

第1回

東京都保健医療計画推進協議会

会議録

平成23年5月31日

東京都福祉保健局

(午後 4時02分 開会)

○大滝医療改革推進担当課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから平成23年度第1回東京都保健医療計画推進協議会を開会させていただきます。

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、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、医療政策部医療改革推進担当課長の大滝が進行役を務めさせていただきます。どうぞ、よろしく願いいたします。

本日は、職員一同節電対策の一環として、クールビズという形で対応させていただいております。失礼ではございますがご了承いただきたいと存じます。

資料につきましては議事の都度ご説明させていただきますので、落丁等がございましたら事務局のほうにお申しつけください。

初めに、委員の変更がございましたのでご紹介させていただきます。お手元にお配りしてございます次第をおめぐりいただきまして、資料1、東京都保健医療計画推進協議会委員名簿をご覧ください。

初めに、医療関係団体、東京都医師会から副会長の近藤太郎委員でございます。

同じく、東京都医師会から理事の林滋委員でございます。

関係行政機関にまいりまして、特別区保健衛生主管部長会より、葛飾区保健所長、細川えみ子委員でございます。

東京都市福祉保健主管部長会より東村山市健康福祉部長、菊池武委員でございます。

西多摩郡町村保健衛生課長会より瑞穂町福祉保健部保健課長、山崎俊明委員でございますが、本日はご欠席ということでございます。

島しょ町村民生部会、八丈町健康課長、笹本重喜委員でございます。

引き続きまして、事務局及び説明者にも人事異動等により変更がございましたので、ご紹介させていただきます。

杉村福祉保健局長でございます。

中川原医療政策部長でございます。

高橋医療改革推進担当部長でございます。

山岸医療政策担当部長でございます。

矢澤医療政策課長でございます。

小松崎歯科担当課長でございます。

越坂部救急災害医療課長でございます。

飯田事業推進担当課長でございます。

新倉医療調整担当課長でございます。

成田担当部長医療安全課長事務取扱でございます。

前川医療人材課長でございます。

中山看護人材担当課長でございます。

粉川高齢社会対策部計画課長でございます。

澁谷健康安全部医療体制整備担当課長でございますが、遅れての出席となっております。

最後になりましたが、本協議会の担当をしております医療改革推進担当課長の大滝でございます。よろしくお願いいたします。

では、次に委員の皆様の出欠状況でございますが、田中委員、田嶋委員、北澤委員、山崎委員がご都合によりご欠席されるとのご連絡をいただいております。従いまして、現在のところ委員24名のうち20名のご出席となっております。

それでは、議事に入ります前に福祉保健局長の杉村より一言ご挨拶を申し上げます。

○杉村福祉保健局長 それでは、平成23年度の第1回目の東京都保健医療計画推進協議会に当たりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

橋本座長を初め、委員の皆様方には平素から東京都福祉保健局の施策に関しましてご理解とご支援をいただいております。まことにありがとうございます。

3月11日の東日本大震災が起こりまして、約2カ月と20日間経過をしております。会議資料にも付けてございますけれども、東京都といたしましてはご出席いただいております東京都医師会を始め、医療系関係団体の多大なるご協力によりまして医療救護班の派遣を始め、様々な支援にこれまで取り組んできました。ご出席いただいております先生方につきましても、独自の視点から様々な復興あるいは医療救護に取り組んでいただいているお話も伺っております。改めまして、この場をおかりしまして御礼を申し上げます。本当にありがとうございます。

さて、この東京都保健医療計画推進協議会でございますけれども、平成20年4月に第4回目の改定を行ったところでございます。それ以降、今年度末で丸4年を経過することになりますけれども、この4年間につきましては、患者さんの高齢化、あるいは医療技術の進歩、これは当然のことでございますけれども、そうしたことに加えまして平成20年には妊婦の患者さんが亡くなるという大きな事件がございました。それを契機として周産期医療体制の抜本的な見直しが行われております。このほか、新型インフルエンザの発生に伴う医療体制の整備でございますとか、あるいは子供救命センターの設立を始めとする小児医療体制の見直しでございますとか、東京都の中で大きな医療体制の変更があったわけでございます。

それから、救急医療の東京ルールが新しくできましたし、東京都のがん診療連携病院の制度もできています。このように非常に大きな医療体制の変更があったわけですが、次期保健医療計画の中には当然取り込んでいく必要がございます。この保健医療計画というのは5年に1回見直しをするルールがございますので、平成25年中にはこの改定をする必要がございます。

いずれにしても、本日のこの協議会から次期の改定に向けた準備をぜひお願いしたいということがございます。今回の改定でございますけれども、これまでの5年よりも変化のスピードが大きいことがございまして、今、申し上げましたこれまでの変更点に加えて、いろんな意味で今回の改定に載せていかななくてはいけないという事項が

かなりあると考えております。

具体的に申し上げますと、1つは、地域包括ケアが東京都の中でもかなり議論をされておりまして、この地域包括ケアの推進という視点をこの中に取り入れていかなくてはならないと思っています。これをもう少し具体的に言いますと、在宅医療を進めないといけませんし、医療と介護の連携も図っていかなくてははいけない。そういう意味では療養型病床群の議論が、国が大分先送りをして、平成27年度までは現状のままというのが打ち出されましたけども、いずれにしても次の5年にはこの療養型病床群の位置付けをはっきりしていかなければなりません。こういうことが地域包括ケアの推進という一つの視点で大きな議論になってくるのではないかなと思っています。

それから2点目として、国がこれから医療計画の基本的方向性を検討していると聞いておりますが、精神障害者の問題が大きな点になってくると思います。地方精神保健福祉協議会と並行して議論をお願いしているところですが、精神障害者が地域の中で暮らしていけることで、地域における精神科の医療体制の充実、それから精神科救急医療体制の充実が非常に大きな議論になっており、この辺についても保健医療計画の中で明確に記載していく必要があるだろうと考えております。

それから、これはもう言うまでもありませんけども、今回の大震災を踏まえて病院の耐震化はもちろんのこと、東京としてのあるべき医療の姿というものも明確にしていかななくてははいけないと考えます。次期保健医療計画の改定というのはこれまでも増して膨大な作業になる、あるいは課題がたくさんあるなということを感じているところでございます。

委員の皆様には本当に日常のお忙しい中、こうした膨大な作業をお願いするのは大変心苦しいところがございますが、今回の改定がまさに東京都の今後の医療のあり方を決めていく大きな節目になると考えております。先生の中には専門家の視点で、あるいは都民の目線で忌憚のないご意見を頂戴して、いい東京都の保健医療計画を、ぜひ改定をしていきたいと考えております。

少し長くなりましたが、これから改定の議論に向けまして専門的な議論をするために改定部会を立ち上げたいと考えておりますので、その点についてもよろしくお願いを申し上げます。

今日は本当にどうもありがとうございます。よろしくお願いをいたします。

○大滝医療改革推進担当課長 それでは、これからの進行を橋本座長にお願いしたいと思います。

○橋本座長 それでは、私のほうでこれから進めていきたいと思っております。

ただいま局長からかなり明確なメッセージをいただいたと認識しております。座長として前回の挨拶で申し上げましたけども、これまでの医療計画は、昭和60年から始まり、東京都は東京都なりの色を出してきました。国の言うこととはちょっと違った、独自の観点からやってきたのですが、前回の改定で国はかなり明確な4疾病5事業を、

それを中心にかなり強く出してきたので、それに合わせるような形になったと僕は認識しています。

ただ、それは一応整っているようですので、次に、局長がおっしゃられたような東京都が抱える、これから抱えるであろう問題、そしてそれは恐らく日本の中でモデル的に検証しなければならない立場にある東京が医療計画に盛り込んで、先導的に実施していく。そういう役割があるような気がしております。委員の皆さんもぜひ強力なご支援をお願いしたいと思います。

それでは会議次第に従いまして、進行させていただきます。

会議次第に載っていますように、1番目は東京都保健医療計画の進捗状況であります。が、評価と検証、その他主要事業の取組状況について説明をお願いします。

○大滝医療改革推進担当課長 資料2が設置要綱でございますので1枚おめくりいただきまして、資料3、東京都保健医療計画の進捗状況の評価、検証をご覧ください。

本協議会におきましては、平成20年度から第四次改定の進行管理を行っておりまして、進捗状況の検証、達成状況の把握をしています。同時に、お話もございましたように、平成23年度、こちらにつきましては次期計画改定に向けて調査、検討を行うこととしています。

続きまして資料3-2をご覧ください。主要事業等の取組状況報告についてですが、真ん中にある4疾病5事業のうちの5事業については、昨年12月に開催した22年度第1回推進協議会でご説明させていただいておりますので、本日は4疾病のうちのがん対策、脳卒中、糖尿病、また下の欄にいきまして、在宅医療に関する以下5項目、こちらを資料5から資料12で各事業担当からご説明させていただきます。

それ以外の事業につきましては、資料4を使って幾つかのポイントをご説明させていただきたいと思っておりますのでよろしくお願いたします。

○橋本座長 それでは、最初に4疾病に関する事業について説明をお願いします。そして、そこで一度ご意見あるいはご質問を頂戴できればと思います。それではお願いします。

○小松崎歯科担当課長 担当の小松崎でございます。恐れ入りますが着席をさせていただいて、説明をさせていただきます。

がん医療対策の取組状況でございますが、資料の5をご覧ください。現在、保健医療計画に包含する形で平成20年3月に策定いたしました東京都がん対策推進計画に基づき、高度ながん医療の展開、相談支援や情報提供、緩和ケアの充実、がん登録の推進などに取り組んでおります。都では人口や患者さんの受療行動等、都におけるがん医療の地域特性を勘案し、がん医療の均てん化を図るため拠点病院の必要数を34か所程度として整備を進めてまいりました。今年度、4病院が新たに指定を受けまして、都道府県拠点病院2か所、地域拠点病院18か所、合わせて20か所が拠点病院として指定されております。

また、拠点病院以外にも高度ながん医療を提供できる病院が多数あることから、拠点

病院と同等の診療機能を有する病院を独自に東京都認定がん診療病院として認定しており、現在14か所が認定病院となっており、今年度拠点認定病院合わせて34か所の施設が整ったところでございます。

さらに切れ目のないがん医療を進めるため、東京都医師会や全ての拠点・認定病院のご協力のもと、5大がんと前立腺がんの地域連携クリティカルパスであります東京都医療連携手帳を作成し、平成22年2月より試行運用を始めております。現在、34の拠点・認定病院が治療計画を策定し、2,000を超える地域の医療機関との連携を進めているところですが、9月の本格実施に向けまして手順書の作成やパスのブラッシュアップを検討しているところでございます。

