから、摂食・嚥下機能への支援と人材育成につきまして、資料10-1に基づきましてご説明いたします。

ただいまお話がございましたが、要介護高齢者などが摂食・嚥下機能、嚙んだり飲み込んだりといった機能に障害を持って、低栄養状態とか誤嚥による肺炎を発症するということがよくございます。こういった方々が安心して口から食べ続けられるように支援が求められているところでございます。

しかし、この摂食・嚥下機能診断は、実はなかなかハードルの高い検査となっております。これまででは病院の中で画像診断などを用いて評価をするという方法が主なものでございました。しかし最近では、ポータブル嚥下内視鏡といったものを用いまして、患者さんの負担も小さく、また家族や介護者も一緒に検査の様子が見られるといった方法で評価をすることが可能となってまいりました。

この摂食・嚥下障害につきましては医科と歯科と両方が関与する分野でございますが、特に歯科医師は、口の中の状態、例えば入れ歯の状態なども含めまして把握しやすい立場にありますことから、医師・歯科医師両方、こういった診断対処をすることが求められていると考えられます。

そこで、このたび、こういった診断技術も含めまして、支援のできる医師・歯科医師を人材育成していくという取り組みでございます。

これは2年間の取り組みでございますが、今年度は主に2つの内容を含んでおります。

1つは、摂食機能障害への理解、対応への知識を広めるための講座を行いました。こちらは都立心身障害者口腔保健センターが担ったものでございますが、東京都医師会、東京都歯科医師会に多大なご協力をいただいております。

既にこの講座は終了いたしました。公開講座として3回、専門研修として、こちらは医師・歯科医師を対象としたものでございますが、およそ1,000名の方々の参加をいただきました。

さらに、こちらの研修を終了した方々の中から、実地研修といたしまして、多摩・立川保健所管内を実地研修の場といたしまして、今現在、研修を進めていただいているところでございます。こちらは現在、医師2名、歯科医師8名の先生方に実地研修を受けていただいております。

さらにもう1つ、大きな取り組みといたしまして、こちらの実地研修に合わせまして、多摩立川保健所のほうで協議会を立ち上げていただきまして、これらの取り組みをどう進めていったらよいかといった検討を、例えば医師、歯科医師、歯科衛生士、ケアマネージャー、コメディカルの方々とたくさんお集まりいただきまして、ご検討いただいております。

来年度の予定でございますが、都立心身障害者口腔保健センターでの公開講座、専門研修を継続してまいります。さらに、実施研修を多摩立川保健所でも継続していただきまして、その中で、コーディネーターによる実地研修の推進を図ってまいります。さらには、

部会におきましてガイドライン、手引といったものをお作りいただきまして、摂食・嚥下機能支援の仕組みといったものを地域に広めるための工夫を考えていただきます。

平成22年度以降につきましては、これら2年間の取り組みの成果に基づきまして、こういったものを区市町村や全国へ発信していきます。そしてさらに、多摩地域だけでなく、特別区などでも拡大を図っていくということを考えているところでございます。

以上でございます。

【村田座長】 ありがとうございます。

ただいま資料10に基づきまして在宅医療の取り組み、さらに資料10-1は摂食・嚥下機能への支援ということで説明がありました。

どうですか。ご意見、ご質問がございましたらどうぞ。

【高野委員】 質問ではないのですが、追加というか。摂食・嚥下機能の評価ということの専門研修を、平成20年度に行いました。これは東京都医師会の全面的協力を得て実現したものなのですが、医師・歯科医師に対するこうした専門研修、これは非常に充実して内容も濃い研修でした。

その前に、ちょうど資料10-1の真ん中に参考として記述されている、平成18年度在宅歯科診療実態調査というものが都と東京都歯科医師会の共同の調査として行われました。その結果をもとに、東京都歯科医師会は平成19年度から在宅の研修会というものを、東京都と協力して15回行っています。

平成20年には在宅研修会として8回行いました。それらが有機的につながり、ちょうど専門研修とも重なることで、地域での在宅医療の受け皿として会員が自覚し、少し連携は進んだのかな、また、機運も上がったのではないかなと思っております。

