

平成 24 年度第 3 回東京都保健医療計画推進協議会 議事録

平成 24 年 12 月 13 日 (木)

平成 24 年度 第 3 回 東京都保健医療計画推進協議会

日時 平成 24 年 12 月 13 日（木）18:30～20:30

会場 第一本庁舎 42 階 特別会議室 A

1 開会

（新倉課長） それでは、定刻となりましたので、ただ今から平成 24 年度第 3 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。本日は大変お忙しい中、ご出席いただきまして誠にありがとうございます。議事に入りますまでの間、私、医療政策部保健医療計画担当課長の新倉が進行役を務めさせていただきます。着座にて失礼いたします。

まず、本日の委員の皆様の出欠についてご報告させていただきます。本日は慶應義塾大学の田中委員、東京慈恵会医科大学の田嶋委員、東京都国民健康保険団体連合会の加島委員、国分寺市の白石委員、瑞穂町の福井委員、三宅村の佐久間委員から欠席のご連絡をいただいております。また、東京都病院協会の稲波委員、東京精神科病院協会の長瀬委員からは遅れて到着されるとご連絡をいただいております。

また、こちらの東京都側でございますが、本日は福祉保健局長、福祉保健局技監をはじめ、事務局でございます医療政策部、また、福祉保健局の関係各部、病院経営本部、教育庁の職員も出席をさせていただいております。

なお、本日はこの会議は公開でございますが、申し込みのありました報道関係や一般の方々も傍聴されております。

続きまして本日の資料について、ご確認させていただきます。東京都保健医療計画第五次改定計画素案でございます。分厚いクリップで留めたものでございます。それ以外に参考資料といたしまして、協議会の委員名簿、協議会の設置要綱、改定部会での検討一覧を参考資料として付けさせていただいております。不足、落丁等がございましたら、適宜事務局までお申し付けください。また、席上には現行の保健医療計画の冊子、また、国から示されました疾病事業の指針のファイルを置かせていただいております。これらの資料は議論の際ご活用いただければと思います。

それでは、これからの進行につきましては橋本座長にお願いしたいと思います。

（橋本座長） それでは、議事に従って進めさせていただきたいと思います。第五次改定

でございますけれども、平成24年8月に開催した第2回の保健医療計画推進協議会において報告を受け、その後さらに改定部会で検討を重ねていただきました。そこで、まず改定部会の部会長であります河原副座長から計画素案の検討経緯についてご報告いただきたいと思っております。よろしく申し上げます。

2 議事

東京都保健医療計画 第五次改定 計画素案について

(河原副座長) それでは、計画素案の検討経緯についてご報告いたします。8月に開催しました第2回保健医療計画推進協議会では保健医療計画の改定に当たり、平成23年5月から改定部会において検討してきた内容をご報告いたしました。その後ですが、第9回、第10回の改定部会を開催し、本日お示ししている保健医療計画の計画素案を作成したところです。改定部会での取組につきましては参考資料3でお示ししておりますので、後ほどご確認いただきたいと思っておりますが、本日は2回の改定部会で検討してきた内容について私から概括的な報告をいたします。

委員の皆様のお手元には東京都保健医療計画第五次改定計画素案が置いてあります。ご覧いただくとお分かりでございますが、かなりの分量となっております。そのため、第9回、第10回の2回に分けて、計画素案について検討してまいりました。第9回改定部会では保健医療計画の基本理念を記載している「第1部 総論」の他、「第2部 第1章 医療情報の提供」「保健医療を担う人材の確保と資質の向上」、がんなどの5疾病と災害医療、「第2章 保健・医療・福祉の提供体制の充実」の項目について検討してまいりました。第10回改定部会では「第2部 第1章の災害医療以外の4事業」「第3章 健康危機管理体制の充実」「第4章 計画の推進体制」について検討を行いました。

2回の改定部会においては5疾病5事業及び在宅療養に関する取組を中心に委員から様々な意見が出され、それらの意見を踏まえた計画素案となっております。計画素案の内容につきましては事務局よりご説明いただくことになっておりますので、ご議論のほどよろしくご願ひいたします。私からは以上でございます。