次に相談・情報提供の充実ということですが、がんの医療相談については全ての拠点・認定病院に相談支援センターが設置されておりまして、患者、家族から相談を受けるとともに、仕事をしながらがん治療を受ける患者さん、家族の利便性に配慮しまして、3病院において夜間、休日の相談体制を整備しております。さらに、がん体験者が患者、家族から相談に応じるピアカウンセリングも2か所で実施しています。

また、今年度より医療従事者等を対象としたがん医療や緩和ケアをテーマとした講演会を区部と多摩地域でそれぞれ1回ずつ開催する予定です。

次に、がん緩和ケアの充実ということで、がん治療の初期から身体症状のコントロールや精神心理的な問題に対するケアも含めた緩和ケアの推進に向け、東京都がん対策推進協議会のもと、緩和ケアあり方検討部会を立ち上げました。5月20日の第1回検討部会では昨年度実施いたしました緩和ケア提供体制等の実態調査結果から、都の緩和ケアに関する課題の抽出及び今後の方向性として人材の確保、育成、地域連携、他職種連携の推進、患者・都民への意識啓発の3点についてご意見をいただき、2回目以降の検討部会において具体的な取組を検討し、次期、東京都がん対策推進計画に反映させていく予定でございます。

また、がん登録の推進につきましては、昨年度より駒込病院にがん登録センターを設置し、拠点・認定病院の院内がん登録データの収集、分析、評価を行っております。

以上でございます。

○大滝医療改革推進担当課長 続きまして、東京都における脳卒中の医療連携体制でございます。右肩、資料6をご覧ください。

一番上に疾病の特徴から基本的な考え方というふうに記載させていただいておりますが、このような考え方に基きまして真ん中の図をご覧ください。東京都の脳卒中の医療連携体制モデルという形で2つの取組という形でつくっております。

1つ目は、適切な早期治療ということで、患者の発症から、真ん中の矢印がありまして急性期、この枠の中にごございます東京都脳卒中急性期医療機関、こちらに速やかにつなげることにより、救命、後遺症の低減を図っていく。この黒丸にごございます救急隊による搬送では、C P S Sを用いた判断を行いまして、中等症以下のものは速やか

に脳卒中の急性期医療機関に迅速かつ的確な救急搬送体制の構築を図っていく取組を行ってまいります。

2つ目は、切れ目のない地域連携ということで、急性期から回復期、維持期という形でつながっていると同時に、在宅も含めまして、縦横の医療機関を、重層的に構築することにより患者のQOLの確保につなげていく取組が考え方としてまいります。

下段にまいりまして検討組織の設置・検討課題ということで、東京都の脳卒中医療連携協議会における22年度の取組は、3つ行いました。1つ目は評価、検証ということで、東京都独自の脳卒中急性期医療機関の認定基準及び体制等について評価、検証するとともに、この体制整備は21年3月から行われ、22年度から本格実施しています。実際には22年度から動いた形になってございますが、昨年2月に行いました救急搬送患者実態調査、こちらの結果を分析、検証したところでございます。

2つ目は、地域の取組ということで、パスを活用した地域連携体制の整備ということです。地域連携パスについて当時は10の部会の先生方からお集まりいただきまして、様式の整理・検討を行い、統一様式の作成が終了したところでございます。

また、パスの合同会議につきましては21年度に4回、22年度で3回、会議を開いたところでございます。

3つ目は、普及啓発でございます。こちらにつきましては21年度にポスター、リーフレットを作成し、22年度はこれを活用して広く医療関係機関や医療保険者等関係機関に配布したところでございます。

また、新聞や情報提供番組というもので脳卒中医療の普及啓発にも取組んでまいりました。

右に移っていただきまして、地域の取組ですが、地域脳卒中医療連携圏域別検討会ということで、検討会のメンバーはここに記載してあるメンバーの方々にお集まりいただいています。22年度は3つの協議事項を掲げており、地域連携の推進、情報の共有化、地域における脳卒中の普及啓発活動ということで、協議会で作成したリーフレット、ポスターの活用や、地域ならではのシンポジウム等々を開催するなど、検討会で取組んでいただいているところです。

また、23年度の今後の取組ですが、協議会では4つございます。1つ目は、病院端末移行後の脳卒中救急搬送体制ということで、22年度までは各圏域でカレンダー方式という言い方ですが、手作業というか紙ベースでの丸バツ、受け入れられる、受け入れられないという予定をまとめて、それに基づいて動いていました。23年度から消防庁の救急の病院端末、こちらを活用してリアルタイムにどこの病院が受入可能かどうかを始めたところでございます。こちらの体制がきちんと動いているかどうかは23年度の重要な検討事項と考えてございます。

また、救急搬送体制の実態調査を行うとともに、22年度に作成した連携パスの普及に努めていきます。パスの合同会議の開催、5月28日に第1回を行いまして11パ

スの事務局で、延べ696機関からお集まりいただいている状況でございます。こういう取組をしっかりと続けていくことで脳卒中の医療連携を図っていきたいと考えております。

また、検討会につきましては、これらの地域の搬送体制の協力と地域の実情にあった普及啓発に努めていきたいと考えてございます。

脳卒中の医療連携体制につきましては以上でございます。

続きまして、糖尿病についてご説明いたします。資料7をご覧ください。糖尿病の医療連携体制でございます。こちらにつきましては上段を見ていただきまして、糖尿病の特徴、医療連携体制の目的、重症化の予防をどうやって図っていくかを基本的な考え方といたしまして、予防から治療までの一貫した糖尿病対策の推進と、都民の誰もが身近な地域で受けられる医療連携体制の構築を進めていくところでございます。

実際の取組でございますが、下段右側を見ていただきますと二次保健医療圏ごとの取組みといたしまして、平成20年の4圏域から始まった糖尿病医療連携検討会でございますが、区西部と区西南部の2つが22年度から新たに取組んだことで、22年度は島しょを除く、全12圏域に設置されました。今後は本格的にその地域の連携体制の強化を図っていかなければならないところでございます。

真ん中をご覧ください。東京都全域での取組でございます。平成21年3月に東京都糖尿病医療連携協議会を立ち上げ、検討をしているところでございます。

とりわけ重要なところは(2)の糖尿病医療連携に資する連携ツール4種類の検討ということで、圏域で体制を本格的に取組んでいただくために標準的な連携ツールを4種類作成しました。医療機関リストにつきましてはひまわりを活用し、ここから、例えば医療機関側で圏域別リストを作成することが可能である状況をつくるとか、②の診療ガイドラインは糖尿病治療のエッセンスを活用しております。専門部会を立ち上げて整理したところは、病診連携の紹介・逆紹介、それと診療情報提供書の標準化を整備しているところでございます。

また、プロセス指標の検討ということで、アウトカム指標3項目ございます。プロセス指標も新たに作成するため、部会において作ったところでございます。これは本来22年度末にこの協議会で確定していただく予定でございましたが、震災の関係で延期しました。そのため、6月中旬には23年度の協議会を開催し、この連携ツールを確定させていくことになってございます。

23年度の検討事項としましては、策定したものの評価、検証をして、医療連携にかかわるもの、医療従事者に対する普及啓発、最後には糖尿病の治療支援医療機関、こちら24年の末までに保健医療計画で考え方を整備していくということになってございます。こちらの具体的な考え方については、検討していくことになってございます。

そして、右側にあります二次保健医療圏、都の取組、左側では医師会、歯科医師会、薬剤師会を始めとした様々な医療関係機関や行政機関、こういうところと一緒に連携



をしていながら糖尿病の連携体制を整備していきたいと考えてございます。

説明は以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

資料の5、6、7、がんと脳卒中と糖尿病の取り組みの状況をお話いただきました。資料3を見るとわかるのですが、この第四次の医療計画は20年度から始まってちょうど3年間終わったぐらいの話ですので、取組状況を聞いて、これから恐らく評価という形に向かうのかなと思います。評価をするためにどうしたらいいとか、こうしたらいとかご意見を中心にいただくと今年度からの作業に有効に資するのではないかなと思いますがいかがでしょうか。

○細川委員 すみません、基本的なところで伺いたいのですが、4疾病のご説明ということだと、あと心疾患があるかと思うのですが、それについてはどうなっていますでしょうか。

○大滝医療改革推進担当課長 後ほど資料4で心筋梗塞については触れさせていただきたいと思います。後ほどご説明させていただきます。

○橋本座長 よろしいですか。

とりあえずこの3疾患についていかがでしょうか。

ちょっと伺っていていいですか。今、がんで1年間に亡くなる都民の方はどのぐらいいるのですか。

○小松崎歯科担当課長 亡くなる方は、3万人。

○橋本座長 3万人ぐらい。要するに国全体の10分の1ぐらいですか。そうすると、1年間に発症する罹患者は。これ推定でしかないと思いますが。

○小松崎歯科担当課長 申し訳ございません。罹患者に関しては現在手持ちにないので、後ほどご報告いたします。

○橋本座長 多分、そういうボリュームイメージの問題があって、国全体でいうと1年間に30万人ぐらい亡くなって、新たにがんにかかる方が60万人から70万人だろうと言われていています。そうすると、毎年40万人ぐらい、都でいうと10分の1ですから4万人ぐらいががんにかかって、単年度では亡くならない方がおられると、がん患者は増え続けることになります。その時にボリュームイメージからいって、この体制がどういう機能をすべきかと考えるべきだと思うのです。

国はがん基本法で均てん化の問題を出してきていますけれども、こういったものをつくり、がんを診れる病院を広げていきたいと思いますという、そういう施策がまずある、それはいいと思うのですが、その次何が来るかを考えながら、我々この3年間、もうあとの2年間を見なきゃいけないだろうと思います。全ての患者さんを本当に病院に入れられるのかどうかという問題も含めて、先ほど局長が在宅の話を読まれたけれども、介護の延長みたいな形の在宅のあり方ではなくて、むしろ濃密な医療をどういうふう在宅で展開するかということもちよっとがんのボリュームからも考えなきゃ

いけないだろうと思います。

それからもう1つは、認定がん診療病院みたいなのができて、東京都はしっかりしているなと思いますけれども、がんの治療を、例えば抗がん剤の化学療法をやる時にしっかりできるのかどうかといったようなこと。今、大きい病院が定型的ながんの化学療法になった患者さんを比較的小さい病院にお願いしています。病床を見ると、全国の話ですけれども、一般病床がなくて、慢性期の病床、つまりそういう患者さんを普通は診ていないにもかかわらず、がんの化学療法だけをやるという、そういう病院が出てきて、ある意味ではちょっと心配な部分があるんです。それはそれで受けとめなきゃいけないと思いますけど、そういう状況になった時にやっているんですねという話じゃなくて、どういうふうにしたらいいのかをやっぴり考えなきゃいけないんだと思います。そういうのがこの絵から少し見えてくるかどうか、それはあと2年ありますけれども、次の絵が書けるような、そういうことをちょっと考えてみたいなと思います。