そういう流れの中で、資料10を見ていきますと、先ほど説明がありました在宅医療ネットワーク推進事業の中で、豊島区の中で以前からもありましたが、薬局と歯科とを入れて非常にいい、さらに進んでいるこのモデル事業が2年間続くということでございますので、できましたら平成22年度には、右に記述されたようなモデル事業でもいいのですが、それに歯科や薬局が加わったものを今後も続けていただければと思っております。

以上でございます。

【村田座長】 ありがとうございます。

では吉村委員、どうぞ。

【吉村委員】 資料10の在宅医療相互研修事業というところですが、これは参考まで

に申し上げるのですが、東京都では訪問看護ステーション協議会というものを立ち上げておりまして、事務局を看護協会が受け持っているのですが、急性期病院から訪問看護ステーションへの移行というところで、病院の看護師が訪問看護ステーションの研修を始めておりまして、今年で3年目です。

今回、1月19日の週、1週間、1日研修なのですが、48病院から約180人の看護師の応募がありまして、実際はマッチングをしまして140の方が体験をしました。

去年まではただと言いますか、ボランティア保険などをかけなければいけませんので1,000円ずつ出していただいたのですが、やはり訪問看護ステーションに研修の謝礼をしたいということで、1人当たり3,000円ずついただいているのですが、それでも応募者が増えているという状況です。

そういう状況がありましたので、お知らせいたします。

【村田座長】 ありがとうございます。

いろいろと進んでいるところが見えているかと思います。

何かほかに。

【赤穂委員】 質問も含めてですが、在宅医療推進の取り組みの資料10について。

まず1つは、ネットワーク推進事業、左側と、真ん中の拠点病院モデル事業との関連とありますが、いずれにしてもネットワーク推進事業は3地区でそれぞれ特徴があるなと思うのですが、例えば、私がおります北多摩西部の中に国立はあるのですが、新田クリニックが中心になってこういうシステムをつくるという動きと、真ん中であらわされている拠点病院というのは、これはまさにリンクすると思うわけです。

そのあたりが、別々の事業として動き出したときに、片や拠点病院に指定された病院が、それはそれで何か取り組む。で、こっちの左側の部分は左側の部分でいろいろやる。どこかでうまくかみ合えばいいけれども、出会わなかったら違う惑星になってしまうのかなと。

言い方は悪いですが、そういう意味で、そもそもこの事業をどういうふうに連結して、統一的に、総合的に進めようとしているのかというあたりと、所管が違うとなるとまた困るので、こっちの係、あっちの係の話だとならないように、ぜひうまくお願いしたいなと思います。

それから、聞き漏らしかもしれませんが、顔の見える連携ネットワーク構築という、囲みの枠の地域的な範囲ですね、例えば二次医療圏を想定しているとか、そのところはいかがでしょうかという、質問と意見です。

【櫻井副参事】 まず、このネットワーク推進事業と拠点病院モデル事業の関係でございますが、今、赤穂先生からもご指摘がございましたとおり、ネットワーク推進事業のほうは、既にその地域でかなり特色のある、ベースとなるような取り組みがある地域をお願いをしております。ですので、そういったカラーに着眼した、こういった在宅医療のネットワークをつくる上でのアプローチの方法があるかというところのモデルを探りたいというところなんです。

真ん中の拠点病院モデルにつきましては、どこの在宅医療を進めていくに当たっても、後方支援病院というのは非常に核になるというところがあるかと思えます。そういう意味では、地域性もそれぞれあるかと思えますが、モデルでやって成功した場合に、それが各地域でも取り入れやすい、ベーシックなものになっていくかと思えます。

事業の関係につきましては、拠点病院モデルを来年度始めますが、4地域をお願いする際に、その辺の地域性はある程度考えてやっていって、来年度の終了時点でネットワーク推進事業、拠点病院モデル事業、両方とも一定の成果が出てまいりますので、そういった取り組み状況を、各区市町村、また関係の皆様にもご報告をした上で、その地域に合ったアプローチというものをさらに支援していくことを考えております。

なお、この3つの事業につきましては、いずれも同じラインで担当しておりますので、整合性を図って、さらに相乗効果を上げるように取り組んでまいりたいと存じます。

それから、地域単位でございますが、顔の見える連携のネットワーク構築の地域でございますが、在宅医療の場合は、区市町村レベルないしはそれ相当かそれ以下の、ある程度の小さいエリアを想定しているところでございます。