(橋本座長) ありがとうございます。それでは、引き続き、事務局より計画素案について説明をお願いします。なお、各委員は事前に事務局から概略の説明を受けて、素案も

配付されております。既にお目通しいただいているという前提で説明をいただきたいと思
います。なるべく議論する時間を多く取りたいということでもあります。事務局はポイント
について簡潔にご説明をお願いします。よろしくどうぞ。

(新倉課長) それでは、私の方から説明させていただきます。ただ今部会長からもお話
がありましたとおり、委員の皆様には11月20日の改定部会で提示しました計画素案の方
を事前にお配りさせていただいておりますが、その後、改定部会でのご意見などを受けて
修正を行っておりますので、本日配布の計画素案をまたご覧いただければと思います。

それでは、「東京都保健医療計画第五次改定計画素案」につきまして、恐縮ですが、A3
版の概要資料で説明をさせていただきたいと思えます。

資料の1ページ目の左上をご覧ください。「計画の性格」です。本計画は医療法に定め
る「医療計画」を含み、都の保健医療に関する「基本的かつ総合的な計画」として策定を
しております。また、「計画期間」につきましては平成25年度から平成29年度までの5
年間としております。

その下の「計画の基本理念」をご覧ください。基本的には現行の計画と大きく変更して
いるものではございません。こちらの図の真ん中に楕円がございますが、「患者中心の医
療体制」のところをご覧ください。丸が四つ並んでおりますが、一番上の丸に「超高齢社
会における医療提供体制の構築」を今回新たに追加するなど、今後見込まれる超高齢社会
を見据えた、より効率的で質の高い医療提供体制の構築を目指してまいります。

次にその下の「保健医療圏」でございますが、こちらについては現行の圏域の設定の考
え方を引き続き記載するものでございます。その一番下でございます「基準病床数」で
すが、新たな基準病床数につきましては国の示す算定式に基づきまして直近の人口などを用
いて今後算定いたしますので、現在配付しております計画素案にはまだ新たな基準病床数
は記載されておられません。

次に資料の右側をご覧ください。こちらからが「計画の内容」となっております。それ
ぞれタイトル部分を見ていただきますと、その隣に計画素案の該当ページを振っておりま
す。適宜素案についても合わせてご覧いただければと思います。

まず「第1部 総論」でございますが、「第1章 計画の考え方」「第2章 保健医療の
変遷」「第3章 東京の保健医療をめぐる現況」「第4章 東京の保健医療体制の基本理念」
「第5章 保健医療圏と基準病床数」と記載しております。

続いて、その下の「第2部 各論」でございます。「第1章 第1節 都民の視点に立った医療情報の提供」「第2節 保健医療を担う人材の確保と資質の向上」について記載しております。

次のページをご覧ください。ページの左上の「第3節 疾病・事業ごとの医療連携体制の取組」です。ここの第3節では5疾病5事業について記載しております。まず「1 がん医療」「2 脳卒中医療」「3 急性心筋梗塞医療」「4 糖尿病医療」、そして今回の計画改定に当たりまして医療計画に定める疾病として新たに追加をされました「5 精神疾患医療」について記載しております。ここまでが5疾病でございます。

次に資料の右側をご覧ください。上から少し下りたところに「6 救急医療の取組」がございます。こちらの「施策の方向」をご覧ください。上から二つ目の黒ぽつのところですが、「高齢化の進展など社会構造の変化に的確に対応し、都の特性を踏まえた救急医療体制を構築」と記載しております。現在救急医療対策協議会等におきまして今後の都の救急医療体制の在り方について検討を進めているところでございます、それらにつきまして記載しております。

その下の「7 災害医療の取組」です。こちらにも「施策の方向」をご覧ください。一つ目の黒ぽつでは「災害医療コーディネーターを核とした情報収集機能確立し、医療救護班等を効果的に配分調整できる体制を構築」、二つ目では「発災直後から中長期まで、変化する医療ニーズに対応できるよう災害医療体制を確立」とございます。東日本大震災を踏まえ、進めてまいりました体制強化の取組について記載しております。

それから、その下からは「8 へき地医療」「9 周産期医療」、1枚おめくりいただきまして、次のページの左上に「10 小児医療」について記載しております。ここまでが5事業となります。