ぜひ、都も少しそういうデータがあったりするとわかりやすいと思いますので、よろしく願いいたします。

そのほかいかがでしょうか。

- 近藤委員 医師会でございますが、この間のがんの医療連携協議会に出てみますと、病院にかかる100人のがんの患者さんのうち40人は他県ですよね。それから脳卒中でも糖尿病でも言えることですが、これからの高齢化は神奈川と千葉と埼玉、東京で1位から4位を全国の中で占めて、5位がやっとなら大阪です。糖尿病も脳卒中もがんもこれから増えてきて、その患者さん達が東京に流れてくる。これは全てにおいて言えることですから、やはりがんに関しては検診をできるだけしっかりやっていきたい、予防策はできるだけとりたい。

それから資料6の脳卒中に関しても、t-PAとか適切な早期医療というところかなり力入れた理由は、一つには初期の治療を早く行うことによってこの後の後遺症をできるだけ減らそうと、そうすると要介護者も減るし、回復期リハに行く人数も減るだろうということ、おおよそ5年たてば数字が出てくるのではないかと考えています。今年の春の脳卒中学会での、東京都のこの脳卒中医療連携協議会の発表だとまだそこまでは至っていないところで、おおよそ何%が脳梗塞で、何%が脳出血で、くも膜下がこれくらいと、それから救急隊の判断も結構うまくいけていたんだという発表が確かあったはず。それから糖尿病に関してもやはり同じで、高齢化が進むにつれて人数増えてきますから、受療していない半数の人達をどうするのかを同時に、早期への取り組みだろうと、予防策プラス合併症対策なんだと。それぞれターゲットを、ここに挙げたことを一生懸命やっていく必要があるんだなと思っております。

- 橋本座長 そのほかいかがでしょうか、どうぞ。

- 西川委員 1つ質問なんです、地域における普及啓発ということですが、こちらは主

に予防ということでしょうか。それとも、実際に自分が脳卒中にかかった場合に、急性期、それから回復期、それから在宅療養と医療連携の流れがこうあってというような、そういうシステムのようなもの、例えばその地域であれば、急性期の場合はこの病院、回復期の場合はこの病院、在宅療養の場合はこの医療機関でという、そういう流れが見えると患者側としてはすごく助かるのですが、そういう意味での周知というんですか、地域の医療連携システムの周知のようなものはこの中には含まれているのでしょうか。

- 大滝医療改革推進担当課長 資料6かと思いますが、普及啓発で今回取組んだところは実はパンフレットとリーフレットについては、先ほど近藤委員のお話もありましたように、脳卒中の疑いがある場合、例えば顔のゆがみとか、言語障害とかがあった場合に即119番にかけて、できる限り早い治療を受けていただくことを主眼に作ったものになっております。今後は体制整備というところで、お話しいただいたところにつきましても、今後取り組まなければならない課題と認識しております。

ただ、状況といたしまして、緊急の中という動き方というのが1つあるものと、医療機関の世界の中では圏域を超えて、いわゆる連携パス、独自の連携パスなり東京都の標準パスをこれから使っていただきたいですけども、そういう連携もごございます。普及啓発ということでこういう体制をご理解いただくかというのは今後課題として整理していきたいなと考えてございます。

- 近藤委員 脳卒中にどこでかかって、どこで倒れるかがわからない中、受けられる方の立場からするとどこで倒れても119番、先ほどの顔がゆがんだり、麻痺が出たり、ろれつが回らないと1つでもあったら119番に回して、東京都が作った仕組みに乗っかっていただければ急性期の医療は確実に受けられますよと。あとは、その後の治療になってきますので、うまくすればいきなり社会復帰というか、普通の生活にすぐに戻れる可能性もありますし、それは3時間以内であればt-PA適用ならt-PAですし、それが実際脳梗塞ではなくて脳出血ならばしかるべき医療に早くつながっていくということで、その入り口の部分の啓発を一生懸命やっているところです。

- 橋本座長 先ほどの委員の質問は、今のお答えで十分だと思いますけれども、なかなか都民側にはそういう入り口のところがわかりにくいので、どういうふうな形で広報されているかとか、周知されているかと、そこも大事なのではないかと、そういうご意見だと思います。そのとおりだと思いますけど、意識して見るとあたりするのですが、なかなか意識してないと中が見えないというのもこれまた事実であります。

そのほかいかがでしょうか。どうぞ。

- 菅原委員 東京都の医療体制については私は昨年、今、この時期入院しておりまして、非常にすぐれた医療体制だなというふうに思っています。

それからがん治療に関しては、同じ時期に私の会社の同期の友人がやはり入院しまして、これは最終的に駒込病院で、民間病院からお世話になった。そういう意味での連

携体制が大変よく取れておりまして、私自身も非常に、入院生活そのものが初めてでわからない中で、参考になることが非常にありました。特に医療体制についてはひまわりのナビ、冊子、あれも改めて見直してみるとこんないい情報が集積されているのかと。それから暮らしの中の医療体制と、あれについても冊子とナビがございましたけど、ただ、残念ながら入院して初めて私自身もそういう物の存在がわかったというのが事実ありまして、今回もご報告の中でいろんな道具が、用具が、リーフレットが、パンフレットが提示されておるのですが、残念ながら一般の都民から見るとそういうことはよくやっているんだけどよくわからないことが事実だと思うのです。

先ほどご説明いただいたがん医療体制の中で、23年9月から本格実施という東京都医療連携手帳とこう書いてあるんです。さっと説明されたんですけどちょっとイメージがわからないものですから、簡単にご説明いただければと思います。

○小松崎歯科担当課長 5大がんプラス前立腺がんの治療計画がわかりやすく、患者さんと主治医の先生、あるいはかかりつけの先生が共有できるような治療計画を簡単にしたようなものがそれぞれのがん種ごとに手帳になっているという物でございます。

○菅原委員 わかりました。

○小松崎歯科担当課長 先ほどの座長のご質問ですが、都民のがん患者数ですが約15万8,000人ということで推計値になっております。

○橋本座長 それは有病率ではなくて、罹患率ですか。

○小松崎歯科担当課長 はい。

○橋本座長 新しく発症する率。

○小松崎歯科担当課長 がんの、今、全体。

○橋本座長 それは有病率です。有病率ではなくて罹患率。

多分、これデータないはずですが。むしろがん登録をしていて初めてわかって、全国データが多分70万人ぐらいだろうというデータが出ているぐらいです。幾つかの代表的な病院で初診患者をカウントしてというような、そういう方法だと思います。

○羽田委員 近藤委員の方達のおっしゃったこととほとんど同じですけども、私が所属している区の中でのいろんな、健康づくりリーダーの会だとか、いろいろボランティアがものすごく進んでいるのです。そういった方達に最近がん検診受けられていますかと聞いたらば、そういう人達もほとんど受けていらっやらないのが現実なんです。

1つお聞きしたいのは、がん検診の受診率、それと特定健診の受診率が今どこまで進んでいるのかということ。そして実際にそういった方達が急性期って何、パスって何のことというのが現実なんです。ですから、お話を上がっているような医療連携の普及啓発というのはかなり細かいところで落とし込まないとなかなか伝わっていかないのではないかなと。仕組みづくりに結構時間かけてもいいかなと。かかりつけ医持ってねと言われてもどの人になってもらったらいいのと。病院と診療所の違いもほとんど漠然としかわからないのが現実ですので、この辺の仕組みづくりというのはとても

大事だと思います。

○橋本座長 ありがとうございます。都から何かありますか。お聞きしておくということでもよろしいですか。

結構いいシステムがあるんだけど、それが伝わっていないということが一つ大きい問題かもしれないですね。これは単に行政が周知の仕方が悪いとかとそういう浅い問題ではなくて、やっぱり受け取る側の、都民もどういうふうに情報を得ていくかという、その仕掛けを作っていかなきゃいけないのかもしれないですね。ちゃんと考えていきたいと思います。これも大きな課題かなと思います。

それでは次に議事に行かせていただいでよろしゅうございますか。では、また戻ることもありで。

それでは、在宅医療、リハビリテーション医療、高齢者保健福祉対策、歯科保健医療、感染症対策といった4疾病以外の主要な事業について説明をお願いします。

○大滝医療改革推進担当課長 それでは私のほうから、資料8に基づきまして、東京都の在宅医療推進の取組状況をご説明させていただきます。

現在のお亡くなりになる方の場所でございますが、平成17年の状況では、医療機関が82.4%、ご自宅でお亡くなりなる方が12.2%ということで、昭和35年と比較すると、お亡くなりになる場所が逆転している状況になってございます。医療資源が限られている中でありまして、医療と介護の連携、とりわけ在宅でやっていくためには身近な区市町村の主体的な取組みが基盤になって在宅医療を推進していかなければなりません。こうした観点に立ちまして、左側になります。これまでの在宅医療推進の取組状況といたしまして、区市町村の包括事業のメニュー化、都によるモデル事業等の実施といたしまして、在宅医療ネットワーク推進事業ということで、平成20年度と21年度の2か年でモデル事業を実施いたしました。また、他職種による会議体を設置し、症例検討会の実施等、365日、24時間安心のネットワーク構築ということを考えてモデル事業を行っております。

また、21年度には在宅医療拠点モデル事業としまして、4症で実施してございます。こちらは地域の身近な病院が拠点となりまして、緊急一時入院の受け入れとか、カンファレンス、そういうことを行いまして在宅医療を支える他職種の緊密な連携を構築してきたと、そういうものを取り組んでございます。

また最後でございますが、21年度からは在宅医療相互研修事業ということでシンポジウムの開催や、病診連携ということで、入院患者がスムーズに在宅療養できるよう、急性期スタッフと在宅スタッフとの同行研修とかカンファレンスを行ってきたということでございます。

このような取組を行ってきて、区市町村中心に様々なモデル事業や自主的な取組を行っていただきました。そこで22年度どう取り組んできたかが右側になります。平成22年度の取組状況といたしまして、地域の在宅医療連携調整窓口を設置するという

ことで、新たなモデル事業を22年度さらに検証という形でやらせていただきました。こちらの考え方は在宅医や訪問看護師、そういうところの情報提供、紹介、関係者の調整を行うキーとなる窓口、こういうところが必要ではないかということで、その窓口を本来3地域、こちらに掲げている大田区、調布、小平、この3地区でモデル事業を22年度、単年度ということで実施したところでございます。

大きな2つ目といたしまして、先駆的な取組の都内全域への普及ということで、在宅医療普及事業も新規で立ち上げました。22年10月東京都在宅療養推進会議、こちらを設置し、主な検討内容でございますが、左に掲げたこれまでの都のモデル事業とか、区市町村が行った先駆的な取組、こういうものを検証いたしまして、どういう課題もしくは様々な関係機関のどういうふうに関後取組んで行ったらいいかの洗い出しを行いまして、報告書としてまとめたところでございます。