【村田座長】 よろしいでしょうか。

では岩崎委員、どうぞ。

【岩崎委員】 当然、文献の参照はしておられることだと思うのですが、平成22年度以降に2年間、全国へ発信していくということですね。

全国国保診療所施設協議会で、過去3年にわたったこの種の研究が、老人保険課、国の補助を受けてやっております。その文献が既に3年間にわたって出ておりますので、もしもご参照がなければ参照していただきたい。通称、国診協と言っています。

【村田座長】 ありがとうございました。ではお願いいたします。

杉山委員、どうぞ。

【杉山委員】 介護を体験した立場から、病院から在宅へという移行がある場合、病院

によってはソーシャルワーカーさんがおられますね。私の場合、あの方の役割というのはかなり大事で、しかも実際にいろいろ、お医者さんとも直接いろいろ相談してくれたり、あるいは在宅に行った場合にリハビリはどうする、訪問看護はどうするといったコーディネートをやってくれるという立場でもありました。

したがって、そういうのは非常に助かりましたので、ああいう方がもっともっと活躍していただければ、かなり在宅へ行ったときの心配が減るのだと思うのです。

いろいろな方の話を聞くと、中小の病院ではそういうワーカーさんはおられないし、とにかく脳卒中でも、もう治療はできないから帰いなさいと言われて帰ったと。しかし全く、どう明日から暮らしたらいいかわからない。まずケアマネージャーさんを決めたり、実際には要介護何度という患者さんではあったのですが、病院から帰るときにはまるで裸の状態で帰されるというようなことが現にあるわけです。

かなり大きい病院でも1人2人のソーシャルワーカーさんという感じで、実際にどんどん退院されていく方に対して、患者さんのほうも、そういう方がおられて相談に乗ってくれるという認識があまりない感じもあるので、ぜひ、お医者さんなどの充実もいいのですが、やはり今後の在宅を支える1つの、コーディネーターとして非常に大事な役割を持っておられるソーシャルワーカーさんの充実なり、役割をもう一度見直してもらったり、あるいは数を増やしてもらったり、そして患者さんに徹底してもらおうというようなことも、ぜひこの場でお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

【櫻井副参事】 まさに今のご意見のとおりかと思えます。

例えば、この在宅医療ネットワーク推進事業で、国立市でこの地域に在宅医療にかかる調整の窓口を設置する場合に、こういったものをなぜ地域で発想されたかというときに、やはり急性期病院のメディカル・ソーシャルワーカーさんが地域の情報、在宅医療の体制であるとか通院の体制であるとか、そういった細かい医療資源の情報をより早く的確に把握するような、そういった体制を地域でもつくっていく必要があるだろうと。そういった観点からこういった調整窓口をつくっていくということを今回企画されたということもあります。

ですので、ここの協議の場には急性期病院のソーシャルワーカーさんも複数お入りいただいて、かなり活発にご議論なさっていると聞いております。

今のご意見も踏まえながら、そういった観点で引き続き推進していきたいと思えます。

【村田座長】 ほかに何かご意見は。よろしいでしょうか。ご意見、ご質問があれば。

それでは、次に医療従事者、特に医師、看護師さんの不足ということが非常に大きな問題になっているわけですが、医師等の確保対策について、説明をしていただきたいと思います。

【金森医療人材課長】 医療人材課長の金森です。ご説明をさせていただきます。先ほどの医師不足というご質問がございましたので、2つの事業についてご説明させていただきます。

まず、医師奨学金制度でございます。こちらにつきましては、都内の医師確保が必要な地域や診療科等に医師として従事しようとする者に対して奨学金を貸与して、都内の医師確保や、必要な地域に診療科等の医師を確保するというもので、制度の概要といたしましては2つの種類の貸与制度をつくっております。

Aの特別貸与制度でございますが、こちらは平成19年度に国から示されました緊急医師確保対策で、全国一律5名の定員増で、各都道府県の奨学金とセットで定員増が認められた事業でございます。