そして、その下の「第4節 在宅療養の取組」です。こちらにも「施策目標」のところをご覧ください。黒ぽつが六つございますが、上から二つ目には「在宅療養を支える地域医療体制の充実」とあります。ここでは冒頭で少し触れましたように、超高齢社会の到来を見据えた在宅療養を支える地域医療体制の構築に向けた検討を進めていくことなどを記載しております。

こちらの概要版には記載しておりませんが、数値で評価する数値指標の項目につきまして、改定部会の意見の中で在宅の看取り率というのを評価指標に加えてはどうかというようなご意見がございました。関連する数値といたしましては厚生労働省の人口動態統計の

データがございます。こちらのデータにつきましては死亡した方の死亡場所が病院や診療所、介護施設、自宅などと分かれておりまして、どの場所でどのぐらいの方が亡くなったのかということ把握することが可能でございます。

ただ、このデータにつきましては、最後に亡くなった場所がどこかということを示したものでございまして、例えば療養生活をずっと在宅で行ってきた方が最後に病院で亡くなった場合には病院ということで死亡場所がカウントされてしまいます。このように現在の統計データの中では必ずしも在宅療養の取組を適切に評価できる数値と現状にはなっていないということから、改定部会では在宅看取り率ということでご意見がございましたが、現在評価指標には加えておりません。

概要の説明に戻らせていただきます。在宅療養の次に「第5節 リハビリテーション医療の取組」「第6節 医療安全対策の推進」について記載をしております。ここまでの第1章となります。

次からが「第2章 保健・医療・福祉の提供体制の充実」です。ここでは八つの節に分けて保健や福祉の分野についても記載をしております。まず「第1節 保健・医療・福祉の連携」について総論的な記載をしております。次に資料の右上をご覧ください。「第2節 健康づくりの推進」です。こちらでは現在保健医療計画と共に改定作業を進めております「東京都健康推進プラン21」の内容と整合を取りまして記載をしております。

少し下りまして、「第3節 母子保健・子供家庭福祉」です。妊婦健診の取組や、要支援家庭への支援などにつきまして現行計画と比較して記載内容を充実しているところがございます。このページの下ですが、「第4節 学校保健」についてこちらでは記載をしております。

1枚おめくりいただきまして、次のページの左上に「第5節 高齢者保健福祉施策」「第6節 障害者施策」について記載をしております。ここでは、高齢者保健福祉計画と障害者計画、障害福祉計画をそれぞれ昨年度改定をしており、その内容に沿った記載をしております。

次に「第7節 歯科保健医療」「第8節 難病患者等支援及び血液・臓器移植対策」について記載をしております。ここまでの第2章でございます。

次に資料の右側の真ん中より少し上ですが、「第3章 健康危機管理体制の充実」です。この章では第1節から第8節まで八つの節に区分して記載をしております。

まず「第1節 健康危機管理の推進」では、機能強化した健康安全研究センターにおけ

る取組、次の「第2節 感染症対策」については、新型インフルエンザに対する取組などを記載しています。その下の「第3節 医薬品等の安全確保」でございまして、「取組のポイント」をご覧くださいと、一番下の黒ぽつでは違法（脱法）ドラッグ対策の充実などについて記載をしております。

次に1枚おめくりいただきまして、このページの左上から「第4節 食品の安全確保」「第5節 アレルギー疾患対策」について記載をしております。次に「第6節 環境保健対策」でございまして。こちらにも「施策の方向」をご覧くださいと思います。四つ目の黒ポツでは、「環境中の放射線量等についてモニタリングを実施し、適切な情報提供を実施」について記載をしております。以下、「第7節 生活衛生対策」、資料の右上に行きまして、「第8節 動物愛護と管理」について記載をしております。ここまでの第3章となります。

最後は「第4章 計画の推進体制」です。まず、「第1節 行政の役割」です。1枚おめくりいただきまして、「第2節 医療提供施設の役割」「第3節 保険者の役割」「第4節 都民の役割」についてそれぞれ記載をしております。

右側の一番下の「第3部 資料編」につきましては現在作成中ございまして、内容といたしましては二次保健医療圏別の各種データなどについて整理をいたしまして、今後掲載をいたします。

大変簡単ではございますが、計画素案についての説明は以上です。

(橋本座長) ありがとうございます。このA3の概要版ですが、6~7枚あって、かなりのボリュームです。ご意見を聞きながら議論を進めていきたいと思いますが、大きく三つに分けたいと思います。それぞれに約30分ぐらい時間を取りながら全体を検討するというやり方で進めたいと思います。