こういう状況の中で23年度、下段になりますが、どういうふうに関後取組んでいくかでございますけれども、大きく5つございます。1つには、区市町村の包括補助事業を続けまして、区市町村での評議会の立ち上げ、運営、在宅療養の支援窓口の設置、後方支援病床、こういうものの整理を先駆的事业という形に位置付けまして、これを含めた区市町村の取組を促すところでございます。

また、在宅医療相互研修事業ということで、病診連携を強化するため、それぞれのスタッフが病院または診療所、こういうものに同行して研修を行うことによって相互理解を深めていく取組も進めているところでございます。真ん中の在宅医療普及事業につきましては、先ほどご説明いたしましたように、引き続きこちらの取組を検証していくことになっていくかと思っております。

新規の事業といたしまして、2つ、医療連携強化研修事業、もう1つは、在宅療養支援養成事業を立ち上げてございます。

医療連携強化研修事業につきましては、医療と介護の連携を重視いたしまして、事業内容に掲げてございますように、病院の医療職も介護事業の内容、制度をきちんと理解して、患者に適切なサービスを提示して、選択ができるような形で、他職種が連携して、病院在宅スタッフが相互に知識を深めるための研修を進めていきたいと考えてございます。

下のほうの在宅療養支援員養成事業につきましては、区市町村が設置します在宅療養支援窓口に置きまして、この在宅療養をコーディネートする機能をしっかりできる人材を養成していきたいということで、2つの事業を新規に立ち上げてございます。

こちらにつきましては、在宅療養推進会議等を含めて今後きちんと制度設計をして、早急にこの事業の進捗に取り組んでまいりたいと考えている次第です。こういうふうな取り組みをもちまして、繰り返しになりますが、身近な区市町村の主体的な取り組みを積極的に支援していきたいと考えているところでございます。

在宅療養推進の取組状況につきましては以上でございます。

引き続きまして、資料9で地域リハビリテーション支援センターの事業の見直しについてご説明させていただきます。

左上見ていただきますと、地域リハビリテーション支援センターの概要ということで事業経緯が書いてございます。平成11年度から国が事業を開始いたしまして、都におきましても平成13年度、地域のリハビリテーションの支援を始めたところがございます。平成18年度に国が三位一体改革で、国としての事業という形としては廃止になったところがございますが、同じ時期に東京都では全12医療圏に地域リハの支援センターの設置が完了したところがございます。各地域のリハビリテーション支援センターは、下に掲げている事業内容に基づき事業を行っているところです。

右に行っていただきまして、現状の問題点がございまして、実はこの実態につきましては、事業内容の具体的な取組というのが国の基準では、それぞれの地域支援センターが独自で判断できるところになっております。そのために取組がばらばらで、ノウハウというものが共有化できない問題点も書かれております。その上、各支援センターが得意分野というところで、この事業内容の中で選んで進んでいたというところがございまして、地域ニーズという視点を置いているところでは、なかなかいかなかったという課題を抱えてございました。

そして課題になりますが、こういうものを受けまして下段、見直し後の事業内容ということで、地域の支援センターにつきましては、大きく3つの課題が必須の役割ということで条件を図ったところがございます。1つ目は、地域リハ力の向上ということで、年々増加しているOT、PT、STの技術力の向上です。平成16年度が9,300人余りだった人数が、平成20年度には1万5,000人を超える状況になってございます。かなり人材としては増加しているのですが、若手ということで、リハの技術力の向上を図っていかなければなりません。OT、PT、STを対象とした症例発表会の開催、かかりつけ医のリハ知識というところで、彼らの連携という形のもので地域リハ力を向上させていきたいという取組が1点でございます。

真ん中に行きまして、介護リハの支援でございますが、訪問・通所リハビリテーション事業所等の要望が高いケアマネジャー、こちらのほうのリハにかかる意見交換の場を提供していくとともに、ケアマネジャーに対してリハに関する研修を実施していきたいと考えてございます。とりわけ介護サービスにつきましても、通所リハに関しましてはその利用率というものが平成20年度で、全国が18.2%に対しまして、東京都は9.7%ということで約半分というところがございます。ケアマネジャーにそういうところの知識をしっかりと提供するとともに、意見交換という形でしっかりと連携を図っていくところであり、研修テキストを作成するとともに、それを用いて研修を実施していくところがございます。

3つ目は、地域リハ関係者の連携強化ということで、地域の連絡会、各関係団体とか、リハ施設、自治体、そういうところでそれぞれ連携強化を図っていただいて、地域の

連絡会に結びつけていくことで、そこで情報提供をしていきたいと考えてございます。

この3つを地域リハとして、センターとしては必須条件といたしまして、さらに加えて、選択するというところで、在宅リハ、脳卒中、高次脳機能障害、とりわけ地域でニーズが高いものについては追加で支援していきます。23年度からこちらの地域リハビリテーションにつきましてはこのような体制で進めていきたいと考えているところでございます。

地域リハビリテーション支援センターの見直しについての、説明は以上となります。

○粉川高齢社会対策部計画課長 それでは続きまして資料10をご覧ください。冒頭、局長からもございましたけれども、東京の地域包括ケアについてでございます。

地域包括ケアとは、高齢者が要介護状態になったとしても、いつまでも住みなれた地域で暮らし続けるための考え方でございます。

資料説明に入る前に、まず前提として平成12年に利用者本位、高齢者の自立支援、利用者による選択、自己決定を基本理念としました介護保険制度が導入され、現在までサービスを利用するという意味では制度は定着したと言えると思います。

しかし、介護が必要な高齢者のニーズに柔軟に対応するためには現状の介護保険サービスだけでは限界がございます。高齢者が介護保険サービスの単なる受け手としてだけでなく、また、全ての都民が介護や支援に主体的に取り組む、いわゆる全員参加型の地域包括ケアを、検討することとしたものでございます。

また、東京は人のつながりが希薄であるとの指摘もございまして、地域で暮らし続けるためには東京の地域性、これを踏まえた東京の地域包括ケア、これが必要となるものでございます。

これより資料に沿ってご説明をいたします。左上、報告書の趣旨等でございます。平成20年に東京の地域ケアを推進する会議を設置し、住みなれた地域で暮らし続けるための必要な取り組みと、その具体策につきましてさわやか福祉財団の堀田理事長を始めとして、様々な分野の方に委員をお願いし、本年3月東京都への提言として報告書をまとめていただきました。

この報告書では東京の地域包括ケアの理念としまして、みんなでつくり出す365日、24時間の安心、これを掲げております。

また、地域生活におけるイメージ、これをわかりやすく伝えるため、右の表にございますように、高齢者を元気さん、あるいはさりげないサポートが必要になるさりサポートさん、それからもう1つ、体が徐々に不自由になり、医療や介護の支援を受けるサポートさん、この3類型に分類しまして、体の状況や生活の状況、これをまとめたものでございます。

特に地域生活に必要な要素として、1、住まい、2、在宅医療、3、介護保険サービス、4、生活支援、5、楽しみ、生きがい、触れ合い、この5つに触れております。

なお、国におきましても地域包括ケアを推進しておりますが、東京都のこの報告書で



は国の地域包括ケアの考え方に加えまして、精神的満足、生きがい、楽しみ、触れ合いといった精神的な要素を重視するとともに、いわゆる継続性、その高齢者の状態ごとの対応というのではなく、一貫して介護が必要になる手前から継続して地域包括ケアの考え方を持っていくということでございます。

さらに、自らの望む生活を高齢者自身が主体となって作り上げていくことから住民参加、これを求めているものでございます。

それらの観点から右側の下の囲みですが、この報告書には様々な先駆的な取組事例を紹介しております。例えばNPO法人によります地域開放スペースの事業であるとか、あるいは地域の高齢者の見守りの事業、さらには自分のケアプランを自らつくると取組、これらの事例を豊富に紹介することによりまして、理解しやすく、また具体的な活動を促すことを目的としております。

最後になりますが、この報告書につきましては、東京都としまして現在作成を進めております高齢者保健福祉計画に反映をさせてまいります。

説明は以上でございます。

○小松崎歯科担当課長 それでは、資料11をご覧ください。

都では歯科保健対策を推進するため、平成12年度に西暦2010年の歯科保健目標を設定いたしました。昨年、最終年度を迎え、西暦2010年の歯科保健目標の達成度評価を行い、その結果を踏まえまして、平成23年から27年度までの新たな歯科保健目標、「いい歯東京」を設定いたしました。

まず、達成度評価につきましては、この10年間でう蝕の状況は改善傾向にあり、かかりつけ歯科医による専門的口腔ケアを受ける習慣の定着が進むなど、歯、口腔の状況はかなり改善されました。

しかしながら、う蝕罹患状況の地域差や、歯肉炎や歯周病の予防など幾つかの課題も見られました。そこで、新たな歯科保健目標である「いい歯東京」は、ライフステージ全体を貫く全体目標として、歯と口腔の満足度の向上、8020運動の推進を掲げ、さらにライフステージを乳幼児期、学齢期、成人期、高齢期の4つに区分し、ステージごとに歯と口腔の健康づくりのテーマを設定いたしました。

テーマ設定については、前回の歯科保健目標はう蝕、歯周疾患等の歯科疾患の予防を中心としておりましたが、今回は子育て支援、食育、口腔機能の保持、向上、口腔と全身の健康との関連性など新たな視点を盛り込んでおります。さらにライフステージごとのテーマに合わせて疾病レベルの目標と疾病リスクの低減策としてEBMの明らかなもの、またはより望ましいと考えられる知識や行動について23の個別目標を設定しております。

また目標と合わせて、都民一人一人の健康づくりを支援していくため、かかりつけ歯科医による支援、区市町村による健康づくり、都による基盤整備というような関係機関等の役割もお示ししております。今年度以降、「いい歯東京」の実現に向けてさら

に取組を進めてまいりたいと思っております。

以上です。

○澁谷健康安全部医療体制整備担当課長 それでは資料12をご覧くださいませでしょうか。新型インフルエンザ保健医療体制ガイドラインについてご説明をいたします。

新型インフルエンザ保健医療体制ガイドラインについては、平成17年、国の新型インフルエンザ行動計画に基づく東京都の行動計画、さらに対応マニュアルに基づきまして福祉保健局が取組む医療提供体制についてのガイドラインを平成20年5月に策定しておりました。ところがご案内のとおり、平成21年4月に発生しました豚インフルエンザ、新型インフルエンザ(A/H1N1)と書いてございますが、その発生時の経験を踏まえまして、従来の医療提供体制だけではなく、保健医療体制全般にわたって盛り込んだガイドライン、全面改定に近い形で改定を行いました。4月19日、全庁的な新型インフルエンザ対策会議がありまして、そこでガイドラインの改定について報告をし、発行という形になりました。