こちらにつきましては、東京都としても奨学金制度をつくりまして、5名の定員増を順天堂大学のほうにお願いすることに、昨年決まっております。

こちらの事業は平成21年から29年度の9年間、年5名ですから、45名の医師を養成するということになります。

貸与金額は、学費の全額と、生活費として月額10万円。6年間で2,800万円あまりの貸与となります。

奨学金の返還免除の要件といたしまして、小児医療、周産期医療、救急医療、へき地医療に、国家資格免許を取ってから引き続き9年間、都内の医療機関に従事するという条件としております。

また、この都内の医療機関というところでも、先ほどご質問がございましたように、周産期医療センターや小児の二次救急、あるいは救命救急センターなど、一次、二次医療機関で不足しているところにこの医師を派遣して、従事していただきたいと思います。

それからBの一般貸与でございますが、こちらは東京都独自の取り組みでございますが、もう少し早い時期に確保できないかということで、平成21年4月からですが、都内の大学の医学部に在学する5年生を対象といたしまして、26名の枠をつくっております。この積算といたしましては、都内に13大学ございますので、1大学2名ということで積算しております。

貸与金額は月額30万円で、この2年間の間、貸与をいたします。

条件といたしましては、やはり小児医療、周産期医療、救急医療、へき地医療に従事をしていただきまして、臨床研修が終わった後、引き続き3年間、都内で勤務していただきますと返還が免除になるというものでございます。

こちらのそれぞれの奨学金につきましても、既に東京都議会で条例が可決しておりまして、また今回の第一回定例都議会で改正を提出しているところです。

今後、この奨学生に対しましては、都の地域医療に関する講義や視察など教育的な支援も、大学と連携をして行っていく予定でございます。

続きまして資料11-2の、医師勤務環境改善事業でございます。こちらは勤務医の離職防止と定着対策を促進するというところで、今年度、平成20年度から導入された事業でございます。

こちらのほうも、対象病院といたしましては、やはり中核的な病院となる救命救急センター、小児二次救急医療機関、周産期母子医療センター、多摩地域周産期医療連携強化事業協力医療機関になっておりますが、さらに平成21年度からは、周産期連携病院、新規に指定されました病院も対象病院としていく予定です。

こちらの事業はソフト面とハード面というものがございまして、ソフト面の補助といたしましては、勤務環境改善事業といたしまして、交代制勤務や短時間制度などといった新しい事業の導入。あるいは、他の職種との連携で、助産師の活用、院内助産所や助産師外来などを実施するなどといったメニューに対しまして、改善をする場合に補助をいたします。そのほかには、再就業支援ということで、女性の医師の再就業を支援する事業。あるいは院内放課後支援事業ということで、小学校入学後の児童の学童保育などについても支援をいたします。

ハード面での補助ですが、ソフト面での事業に対しまして、それぞれハードについても補助をするという事業でございます。

平成20年度の状況ですが、19の施設から申請が上がってきておりまして、勤務環境、例えば短時間勤務の導入とか当直体制の見直しというような事業も挙がってきております。あるいは再就業支援事業、それから院内放課後対策というものも挙がってきております。

以上でございます。

【佐藤医療政策課長】 引き続きまして、東京都地域医療支援ドクターにつきまして、ご説明を申し上げます。資料11-3をご覧くださいと思います。

この事業につきましては、先ほどご説明申し上げました無料職業紹介事業と合わせまして、これにつきましては東京都の地域医療の拠点であります多摩、それから島しょの公立病院に対しまして支援をするという事業でございます。この資料につきましては、昨年1月27日にプレス発表をしたものでございます。

事業の内容でございますが、1番にございますように、今申し上げました支援のために意欲を持つ医師を、東京都地域医療支援ドクターとして都が採用いたします。医師不足が深刻な市町村立の公立病院に一定期間派遣をするというものでございまして、支援期間は一定期間ございますが、それ以外の場合は自らの専門医・指導医等へのキャリアパスを実現できるようにということで、本人の希望に応じまして都立病院等においてキャリアアップのための勤務を行うというものでございます。

2番目ですが、意欲を持つ人の募集ということで第一次募集を行いまして、これが昨年11月27日から12月26日、10名程度ということで、地域医療に従事する意思のある医歴5年以上の医師、それから周産期医療、小児医療、へき地医療、救急診療のいずれかに従事する者ということで募集を行っております。