まず第1ブロックですが、「第1部 総論」から「第2部 第1章 精神疾患医療の取組」です。ページで言うと1ページから98ページになります。そこままで議論をしたいと思います。

私は大きい計画の素案の1枚目の目次のところだけを大体構造が分かりやすいなと思っ
て見ているのですが、もう一回おさらいしておくと、「総論」があって、そこではこれまで述べてきた計画の考え方とか、変遷とか、現況とか、基本理念とか、そういうことが書いてあります。それから、基準病床数というのはある意味では大事なもののなので、これ

が書いてあります。

そして、「第2部 各論」が始まります。そこが章立てとしては大きく四つに分かれていて、まず「患者中心の医療体制の充実」ということで幾つか並びます。それから、「第2章 保健・医療・福祉の提供体制の充実」ということで幾つか並びます。そして、「第3章 健康危機管理体制の充実」ということで並び、「第4章 計画の推進体制」という構造になっております。

まず第1ブロックです。もう一度申し上げますが、「総論」のところから始めて、98ページの「精神疾患医療の取組」というところで一応一回区切って議論したいと思います。いかがでしょうか。何か質問とか、ご意見とかがあれば伺わせていただきます。

(永田委員) 永田でございます。糖尿病まで飛んでよろしいでしょうか。78ページなのですが、ここで糖尿病にかかわる医療従事者ということで、医師、歯科医師と入っているわけです。ページをめくっていただきまして81ページのところの「施策目標と主な具体的な取組」の「目標の1」丸の二つ目のところです。

ドクター等で「相互の連携によって」というのは特に異論はないわけなのですが、その後でいきなりここに「糖尿病療養指導士」というのが出てきているのですね。その方々が連携を取っていくという書き方になっているのですが、実際に糖尿病療養指導士というのを調べてみますと、都内に1322名です。ホームページ上でそのぐらいの登録なのです。

看護師は確か10万人ぐらいいらっしゃいます。薬剤師は3万人います。様々な職種で多数の方々がいらっしゃるのですが、全体を読み込んでみますと、そういった全体がきちんと糖尿病に関する連携、普及啓発等に絡んでいかなければいけないのに、どうもそういうふうには読み込めないのですね。ですから、この文章がどうも気になりまして、全体がそういった役割をきちんと従事者として果たすような文章に書き換えられた方がいいのではないかと思います。いかがでしょうか。

(橋本座長) まず事務局から、もしくは改定部会からご意見を伺えば、はい、どうぞ。

(石毛課長) 今、糖尿病療養指導士の点についてご指摘いただきましたが、この文章としては決して療養指導士になられている薬剤師や看護師だけが糖尿病医療連携に参画するという意味ではなく、その療養指導士になられている薬剤師などを含めた糖尿病医療に

携わる多様な職種ということです。その中に薬剤師や看護師などを含めてというふうな呼び方になろうかと思うのです。そういった趣旨が伝わりづらいというようなご指摘かと思っておりますので、その点はまた表現、書きぶりなどを検討してまいりたいと思います。

(永田委員) よろしいでしょうか。

(橋本座長) どうぞ。

(永田委員) 次の 82 ページの一番下の丸のところと同じように「糖尿病療養指導士を中心とした」と入っているので、どうしてもそう読み込んでしまう可能性があるかと思えます。そこをぜひお考えいただいて、たくさんの医師、歯科医師以外にその周辺で従事している人間がいるわけですから、そういった方々全体がそういった対応ができるような文章に書き換えられた方がよろしいのかなと思います。ぜひ。

(近藤委員) 関連で。

(橋本座長) 関連でどうぞ。

(近藤委員) 糖尿病のお話が永田委員からございましたけれども、日本全体で言うと、糖尿病療養指導士の LCDE と CDEJ (日本糖尿病療養指導士 (CDEJ)、地域糖尿病療養指導士 (LCDE)) の活動とこの人達が地域に何人いるかということは一つのパワーとしての指標になろうかなと思います。もちろん各調剤薬局の薬剤師達の働きというのは欠かせないものです。その中でも特に療養指導士を取られていて、しかも糖尿病協会の登録医とリンクしている人達の力というのは欠かせないものと思います。83 ページの評価指標のあたりに載せて、前段の方の文章では特に薬剤師の働きを全般的に書いたところで、一方では登録医、さらに LCDE、CDEJ の活動ということは載せておくべきだと思っております。