内容についてですが、2つ目の丸にありますとおり、先の新型インフルエンザはそれほど死亡率も高くないということではあったのですが、このガイドラインでは基本的には高病原性の新型インフルエンザを念頭に置きます。右のページをご覧くださいんですけども、発生前期から、都内未発生期・都内発生早期、また都内流行期、この各流行期におきましてサーベイランスを行います。上の大きな矢印の3つのサーベイランス、インフルエンザサーベイランス、ウイルスサーベイランス、重症サーベイランス、また、一番下の矢印、インフルエンザ様疾患発生報告、特に学校・保育園等、集団の施設等で、これは年間を通じて把握するサーベイランスも含めまして、発生時期ごとにこの網掛けにしております入院サーベイランス、全数を把握する、特に、都内未発生期、都内発生早期の段階でいち早く患者さん、または疑いのある患者さんを見つけ出して適切な医療につなげるところでございます。全体の様子を的確に把握することがインフルエンザの対策に非常に重要なこととなりますので、入院サーベイランス、新型インフルエンザ専門外来における全数ウイルス検査、またクラスターサーベイランスを行います。

ところが、流行期になりますと既にたくさんの患者さんが発生をしておりますので、特に重症の患者さんに特化する形で行います。ここでマークがついておりますが、特に重症の患者さんの検査等を実施いたします、都独自の疑似症単独定点活用入院サーベイランスや東京都独自の東京感染症アラート、これを流行期におきまして続けていくわけです。このように発生段階ごとにサーベイランスを充実させるとともに、たくさんの相談が寄せられますので、最初は保健所が相談を受けるわけですけども、その相談内容も一般的なものから、かなり専門的なものまでに膨らむわけです。そこで一般で対応できるものは、例えば民間に委託できるものは委託、そのような考え方も含めて、トリアージ機能を最優先にして24時間体制で取組みます。

ただし、流行期になりますと、医療のほうへ重点が移りますので、右の下の図に示しておりますように、相談センターは相談対応のみになります。

続きまして医療体制ですけれども、今の説明と重複しますが、相談からその疑い患者さんが必ず的確に新型インフルエンザ専門外来に行けるように、これは保健所から紹介という形ですが、そこでウイルス検査を行いまして、陽性患者さんにつきましては、発生のまだ早い段階では感染症指定医療機関に、陰性の方は自宅療養もしくは一般の医療機関でということになります。

ところが、流行期になりますと、全ての医療機関が外来対応になり、入院患者も増えますので、特に重症患者が的確に治療ができる医療機関に搬送できるシステムを合わせて考えております。

情報連絡体制についてですが、サーベイランスにしましても、相談体制にしましても、医療体制にしましても、全てにわたって正確な情報を迅速に伝える体制をつくらなければならない、これにつきましても、21年4月に発生したインフルエンザの経験を踏まえ、関係機関等の情報連絡体制について、より充実させることで考えております。

加えまして、地域における医療機関、保健所、区市町村の連携を強化するべく、インフルエンザ等の地域医療計画を策定するためのブロックごとの協議会を設けまして、次なる新型インフルエンザを念頭に置きました対策の強化に努めてまいるところでございます。

以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

資料8から12までご説明がありました。在宅医療、それから地域リハビリテーション支援センター、それから地域包括ケアの報告書の反映、それから歯科保健、さらには新型インフルエンザのガイドラインということで、それぞれ独立とした大変な内容を持つご説明でしたけれども、いかがでしょうか。

菅原委員、どうぞ。

○菅原委員 歯科医療のところでお伺いしたいのですが、目標の達成度評価で8020運動の達成者が4割に及ぶとここに書いてあるんですけど、実数としてはわかりますか。今朝ほどちょうどこの報道がありまして、この達成状況が余りよくないという報道をちょっと接したものですから、4割というのはかなりの度合いだなという感じなのですが。わかったら教えてください。

○小松崎歯科担当課長 現在、8020を達成している都民の割合は、39.8%でございます。

○菅原委員 ありがとうございます。かなり高いんですね。

○橋本座長 高野委員、ご意見あるんですね。関連しますのでちょっと。

○高野委員 この8020、1万人調査をやっているんですけど、診療所に来た方の1万人分なので、来られるということはある程度健康体です。ちょっとバイアスが入って

いるんじゃないかと思います。

○細川委員 今、区にいまして、区市町村なりの医療の取組みは薄いなというところで、もう少し強めたいと思っているところですが、今見たところなのでまとまるかどうか分からないですが、2点ほど意見を申し上げたいと思います。

1つは、在宅医療の取組状況ですが、こちらは今後医療資源の関係や医療費の関係だけでなく、在宅医療は本人のQOLにとっても必要なことですので、ぜひ推進していきたいと思っておりますし、その中で医療と介護の連携がなければ結局は家族介護力のなさで医療が進まないところもございます。そういったことをきちんと取組みたいと思っているのですが、どうしても東京都においては区だけなのか、市はどうなのかよくはわからないのですが、医療は東京都というふうな常識がありまして、なかなか区が直接に医療に取組むという事業自体がしにくい状況にあります。

そうした中でもう1点、私もそれなりに情報収集しているつもりですが、今日初めて見ることも幾つかありまして、そういう中では東京都の施策がよく見えない状況もあるのかなと思っております。例えばこの報告書もまとまったとおっしゃっていますが、そのうち届くのかなとか思いながらいるんですけど。

○大滝医療改革推進担当課長 昨日取りまとめたもので。

○細川委員 そうですか、すみません。

そうした中で、特に一番気になったのは、在宅療養支援員養成事業というところで、区市町村が設置する在宅療養支援窓口においてと書いてあるのですが、区市町村が設置するののかというのがまず驚きだったりして、それが上の在宅療養連携調整窓口とどういうふうに使っているのかなとか。区市町村がそういった仕事のコーディネーター機能まで含めてやるというのは結構難しい話かもしれないと思います。そういう中で先ほど座長からは評価にかかるものについて意見をというお話でしたので、まず1つは、都の施策がよく見えない点について、それからこういった事業を区が行うに当たってもう少しモチベーションを高める意味も含めて、区市町村が取り組みやすい仕組みを、何らかの形をつくっていただければと思っています。例えば、担当者会議を設置してしまうとか、そういった形をとられればもう少し進むし、また評価の点においては、取組んでいる区の数とか市町村の数とかもそれなりの評価指標になっていくのではないかなと思いますので、これは一つお願いです。

リハビリテーション支援センター事業の見直しですが、リハビリについては非常に重要ですけど、リハビリテーション支援センターは各二次医療圏にあるとはいえ全然見えない状況にあります。この見直しは非常に大事だし、今あるいろいろな資源をつないだり、質を高めたりする施策としては有効だろうと期待しているところですが、私どもが地域に行って問題なのは量のほうでして、要するにリハビリ病院がない、病床がない、それについて例えば誘致したいと思っても、診療報酬の採算ベースに乗るか乗らないかが一番大きな課題でもありますので、なかなか区として誘致するツール

もない。そういう中で結局最終的には急性期病院が詰まっちゃうこともあるかもしれないし、急性期病院が詰まらないとしたら、それは埼玉県や神奈川県の方のリハビリ病院に行ってしまうということ。そういった意味でリハビリの病床の量的なものを何か誘致するような方向性なり、そういう仕組みなり、ツールなり、もう少し考えられないものだろうかということが2点目です。以上です。

○大滝医療改革推進担当課長 在宅医療につきましてはまことに恐縮でした。先ほど報告書をまとめましたと申しましたが、昨日まとまりまして、それを区市町村の担当者に向けて、6月9日に都庁で報告書の報告をさせていただくことを通知したところでございますので、できればご参加いただければと思います。また、必要性ということに対して区市町村の積極的な取組みということが言っていただけるのは非常に嬉しいこととございますので、これをきっかけにきちんと区市町村に対しては働きかけをして、なかなか医療が見えないというお話もございましたけども、一方で介護が非常に強い区市町村でもございますので、そういうところの連携をお図りしながら、どうやってこの考え方をご理解いただくか、また区市町村の方々に取り組んでいただくかは、これから我々も真剣に整理して、皆様に情報発信していきたいと考えてございますのでよろしくお願いいたします。

○橋本座長 よろしいですか、ほかは。

○林委員 私のところでも地域でリハビリを少し、訪問リハビリをやっており、板橋区で介護保険事業計画の委員をやっています。板橋区の例ですが、訪問リハビリが唯一実績になってないところなんです。それでケアマネジャーも訪問リハビリということに対してあまり理解されてないなというところがありまして、看護師が行うリハビリと、リハビリ師が行う訪問リハビリというのは本当は違うだろうと私は思っております。

それから、リハビリでも急性期、それから最後に維持期に介護保険が入ってきまして、いわゆる生活リハビリがあり、病院でリハビリやっても、それから連携して帰ってくる時に生活の中で段差があるとか、そういう細かいことをやらないとだめなんです。そういう視点がまだ全体的にないのかなということ。

それから若いリハビリ師が、今どんどん増えてきまして、非常にやる気があるんです。その人達をもっとレベルアップして欲しいなということ、お願いしたいと思います。私のところは二次医療圏が西北地域で、豊島病院が地域リハビリでーション支援センターになっているんですけども、地域リハビリテーション支援病院自体が十分、ほとんどといってもいいぐらい活動できておりません。連携室の方々も訪問リハビリについてまだよくわかっていないのかなということで、私どもからお願いして地域で集まって、デイサービスの人だとか、あるいは訪問リハビリ師に集まっていたいて、専門の先生に来ていただいて研修会をやりました。講師の先生は、病院のリハビリ専門医の方です。要するにシステムとして全然これからだと思えるんです、在宅のリハビリというのは。これからレベルアップして、都民の方に啓発というんですか、現状を理

解していただきたいなど、私は切に思います。以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。

細川委員が指摘したのは、多分回復期のリハビリテーションの病院が圧倒的に少ないということですね。東京都が少ない、結構わかっている話ですけど。診療報酬はほかに比べると回復期のリハは悪くはないという話を聞いていますが、そういうものも少し、地域になれば外に出でしまうので、最後にお話のあった、訪問リハも、訪問リハだけが単独であり得るわけではないので、やっぱりそういう連続性みたいなものを少し考慮した形をつくっていかなくちゃいけない、これも課題かなと思います。