残念ながら定員に満たなかったものですから、現在引き続き1月以降、また二次募集を行っているところでございます。

勤務期間でございますが、原則6年間を全体の期間としております。6年後につきましては、希望によりましてほかの都立病院への異動等を考えております。

給与につきましては、都の職員でございますので、都立病院の勤務の医師と同等ということでございます。ただし、加えまして、派遣中につきましては、勤務1日につき1万円を上限とする派遣手当を支給することとしております。

この派遣手当につきましては、平成21年度の概算要求の中で、都道府県が各医療機関に対して不足している医師を派遣する場合については、国が派遣手当として補助をするといった概算要求をしていたのですが、残念ながら国はそれが実現できませんでした。

東京都といたしましては、やはり不足している医師ですので、なかなか集まらないということもございまして、その趣旨にのっとった形で、単独でこういった手当を支給するということとしております。

勤務内容でございますが、支援勤務。これは実際に多摩・島しょに行っていただく期間ですが、これを支援勤務といたしまして、6年間のうちの通算2年間をお願いしたいと。残りの4年間につきましては、キャリアアップ勤務ということで、実際には都立病院等で

自分の専門性を磨いていただくということでございます。

次のページをおめくりいただきまして、なかなかわかりづらいものですから、簡単に絵柄にしたものでございます。

一番上の四角につきましては、今の趣旨のとおりでございます。

真ん中のところですが、一般公募ということで現在行っております。それから、それ以外に、自治医科大学の義務年限を終了した方。9年間という義務年限がございますが、そういった方々も、この地域医療支援ドクターの中に応募していただきましょうと。それで改めて東京都職員として、右側にありますように多摩の市町村公立病院、島しょの医療機関に派遣をし、残りの4年間はキャリアアップのためということでございます。

具体的なローテーションのイメージですが、左側の下にございます。これはあくまでも一例です。派遣を挟みまして、それぞれの間に研修の勤務があるといったイメージをしております。もちろん、この順番や年限につきましては、個々の事情によって変えることがございます。

一番右側にスケジュールがありますが、先ほど申し上げました一次募集につきましては12月26日まで。それから、改めまして1月27日から、現在、第二次募集をしております。採用につきましては4月で、派遣を4月からやっていきたいと考えております。

簡単ですが、以上でございます。

【雑賀副参事】 続きまして、資料11-4をご覧ください。看護職員短時間正職員制度導入促進事業についてでございますが、この制度の説明をする前に、右の下の参考というところを見ていただきたいと思います。

看護職員の確保に関する施策は、既に幾つか実施しております。2つ目の丸については、新人看護職員の離職防止、定着を図る事業で、新人看護職員研修体制整備事業。3つ目は潜在看護師の再就業のための研修事業で、身近な病院で研修を受けられるということで、都内の12医療圏、区部が2カ所、多摩部は各3カ所、都内全域で29病院を指定して、再就業のための研修を実施しております。この2つにつきましては、東京都看護協会に委託して実施している事業でございます。

4つ目は、立川と飯田橋にあります東京都ナースプラザで、再就業支援・定着、それから資質向上の事業をしております。

それに加えて、平成21年度から新たにこの短時間正職員制度の導入をいたします。事業の目的でございますが、都内の中小病院に勤務する看護職員の確保が非常に深刻に

なっています。その一因として、育児や介護のためにフルタイムで働くことが難しい看護職員が退職してしまうということが挙げられております。

離職防止には、日本看護協会等の調査においても、この短時間正職員制度の導入が非常に有効であると言われております。制度導入に伴う代替看護職員及び事務経費の一部を補助することによって、中小病院における看護職員の離職防止・定着、さらには再就業促進を図る目的でございます。

対象病院は、都内の300床未満の病院で、約480病院でございます。実施期間は、1病院原則1年間ですが、平成21年から22年度までの2年間の実施になっております。

事業内容につきましては、平成21年4月以降に、法人の就業規則を改正して、この短時間正職員制度を導入する病院に対して、代替看護職員及び事務経費の一部の補助を実施いたします。

補助対象経費としては、この就業規則に基づいて、小学校6年生までの子の育児、あるいは家族の介護等を理由にした常勤看護職員に短時間正職員制度を適用する場合の、新たに雇用する代替職員経費、及び意識啓発や社内ルールづくりに要する事務費の補助になります。

規模としましては、初年度は60病院、予算額としては3億3,200万円。基準額としては、代替看護職員経費に関して1人当たりの上限が194万5,000円、事務導入費としては限度額が60万円ということで、補助率は2分の1になっております。

新規にこの制度を次年度導入いたします。以上でございます。

【村田座長】 ありがとうございます。

医師等の確保対策ということでいろいろな試みを行っていきたいということでございます。

何かご意見、ご質問ございますか。

【岩崎委員】 資料11-1、2、3まで関係すると思いますが、この奨学制度の中身に、卒業後とか、引き続き9年以上勤務したとか書いてありますが、卒業後というのは、今の臨床研修制度の2年間は義務になっていますよね。それを終了した後という意味でしょうか。それとも大学医学部の卒業という意味でしょうか。

【金森医療人材課長】 まず、資料11-1のAの特別対応のほうですが、こちらの9年間というのは、基本的には自治医科大学の学生さんと同じ扱いになっておりまして、卒業後というのは6年間を卒業した後ということになりますので、初期臨床の期間も含めた

9年間という考え方になっております。

【岩崎委員】 臨床研修の2年間も含めてですか。

【金森医療人材課長】 はい。ただし、Bの一般対応のほうは、貸与の期間も短いということと、やはり都内で義務として医療機関に勤めていただくということになりますと期間が短くなりますので、ここの3年以上というところは初期臨床の期間を除いてごさいます。

【岩崎委員】 ここは除く。その辺ははっきり明示しておかなければ。

【金森医療人材課長】 はい。これから募集要項をつくるのですが、まずAのほうは、既に順天堂大学さんが入学選抜を行いまして、先日合格発表も出ております。

一般対応のほうは、条例が今、第一回定例都議会で挙がっていて改正するところですが、そういった詳しい要項についてはこれから定めて、きちんと学生に説明できるようにしていきます。

【岩崎委員】 わかりました。

【佐藤医療政策課長】 よろしいでしょうか。自治医大のほうですが、やはり同じように卒業後9年間の義務年限を課しておりますが、その9年間の義務年限には臨床研修の部分も含まれております。

【岩崎委員】 資料11-3で、この前、国の説明を聞きましたら、平成21年度の予算の中に支援事業の貸与というものを組みましたので、きちんとそれを受けて都道府県に出すようにと。そうすると国が補助をしますよと三浦指導課長が言っていました。今、国は予算を組まなかったというふうにおっしゃったけれども。

【佐藤医療政策課長】 当初概算要求の中で厚生労働省が、今、先生がおっしゃったように、国も予算を要求していたのです。ですから多分、ほかの都道府県もそれに応じた形で予算要求をしていたのですが、実際には国の予算がつかなかった。

【岩崎委員】 10日前の話ですけれども。

【吉井医療政策部長】 地域の事情に応じて独自の取り組みをした場合という中で、この派遣手当というのが対象になると三浦課長のほうから聞いています。

【岩崎委員】 これが該当するのではないのですね。

【吉井医療政策部長】 対象になると聞いております。

今、佐藤が言った話は、当初、概算要求でタイトルがついていたのが、それがなくなったと。

【岩崎委員】 それも聞いています。でも最終的にはついたと言っていますが。

【吉井医療政策部長】 地域でそれぞれ独自にへき地のドクター確保等の取り組みをやっている場合、そういう中身を見させていただいた上で、国としてもそれについては補助の対象といたしますというお話だったかと思います。

【岩崎委員】 集まった人たちの前で、必ず都道府県にきちんとこのことを言ってくださいと課長が言っていましたので。都が出さないと国は出しませんというような話です。これも医歴5年以上というのは、2年の臨床研修が入っているわけですね。