それでは、次の議事にいかせていただきます。

ほかの事業についての説明を資料4で事務局がさせていただきますので、よろしく願います。

○大滝医療改革推進担当課長 それでは資料4に戻っていただけますでしょうか。では、ご説明してきた部分以外につきまして主な部分を簡単にご説明させていただきます。

表紙をおめくりいただきまして、表頭を見ていただきますと、左側が事項名、そして内容、取組状況、今後の予定となっております。これから右側2番目のこれまでの取組状況をメインにご説明したいと思います。

それでは恐縮ですが、3ページをお開きください。こちらの下段でございます。

急性心筋梗塞医療の取り組みということでございます。東京都では急性心筋梗塞を中心とする急性心疾患、心血管疾患に対し迅速な救急搬送と専門施設への患者収容を目的として、CCU医療を有する67の医療施設、東京都医師会、東京消防庁と共同で東京都CCUネットワークを構成し、年4回連絡協議会を開催しております。

平成22年11月には急性大動脈疾患に対し、循環器内科と心臓血管外科が協力して救急診療体制をとって、効率的に患者受入れを可能とする急性大動脈重点病院9施設と、支援病院27施設により構成する急性大動脈スーパーネットワークを開始いたしました。今後も連絡協議会の開催を通じまして連携体制の強化を図ってまいります。

続きまして、資料2枚おめくりいただきまして5ページをお開きください。災害医療体制の充実でございます。

東京都では平成16年度より災害現場で負傷者に対する医療措置を行う災害医療派遣チーム、東京DMATを設置しておりますが、昨年8月にその指定病院を新たに3病院増やし、22病院体制に拡充してございます。今後も指定病院を拡充するとともに、更新時研修を構築してまいりたいと考えてございます。

また、下の3つが医療施設の耐震化対策事業でございます。3つのうちの真ん中の事業でございますが、都では国の医療施設耐震化臨時特例交付金を活用いたしまして21年に医療施設耐震化臨時特例基金を設置するとともに、医療施設耐震化緊急整備事業を創設いたしました。

しかし、国の財源が不十分だったこともございまして、22年度からは新たに上の、

②の独自の事業を資するとともに、23年度には医療施設耐震化促進事業補助金の補助単価も上げる予定でございます。

続きまして、10ページをお開き願います。医療安全対策の推進でございます。1つ目の丸でございますが、ここでは地域単位の医療安全対策の推進のために政令市や特別区に対する医療安全支援センターの設置促進を図ってございます。

また、センターの連絡会を開催するほか、病院関係者や医療安全推進担当者、患者相談窓口担当者等を対象とした講習会も実施してございます。

2つ目の丸は、立入検査でございます。平成22年度は院内感染防止対策を重点とした検査を実施してございまして、薬剤耐性問題等を踏まえ、院内感染対策マニュアル2010年版を作成いたしました。今後も医療安全対策上の重要課題に対応した検査、指導を行ってまいります。

12ページをお開きいただきたいと思っております。こちらの下段にあります、自殺対策の取組でございます。

東京都では平成19年度自殺総合対策東京ガイドを設置いたしまして、普及啓発・教育、早期発見・早期対応、持続支援の3本柱、こちらをもとに講演会や街頭キャンペーン等を進めて、様々な取組を実施してきたところでございます。

また、自殺の原因の一つであるうつ状態に陥る方が、体調の不良を訴えて最初に訪れるのがかかりつけ医が多いことから、かかりつけ医のうつ病に対する研修を実施するとともに、相談窓口といたしまして、東京都自殺相談ダイヤル、心と命のホットラインを設置したところでございます。

さらに遺族に接する機会のある方を対象とした研修など、様々な取組を進めてまいりたいと考えてございます。

16ページをお開きいただきたいと思っております。16ページの上段、重症心身障害児施策の実施でございます。

在宅で過ごす重症心身障害児者の養育を支援するため、重症心身障害者のご家庭に看護師を派遣し、看護技術の指導を行う在宅訪問事業を始め、22年度からは在宅養育相談事業、訪問看護師等育成研修事業、在宅療養支援地域連携事業の3つの事業を地域で開始いたしまして、在宅移行支援と養育支援を行ってまいりました。

平成22年度からは日中活動の場を提供する通所事業及び家族のレスパイト等で利用する短期入所の両事業に、濃厚な医療ケアを必要とする超重症児者等の受入れ促進のため、高い技術を備えた看護師を各施設に配置する超重症児者等受入れ促進員事業を開始したところでございます。今後とも施策の充実を図ってまいりたいと考えてございます。

続きまして、19ページでございます。こちらの下段にあります、医薬品等の安全確保でございます。

都では薬品や医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保の取組みのため新任担当者や医薬品・医療機器等の品質、製造管理等に対する研修を実施しております。平成2

2年度は若者向け啓発用DVDを作成するとともに、アダルトショップやインターネット等による市場調査で年110件ほどの試売を実施したほか、医療機関の協力のものと、薬物使用実態調査の体制を整備いたしました。今後とも薬物乱用対策推進計画に基づく取り組みを推進してまいります。

続きまして、27ページの下段にあります、薬局でございます。

都民への医療の提供におきまして薬局が必要な役割を果たすことができるよう、研修や講習会によりかかりつけ薬局の育成を行ってまいったところでございます。今後は在宅医療の充実に資するため、訪問看護指導を行う薬局の情報を地域の医療機関に還元できる仕組みを構築し、薬局の機能、充実は図ってまいります。

また、後発医薬品の使用促進が図られている中、薬局から後発医薬品に関する情報を医師や患者等に発信していくため、医療品の個別データや比較データ、そういうものがインターネットで入手できるシステムを構築しているところでございます。データの更新等を随時行ってまいります。

また、薬局の許可更新時・通常立入調査に加えまして、一斉監視指導を実施する中で、医療安全確保等についての資料を配付し、指導・支援を行いまして改正薬事法の内容の周知を図り、円滑かつ適正な運用を図れるよう引き続き都内の薬局に指導を実施してまいります。

資料4につきましては、駆け足になって恐縮ではございますが、以上で説明とさせていただきます。

続きまして、資料13をご覧くださいと思います。A4、縦の資料でございます。こちらは東京都保健医療計画で掲げた指標の達成状況でございます。こちらについてご説明させていただきます。

基本的に表の左側から疾病事業名とそれぞれの指標、目標、計画策定時の平成19年度の数値、それ以降の現時点にまで把握できる数字を記入してございます。この指標で出ますと概ね目標に掲げた方向で推移しているところではございますが、2点ほど、真ん中のやや下、救急医療の救急要請から医療機関等に収容するのに要した平均時間。また、大きなくりの下から2つ目、周産期医療の真ん中、妊産婦死亡率、出生10万単位でございますが、こちらの数字が目標どおりでないところがございます。

真ん中の救急要請から医療機関等に収容するのに要した時間でございますが、こちらの平均時間につきましては、21年は50.1分であり、平成20年の47.8分と比較すると2.3分長くなっております。昨年、東京ルールによる搬送体制が全都で運用開始されたところを契機として実態調査を行ったところでございますが、その結果では、ひとり暮らしの方やマンションの高層階にお住まいであるなど、傷病者の状況や活動環境の支障、そういうところがある場合に救急搬送時間が長くなっていることがこの調査によってわかっております。今後さらに評価、検証を行いまして、東京消防庁や東京都医師会と連携し、救急搬送時間の短縮に向けた検討を行っていきたい



と考えてございます。

また、妊産婦死亡率でございますが、東京都におきましては年間の出生数は10万6,000人ほどで、この妊産婦の死亡数自体が10万人に数人で数値が大変低いものでございます。そのため、死亡数が2人、3人の変化でも数値が大きく動いてしまうところがございます。その点で今後5か年計画の評価指標として毎年追っていくのかどうかと含め、少し長いスパンで経過を見るべきかと考えているところでございます。

また、同様に計画を進めていく中で指標のところ（参考）と記載しているものがございます。こちらにつきましてはそれぞれの疾病や事業の協議会等の検討の中で、各事業の指標について見直ししたらどうかということがご議論されまして、そういう中で今後指標としたほうがいいのではないかとか、検討していこうというものが参考という形で記載しているものでございます。

今回の改定に向けた国の検討会におきましても、どのような指標をとるか、これが非常に難しいといったご意見や、現行の計画の指標といたしましては物的人的資源や、組織体制を図る指標でございますストラクチャー指標やプロセス指標が多いということで、アウトカム指標が少ないのではないかとといったご意見がございました。効率的な目標の設定、評価の仕方を具体的にどうすべきかについて、議論がなされていくと聞いております。その議論の結果は国の指針において示されることになるのかなと思っておりますが、東京都におきましても来年度からの計画の見直しの中でこれまでの計画の評価、また協議会、検討会でご議論いただいているものを受けまして、指標のあり方も検討していきたいと考えてございます。

雑駁ではございますが、説明を終わります。

○橋本座長 ありがとうございます。

今、説明のあった部分についていかがでしょうか。かなりボリュームの多いものを説明していただきましたけども、いかがでしょうか。議事の1番目ですけれど、今まで説明のあったものについても結構です。

○河原副座長 資料12でインフルエンザが対策ありましたね。これは東京都として危機管理の重要な課題の一つです。保健医療分野でのガイドラインが施策と思うのですが、全体として例えばインフルエンザの場合は法の規定がどうなっているかわかりませんが、交通遮断とか隔離とか、あるいはこの資料の中では保健所の疫学調査も一部読めます。あと流行時の食料の供給とか、あるいは医薬品の備蓄とか、いろいろワクチンの確保とかあると思うのですが、そういう周辺部分の計画は別にあるのですか。

○澁谷健康安全部医療体制整備担当課長 4月19日の全庁的な新型インフルエンザ対策会議において、新型インフルエンザ対策の中でいわゆるBCP、事業継続計画、各局で策定している計画に加え、区市町村で策定したもの、そういったものをここで集約して報告がありました。事業継続計画に基づいて行うものもあるのですが、このガイドラインは、東京都の新型インフルエンザ行動計画で各局が取組むべき内容の具体的

なものとしてつくったものです。今おっしゃられた食料ですとか、そういう事業の継続についてはBCPにあるんですけども、ワクチンですとか、そういったものについてガイドラインの中では、国と情報や連携を密にしながら混乱を招かないような体制をつくっていくことを目指すとしております。

食料につきましては、保健医療体制のガイドラインですからこの中では触れておりませんが、国の行動計画が改定されると聞いているため、東京都でも国の行動計画の改定がなかなか見えない中ではありますが、次なる新型インフルエンザに備えるということでは、何らかの検討がなされるのかと考えます。

いずれにしましても、保健医療の分野につきましては21年の経験がありますので、改善すべきところは改善をしていくと、そういったものを目指すものとして具体的に、先駆けて改定したものでございます。