【佐藤医療政策課長】 はい。同様に入っております。

【岩崎委員】 入っている。それはきちんと明確にしておいてもらう必要があるのではないかなと思います。

一般公募のところに、医師養成研修終了者と入っています。これはどういう意味でしょうか。資料11-3の2枚目の、一般公募の真ん中です。

【佐藤医療政策課長】 流れの話ですね。これはいわゆる臨床研修を終えていますというところを、改めてここで表示しているだけでございます。

【岩崎委員】 それでは、臨床研修が終わった人という意味ですね。

【佐藤医療政策課長】 はい。ただし、先ほど申し上げた医歴5年というところはお願しているわけなので、臨床研修を合わせて5年を経験している者と。

【岩崎委員】 そうすると、前の医歴5年以上というのは7年ですよ。

【佐藤医療政策課長】 すみません、これは表示の仕方の問題でございまして、あくまでもこれは、研修は当然ながら終了していますと改めて書いていただいております。

【岩崎委員】 国の制度が医師養成研修とはなっていませんから、臨床研修終了者とか、きちんと国の名称を使ってほしいと思います。

【佐藤医療政策課長】 はい。ありがとうございます。

【村田座長】 ありがとうございます。

それ以外に何かご質問、ご意見ございますか。よろしいでしょうか。

それでは次にまいります。

この保健医療計画では病床について定めているわけですが、既存病床数の状況と、診療所の一般病床の届出の状況が出ておりますので、それを事務局から説明していただきたいと思っております。

【山川医療安全課長】 それでは資料12-1、2、3についてご説明いたします。

資料12-1につきましては、平成20年7月1日現在の基準病床、既存病床、過不足の状況を示した一覧でございます。

この一覧につきましては、現在ホームページのほうでも公開しておりますが、間もなく4月を越えた段階で、1月1日時点という形の病床が出てくる方向で、今調整をしているところです。

資料12-2ですが、審議会でご審議いただきました、診療所の一般病床に係る基準の内容を示しております。1から4に関して、それぞれに挙げる条件をすべて満たす場合、届出ということで処理しております。

その結果といたしまして、資料12-3でございますように、平成21年2月24日現在、届出による診療所の一般病床の設置を利用した診療所一覧ということで掲げております。世田谷区は増床、日野市、町田市が新規、新宿区が増床ということで、今進めているところです。

この資料でございます計画申請時期というのは、具体的な増床の数やそれぞれの基準等がございますので、その基準等を満たす書類を出していただいて、それ以降、おおむね6カ月以内に病床の設置ということでお願いをしているところでございます。ですから、未設置のところは6カ月以内に設置をされていく予定でございます。

病床の設置状況について、私からの説明は以上でございます。

【村田座長】 ただいま資料12に基づいて、既存病床数並びに診療所の一般病床の届出があったものについて説明がありましたが、これについては何か、皆さん方からのご意見、ご質問はございますか。こういう現在の状況であるということですが。

よろしいでしょうか。では、次にまいりたいと思います。

ここまで、保健医療計画における事業について、その一部について個別に報告を受けてまいりました。ほかの事業も含めまして、全体の状況を説明していただきたいと思います。よろしく申し上げます。

【櫻井副参事】 全体の状況につきましては、資料13の冊子で、保健医療計画の進捗状況についてということで、計画に記載しました各事項につきましては、これまでの取り組み状況と今後の予定について一覧にさせていただいております。

もし差し支えなければ、あわせまして資料14の指標につきましてもご報告させていただきます。

【村田座長】 申し上げます。

【櫻井副参事】 資料14、東京都保健医療計画指標一覧をご覧いただきたいと存じます。

こちらは3月に改定していただきました保健医療計画で、4疾病5事業につきまして、各指標を設けていただきました写しでございます。

今年度につきましては、まだ年度途中でございますので、目標値と実施状況の数値等については、来年度の協議会でご報告をさせていただきたいと思っております。

また、実際に進行していく中で、この指標のままでいいかどうか、あるいはもっと別の指標がいいかどうか、そういった観点からも、あわせて事務局から来年度ご提案をさせていただければと考えております。

以上でございます。

【村田座長】 ありがとうございます。

資料13、資料14について説明がございましたが、資料13についてはまた後ほどご覧いただきたいと思っておりますが、特に何かお気づきの点はございますか。

【河原委員】 資料13なのですが、第8節の難病の支援及び血液・臓器移植対策がありますが、まず献血ですね。それから臓器移植と骨髄移植がありますが、臍帯血は特に取り上げていないのですか。全国で2万人ストックができればほぼ賄えるだろうということで、東京だったら日赤と東京臍帯血バンクが主要なバンクですが、そのあたりは最初から検討にはなかったのですか。

【櫻井副参事】 申し訳ございません、所管の部門に確認して、後ほどお答えさせていただきます。

【村田座長】 よろしいでしょうか。

ほかに何か、お気づきの件はございますか。

【橋本副座長】 この策定をした時期と、その後のいろいろな世の中の動きがあって、一つはいろいろなことが起こって、それぞれの対応というのが、東京都が今、冒頭にご説明いただいた、いろいろな対応策を立ててくださったと思っております。

それはそれで真摯にやってくくださったと思うのですが、少しじわりと来そうなのが、実質的な無保険者の増加。例えば国保などは資格証明書を出していますが、それは申請のあったものだけについて行っているわけです。そういう問題が少しじわりと来そうなのが、思っています。ですから、行政レベルでも少しウォッチングをしておいていただきたいと思っております。研究レベルですが、横浜市の実質的な無保険者の動きが少し見えていますので、

そういう意味では参考になるかもしれません。

【村田座長】 ありがとうございます。

そのほかに何か。

【杉山委員】 がんの予防のところに、目標2に、成人の喫煙率を下げるというのがあります。未成年者の喫煙者は0%。ところが、下げるというだけで目標になっていないのですね。下げることも目標なのですが、少なくともオリンピックを控えてというか目標にして、先進国並みの喫煙率を一応目標に出すとか、あるいはそれを上回るようなクリーンな東京イメージを持ってもらう、あるいは努力するために、何かもう少し。

がんの予防にとってもそうですし、そういう生活、衛生環境をよくするという意味でも、投げ捨てや一般の喫煙場所の制限といったことに対して、もうちょっと前向きに取り組んでもいいかなと思うのですが、その辺はいかがなものでしょうか。

【佐藤医療政策課長】 喫煙につきましては、確かに非常に予防の観点で大事だと思っておりますが、具体的な数値目標をどこに置くかというのは、なかなか今のところ。全面禁煙がよろしいのでしょうか、その点は今後また研究しながら、具体的な目標もご議論いただきながらやっていきたいと思っております。ありがとうございました。

【村田座長】 よろしいでしょうか。

【杉山委員】 はい。

【村田座長】 ありがとうございます。

そのほか、何かご質問、ご意見ございましたらどうぞ。

よろしいでしょうか。

本日予定した資料の説明がありまして、いろいろご意見をいただきました。ありがとうございました。

参考資料がありますが、どのようなものがありますでしょうか。

【櫻井副参事】 参考資料として3種類、机に置かせていただいております。

1つは迅速・適切な救急医療の確保についてということで、先ほど救急医療に関するご報告のときに概要をご説明いたしましたが、その冊子でございます。

それから、平成21年度の医療関係の都の主要事業の予算の概要につきまして、つづりをご用意いたしました。

また、がんに関しまして、東京都がん対策推進計画の冊子をご用意させていただいたところでございます。

以上でございます。

【村田座長】 ありがとうございます。

現在、都議会は予算議会ということで、この平成21年度の予算案を検討しているかと思いますが、非常に福祉保健局としても大きな伸びを示しているのではないかと思います。非常に、今年も頑張っているいろいろな体制をとっていらっしゃるというのが、この辺からもうかがい知ることができるかなと思います。

本日の予定議題はこれで終わりたいと思いますが、特に何か、この際ご発言したいということがありますら、今日の議題にかかわらず、この運営協議会の進め方等も含めて、何なりとご発言いただければありがたいですが。

よろしいでしょうか。

それでは、特に事務局から、何かご報告がありましたらお願いいたします。

【櫻井副参事】 大変長時間にわたりまして、ご議論ありがとうございました。

本日使用いたしました資料については、お持ち帰りいただくか、机に残しておいていただければ後日事務局からご郵送申し上げます。

なお、大変恐縮ですが、保健医療計画の冊子につきましては、机の上にお残しいただければと存じます。

事務局からは以上でございます。

【村田座長】 どうもありがとうございました。

今日はいろいろと活発にご意見等もいただきました。今後また、東京都の事業についてご支援をいただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

どうもありがとうございました。

了