○河原副座長 わかりました。

多分、ほかの計画とリンクしたり、ほかの計画を熟知してないと地震の時もそうですが、うまく機能しないと。

これは私の印象ですが、今までの説明をお聞きしますと、何か学校の試験に例えたら得意科目がかなり出てきていると思うので、不得意の部分というか、行間を読んで問題をちょっと探ったほうがいいかなと、医療計画をよくするために。先ほど細川委員からもご指摘ありましたけど、まさしくリハビリの問題は病床の問題、絶対数が足りないとかそういう問題がありますので、この現行の医療計画の中で進捗状況をご説明されていると思いますが、考え方としてはこの中に入れてないところはかなり影があるのかなと思います。

○稲波委員 資料13の指標の達成状況ですが、いろんな統計の取り方があると思うんですけども、先ほどご説明があった救急要請から医療機関等に収容するのに要した平均時間が伸びたのは、お年寄りが高層階に住んでおられる方がいるからというご説明がありました。ただし、数値の平均値をとるだけだと実態を見誤る可能性があって、橋本先生はご専門かと思いますが、その棄却検定をするとか、真の実態を表したような数値にしておかないと、せっかくみんなで東京ルールをつくって、また私的なルールもつくって、相当いい体制になっているはずなのに達成ができたか、できていないかを誤ったといいますか、単純な平均値では真の状態を表せない場合があります。特にこの指標というのはこの保健医療計画の大きな目玉だと思いますので、その数値の出し方を少し統計の先生とかを入れて考えてもいいのではという気がいたします。

具体的には、例えば、普通50分で大体平均で救急医療機関に運ばれているという話ですが、1人例えば3時間かかった人がいるとすごく大きくなってしまいますね。ですので、すごく外れた値を統計から外すような形の統計指標がありますから、そういうものを考えてはいかがかなという意味です。

○橋本座長 基本的には平均値をとるのは、その分布は平均分布であることがある程度仮

定されている場合有効です。なので、平均値は基本的にはだめですよ、きっと。それから、そういう数字だけの問題ではなく、例えば横浜ルールだと、行ってからその人がすぐ運ばなきゃいけなかったら、すぐ運ぶわけです。でも、この人このまま運ばなくてもいいんじゃないかという時、いろいろ探したりするわけです。ですから、そこで何をやるようになったかがもしかすると大事で、そのためにちゃんとしたことをやったため、ある部分は長くなっているからこういう数字が出ているかもしれないなと思いながら聞きました。ちょっと中身がわかりませんが、ほかの数字も似たような感じがあるので。それはそれで数字を出すことはとても大事なことになるので、その基本線は譲らずに、その中身、どういうふうに評価をしていったらいいかというの、これずっと先の続く話ですので、前もやっていたからこのままやりますという話はちょっとどこかで切り換えたほうがいいものもあるかもしれません。

糖尿病の人数というのはどうしてこんな数字しかないのかなと思いますけど、もう臨床の現場では糖尿病がうまく管理できているかどうかは、こんな率じゃないですよ。それはそれでまた議論がどこかであるでしょう。

すみません、ちょっと時間がないので、またこのあたりの議論はこの委員会でできると思いますので、少し先を進ませていただきたいと思います。

次の議事に行きたいと思います。再生計画について事務局からご説明いただけますでしょうか。

○矢澤医療政策課長 それでは、資料の14でございます。

策定の経緯ですが、現在の地域医療再生計画が二次保健医療圏を単位としておりますが、都道府県単位の広域の計画も必要とのことで、左側の矢印の下にございますとおり、国の地域医療再生臨時特例交付金を拡充することが昨年10月に決まりました。その関係で交付の規模は2,100億円となっております。右側、地域医療再生計画についてをご覧くださいますとおり、計画期間が25年度末まで、内容は都道府県単位、高度・専門医療機関や救命救急センターの整備・拡充、また、これらの医療機関と連携する地域の医療機関の機能強化、こういったものについて施策を定めることとしております。

恐れ入りますが、次のページをご覧くださいと思います。計画の概要でございます。三次、二次、一次の連携を柱としまして上から、救急医療では東京ルールの受入れ強化、周産期医療ではNICUの体制拡充、リハビリテーション医療では地域リハビリテーション支援体制の構築、右の在宅医療では在宅療養支援員の養成、精神科医療では早期発見・早期対応を推進します。こちらの取組みを推進する上で不可欠な医療人材の確保あるいは医療施設の整備も進めることとしております。

恐れ入ります、もう一度前の資料にお戻りいただきまして、策定のスケジュールについてご説明したいと思います。平成23年1月28日に開催した医療審議会において、この計画の概要は決定をいただいております。そのご承認いただいたものを持ちまし

て国へ提出する予定でおったのですが、3月11日の東日本大震災の発災の影響を受けましたこと、また、国の補助事業の予算が半分になり、その計画の上乗せが必要になったことがございまして、提出期限が6月16日に延びております。最終的には国の有識者会議を得まして、交付額が決定するといった段取りをとることとなっております。

簡単ですが、報告は以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

地域医療再生計画、東京都が案を出して、こういうふうに進んでいるとか進んでないとか。国のほうも結構大変で、1回出したものをどうしようかと考えているんでしょうね、きっと。お金がないのにと感じる。決着はどうなるかよくわかりませんが。いただくのであればしっかりした使い方という形で、東京都はこういう形で案を出しています。

よろしゅうございますか。報告に近いですけど、何かご意見があれば。

○稲波委員 東京都病院協会では意見を出しておりますので、ぜひご勘案くださって、よりよいものに、より目的に有効に使える、有効に達成できるような形での計画にしていきたいと思っております。

○矢澤医療政策課長 計画の運用の過程でいただきましたご意見十分勘案いたしまして、進めてまいりたいと存じます。よろしく願いいたします。

○橋本座長 それでは、次に行きたいと思えます。

次期医療計画策定について、よろしく願いします。

○大滝医療改革推進担当課長 それでは、次期医療計画改定につきまして、資料15で説明させていただきます。左側は、これまでの国の動きを4つにまとめさせていただいているところでございます。ポイントだけお話させていただきますと、②の社会保障審議会の医療部会で、昨年12月に医療計画についての話が出ており、こちらのほうの意見の中で基準病床数制度の話、二次医療圏の話、また4疾病5事業の範囲を見直すべきではないか等々の話が出てございます。

それと同時に厚労省の医療計画の見直し等に関する検討会ということで、こちらの検討項目といたしまして、③のところでございますが、4疾病5事業にかかる医療機関に求められる医療機能の見直し、医療計画の達成状況を把握するための指標のあり方、策定のためのデータ分析、集積のあり方等が検討項目として出されております。スケジュールはご覧のとおりですが、5回目以降を見ていただきますと、基本的方向性の決定について、7月ではないかという話を聞いております。そして、年内目途に新指針の決定を行っていくというのが国の医療計画に関する動きとでございます。

そして、右がこれからの次期保健医療計画策定に向けてのスケジュール案でございます。先ほど局長からもお話がございましたとおり、こういう動きの中で次期改定計画をつくっていくためには、23年度からしっかりとした取組みが必要になってきます。

本日、事務局といたしましてはこの協議会におきまして、改定部会の設置をお願いしたいと考えてございます。ご理解いただければ、23年度1回、2回、3回と改定部会を進めてまいります。国の基本方向性を踏まえ、医療機能実態調査も事務的には進めておりますけれども、改定部会ではこういう指標も含めて調査の内容を詰めていくこととなります。そして3回目にその議論を踏まえ、調査項目の決定をいたしまして、これを協議会にお諮りをさせていただくことを考えています。

また、調査結果の報告につきましても、第4回改定部会を開催し、その後、協議会にお諮りをさせていただくことで進めていきたいと考えております。24年度は、本格的な作業開始になりますので、部会は全6回程度の開催かなと思っております。そのために、改定部会の設置方のご検討のほうをひとつよろしくお願ひしたいと思ひます。以上でございます。

○橋本座長 改定部会の設置については今お諮りしようと思ひますが、その前に次期医療計画の改定についていかがですか。国が見直しの検討会をつくったのですが、震災があつたりして頓挫をしている状況、いろんなものが頓挫をしているので、少し揃ってくると思ひますけれども、介護保険のほうも同じようなことが起こっているようです。現時点ではこの資料15のようなスケジュール案で東京都の改定もさせていただく。まだ、第四次ですけれども、そろそろ準備をしなければならないということでございます。よろしゅうございますか。

では、改定部会についてお諮りをしたいと思ひます。今年度から次期計画の改定作業に入っていくことは今説明があり、資料15の絵に描いてあると思ひます。前回も少し設置要綱の説明がありました。その時にも触れましたが、設置要綱第6に、部会をつくることができ、その部会に属する委員は、会長が指名することになっております。そのため、私から指名をさせていただきたいと思ひます。あらかじめ事務局と相談したものが、今、机上に配られております。

よろしゅうございますか。ただいまお配りいたしました名簿の方々を改定部会の委員として指名させていただきたいと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。

それから、専門委員がお1人おられます。医療福祉の評価とか医療経済学をおやりになつている方で、成城大学の河口教授を改定部会の専門委員としてお招きして、ご協力いただくようにしたいと思ひます。

改定部会の委員の皆さんにおかれましては、さらに上乗せのお仕事で、お忙しいところ大変恐縮ですけれども、どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは議事の5番、6番に入りたいと思ひます。以下、報告事項でございます。東京都高齢者保健福祉計画の改定についてということで、事務局、ご説明お願ひします。

○粉川高齢社会対策部計画課長 それでは資料16をご覧ください。東京都高齢者保健福祉計画の改定についてでございます。1番上の囲みでございますとおり、この計画は老人福祉法に基づく老人福祉計画と介護保険法に基づきます介護保険事業支援計画、

これにつきまして東京都におけます高齢者施策の総合的、基本的計画として一体的に作成するものでございます。

左側に現行の第四期の、21年度から23年度までの計画を記載しております。中ほどの計画の理念、3点掲げておまして、高齢者の自立と尊厳を支える社会の実現。だれもが住みなれた地位で暮らし、支え合う社会の実現。確かな安心を次世代に継承、これらの理念を掲げて現在計画として進行しているものでございます。

続きまして、東京都保健医療計画でございます。都の高齢者福祉計画の策定に当たりまして、保健医療計画と調和を図ることになっております。

同じく、他の計画としましては先ほどご説明しました東京の地域包括ケア、あるいは一番下にございます高齢者の居住安定確保プラン、これは昨年9月に策定したものでございまして、いわゆるハードの住宅施策とソフトの福祉施策、これを連携して総合的に高齢者の住まいの確保を図るというものでございます。

内容的には、1点目として、高齢者向けの賃貸住宅、老人ホーム等の供給の促進、2点目として、高齢者の入居支援とサービスの質の確保、3点目として、地域で高齢者を支える仕組みの構築、これらを盛り込んだプランとなっております。これらの規定計画、あるいは他の計画を踏まえまして右側、24年度から26年度になります、第五期の計画でございます。現在、区市町村におきまして介護保険事業計画の策定が進んでいるところでございますけれども、その計画の策定に当たりまして国が示す観点がございます。国が示す新たな視点を踏まえた区市町村の介護保険事業計画、これと東京都の計画というのを密接に関連するため、ここに掲示させていただいております。

今回、第五期の介護保険事業計画に当たり国が示す観点としましては、まずは地域包括ケアの推進の前提として、地域やその地域に居住する高齢者ごとの課題、これを適確に把握することを求めています。そこにございますとおり、日常生活圏域ニーズ調査に基づくニーズの把握、それからサービスの見込みというのが1点目。その下には計画に当たりまして重点的に記載する事項、これを求めています。

点線四角にありますとおり、1点目としては、認知症支援策の充実、2点目は、在宅医療の推進、3点目は、高齢者にふさわしい住まいの計画的な整備、4点目としては、介護保険外の生活支援サービス、これらにつきましても第五期の計画策定に当たり重点的に記載することを視点として国が示しているものでございます。

その下、都として計画作成に当たり、考え方を示しております。都としましては、計画策定の前提となる東京の高齢者を取り巻く状況を的確に捉えるとともに、区市町村の円滑な事業実施に資するよう、都として目指すべき政策目標を定め、大都市東京に即した施策の展開を推進していくというものを考え方として踏まえております。

最後、計画策定のスケジュールでございますけれども、計画策定に当たりまして東京都高齢者保健福祉計画策定委員会を設けまして、来年3月にはこの計画案の最終の取

りまとめをしていくスケジュールになってございます。

報告は以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。

よろしゅうございますか。ちなみに介護報酬が3年ごと、診療報酬が2年ごとに改定があり、ちょうど24年度が診療報酬と介護報酬の同時改定が予定されております。ただ、震災のことがあったり、様々な意見があってまだ揺れているのかもしれませんが、とりあえずそういうふうに進む道というのがあります。

ですから、この高齢者保健福祉計画も医療とのかかわりが、もちろん中身としてあるわけですが、制度的な問題からもそういうリンクがされていくということです。

ただ、先ほど細川委員からあったのですが、都の高齢者保健福祉計画があって、それから区ごとの計画があって、区からいうとなかなか都が見えにくい。僕、ある区の高齢者保健福祉計画の会長やっているんですが、なかなか見えにくいです。それから、神奈川県の高齢者福祉計画の評価もやっているのですが、これもよく見えにくいというのがあって、もう少し見えやすいようにしなきゃいけないと思います。

ですから、我々が議論する時もある程度見えやすい形で事務局の方によく説明をしていただきたいようなことが出るかなと思っております。これはお願いでございます。

それから、資料16に基づいた東日本大震災における福祉保健局の主な対応についてということで、これも報告でございます。よろしく申し上げます。

○越坂部救急災害医療課長 ちょっと時間が押していますが、資料17によりまして、東日本大震災における福祉保健局の主な対応についてご説明をさせていただきます。

まず左側、1の物資支援でございます。被災地からの要請によりまして、都の備蓄あるいは購入物資、また都民等からの義援物資を3月12日から被災地に搬送をしております。枠内を見ていただきますと、(1)で、これは備蓄及び購入物資、毛布、食料あるいはベビー用品等、10トントラック換算で約76台、また(2)にある義援物資につきましても、同様に食料、飲料水、ベビー用品等を同様にトラック換算で約19台を被災地に搬送をしております。

2で人的支援でございます。被災地の、発災当日から東京DMATあるいは医療救護班、こころのケアチーム、それと保健師、薬剤師、介護職員など被災地へ派遣しております。枠の中を見ていただきますと、被災地への派遣ということで医療救護班、東京DMATから順次動物保護班までを被災地に派遣するとともに、(2)になります被災地からの重症患者を9名、人工透析患者約400名の受入れを行っております。※にありますように、このほかに都内避難所におきまして避難者への健康福祉相談などの支援を実施しております。

救護班活動につきましては、後ほど2枚目でもう少し詳しくご説明させていただきます。

右側を見ていただきますと、3のその他でございますが、(1)、(2)にあります

ように義援金、義援物資の受付を行いますとともに、（３）にあります被災自治体からの犠牲者の火葬協力要請による支援を行っております。また（４）にあります放射能測定にかかるモニタリング体制の確保や、関係局と連携をいたしまして都民からの相談に対する臨時の相談窓口を設置し、５月１６日までに２，５００件を超える相談に対応したところでございます。

次のページをご覧いただきたいと思っております。

東京DMAT及び医療救護班等の派遣状況でございます。表頭を見ていただきますと派遣内容別に派遣先、派遣期間、それから概要、備考というような形になっております。

まず、東京DMATの活動についてでございますが、３月１１日の１４時４６分というのが大地震発生だったわけですが、この直後の１５時１０分には２２の東京DMATの指定病院に待機要請を行っております。その後、同日の２１時に最初の初動班として２病院に対して出場指令を行いまして、その後、翌朝の３時３０分までに１０病院に指令を出し、宮城県の気仙沼市に向けて出場をしているところとなります。備考欄にありますとおり、東京DMATにつきましては東京消防庁の緊急消防援助隊と連携して活動を行うことになっております。その緊急消防援助隊との活動内容ですが、気仙沼の運動公園に活動本部を置きまして、ヘリにより搬送されてきた傷病者等の救護あるいはトリアージ活動などを行い、その後再度余震が続く中、あるいは夜間にはまだ３月とはいえかなり寒い季節で、夜間には零度以下に冷え込む、そのような状況の中で活動が実施されております。

２段目を見ていただきますと、３月１８日からは福島県の福島第一原子力発電所へ、これは東京消防庁の放水作業の後方支援として２隊、また１段下がっていただきますと、都内の出場といたしまして、３月１１、１２の２日間にわたって千代田区の九段会館であるとか、あるいは町田市の大型スーパーにそれぞれ２隊の出場指令を行ったところでございます。

次に、東京都の医療救護班の派遣状況でございます。

東京都医療救護班に切り替わったといえますか、そういうような状況につきまして、最初に初動活動をしています東京DMATの活動報告から、現地の医療ニーズが現場活動から避難所の医療救護活動への移行が必要だという判断から、その旨を県に話をし、県からの要請を受けて３月１４日から気仙沼市に医療救護班、まず、７班の派遣を行ったところでございます。

そのほかに岩手県あるいは福島県からの要請も受け、岩手県では陸前高田市、福島県では相馬市に対し記載のとおり医療救護班の派遣を行いました。５月２８日、前のページは５月１６日で若干時点がずれているので数字が変わっておるのですが、５月２８日の直近の時点では１２８班、１２８チーム、約４５０人を超えるスタッフが現地で活動を行っている、まだ継続をしておりますが、行ったところでございます。



その後、現地の救護班からの要請あるいは市の要請もあったわけですが、3月29日からは東京都の薬剤師班にも出場要請を行いまして、これも28日現在まで24班が医療救護班と連携して陸前高田市あるいは宮城県気仙沼市での活動を継続中でございます。

さらに前のページの人的支援にもありました保健師班あるいはこころのケアチーム、このチームとも必要な連携を行って、被災地の支援に当たってきたところでございます。医療救護班等の活動につきましては、現時点では、医療救護班については6月末まで活動を継続していく予定としております。

一番最後の行になります。羽田空港に設置いたしました臨時医療施設SCU、ステージング・ケア・ユニットについてでございます。このSCUは被災地からの重症患者を広域的に受け入れます臨時の医療施設ということですが、内閣府の要請に基づきまして3月12日から14日までの3日間羽田空港内に設置をいたしました。搬送された方には、クラッシュシンдрームであるとか、頭部外傷、イレウスなどの重症者も入っており、SCUを経由して都内の三次医療機関に収容したところでございます。

また今回、東京消防庁はもとより、関係機関あるいは関係団体で福祉保健局の支援活動に関係機関連携、協力のもと、ある程度迅速な支援活動が実施できたのではないかなと考えているところでございます。今後、今回の大震災を振り返って、次期保健医療計画の改定ともつなげるように、都の災害医療対策についても強化に向けた検証も必要かなと考えております。

今回の活動に関しまして、ご協力いただいた関係機関の皆様にもこの場で大変申し訳ございません、この場をおかりいたしまして、厚く御礼を申し上げます。

以上でご報告とさせていただきます。

○橋本座長 ありがとうございます。

このように動いたということでもあります。ちょっと印象を申し上げると、発災してから僕もいろいろテレビ見てましたけれども、行政力といいますか、僕は神奈川県に住んでいるため、神奈川の行政がどう対応するかを結構見ていたのですが、東京都が圧倒的な行政力を発揮したのがまざまざと見えてきて、やっぱりすごい行政体だなというふうに思いました。それが印象です。

それから、ガバメント・セクターだけじゃなくて、ある意味のパブリック、医師会とか歯科医師会も含めた、そういうところがかなりしっかりと動いたという印象がございいます。そのほかに、やはりすごいなと思ったのは、パブリックセクターが結構動いていますね。そういう意味でパブリックセクターがいろんな仕組みをつくりながら、行政の手の届かないような仕組みをつくりながら動いているということはかなりすごいなと思いました。二度と起こって欲しくないことですけれども、これはいい経験になるのかなと思うし、医療計画の中にどういうふうに反映させていくかということですが、計画に何もかも盛らなきゃできないということではなく、今回の教訓はある程

度のことがあれば、あとはみんなが運用でうまくやっていけるという、そういうスキームをつくったということだろうと思います。多分、その運用の正しさとか、運用を素早くできるというのは行政力だと思いますけどね。

先に副座長からお話があったような、ほかとの計画はどうなっているかということも睨みながら、どう運用していったらいいかをシミュレーションしていただくのが一番かなと思います。

以上をもって、本日の議事は全て終わりました。17分超過いたしました、申し訳ございません。

最後に事務局から何かございますか。

○大滝医療改革推進担当課長 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きまして、お持ち帰りいただいても結構ですし、机の上に置いておいていただければ、後日、事務局のほうから郵送させていただきますのでよろしくお願いいたします。

また、保健医療計画の冊子につきましては、机上のほうにお残しいただきたいと思えますので、よろしくお願いいたします。

最後に事務連絡といたしまして、この会議終了後、引き続き改定部会を開催いたします。会場につきましてはこの場所でございますので、部会委員の皆様方におきましてはそのままお残りいただくようよろしくお願いいたします。

事務局からは以上でございます。

○橋本座長 それでは、これで閉会したいと思います。改定部会の委員の方たち大変ご苦労さまですが、全員このまま残っていただきたいと思えます。

今日はありがとうございました。

(午後 6時19分 閉会)