それから、東京都医師会からしますと、東京都医師会でもう既に受講者が 1000 名を超えてきた糖尿病予防推進医が地域の受け皿として、かかりつけ医として最新の糖尿病の知識を備えた医師達を専門以外にも養成しているわけです。その名称はぜひ載せていただきたいと思っています。「ひまわり」でもそこをチェックできるようにしていただければか

りですから、ぜひお願いしたいと思います。

(橋本座長) 担当部局、いかがですか。

(石毛課長) 療養指導士については糖尿病の医療連携協議会においても糖尿病医療連携の評価検証指標として実際に用いているものですので、その点は何らかの形で掲載をさせていただき、工夫をさせていただこうかと思えます。

あと、専門医に限らずというようなご指摘もいただいたかと思えます。その点も検討させていただこうかと思えます。

(近藤委員) 少し追加すると、高齢化が進むに従って、より糖尿病の罹患者はさらに増えていきますから、地域に活動できる人達が増えることによって、それは受け皿としての連携の基となるという一つの力になろうかと期待しています。糖尿病に関しては以上です。

(橋本座長) はい、分かりました。糖尿病が重症化する前に見つけて、専門的な医療とつなげるとか、維持をしていくためにはトレーニングを受けた人達が地域にいるということとはとても心強いことなので、その点はおそらくしっかり書き込む必要があると思えます。ただ、その人達だけがやっているというニュアンスで伝わると少しまずいので、そこは工夫をさせていただくということです。よろしくお願ひいたします。

その他にいかがでしょうか。

(近藤委員) 前段の方、24 ページ以降のところですが、医療圏ごとの医師数というところがございます。24、26、33、44、45 ページといろいろ表が出てまいります。特に東京都の場合には、疾病ごとによりますけれども、交通網が発達しているから、急性期は都内全域で移動したりということがございますし、他県からの流入の方かがございます。

一方では、高齢になってくると行動範囲が減ってまいりますので、地域での医療を作っていかなければいけないことになってきます。確か地域医療対策協議会などで昼間人口を計算した場合の人口 10 万人当たりの医師数が、例えば区の中央部が 1100 人ぐらいが 300 人そこそこになって、特にがんの急性期の医療を考えると、他県から流入してくる急性期

の医療に対する医師数を考えると、さらに 200 数十人になるのではないかという試算ができますので、できればどこかの後ろの資料でも構いません。参照というページを入れても構いませんから、昼間人口による医師数の試算をぜひしていただきたいのです。これは災害医療にもつながって、日中起きた場合、夜間の場合というのがまた異なってまいりますので、ぜひその比較ができて、「ああ、こんなに違うのだ」ということを意識できるようにしていただければなと思っております。

(橋本座長) 事務局、工夫できますか。

(新倉課長) はい、データの数値等を確認しまして、工夫したいと思います。

(橋本座長) はい、お願いします。

(近藤委員) 次は 35 ページから 36 ページにかけてです。医療機関を分けていくと病院と診療所となってまいります。35 ページの下段に診療所の一般病床設置についてと、いわゆる有床診療所のことが出てまいります。が、「有床診療所」という単語があまりに周知されていない中で、一般的な用語ではないのでここに書き込むべきということです。

それから、36 ページに特に①から④の有床診療所に関しましては基準病床数を超えて許可できれば認可されるわけです。ここ 5 年ぐらいでどのぐらい増えたのかということです。それから、①にもありますように居宅・在宅医療にかかわる有床診療所の働きとか、がんの緩和ケアの働きとか、熱中症の高齢者の点滴医療などに関しましては有床診療所が欠かせないところがありますので、ぜひ単語を載せていただきたいのです。中小病院の役割を持てるような診療所であって、地域の無床診療所ともリンクすることによって連携が進むわけですから、ぜひ名称をちゃんと使って書き込んでいただきたいなと思った次第です。以上でございます。

(橋本座長) そもそも有床診療所の問題というのは歴史的にいろいろあるわけですが、数だけではなくて、少なくとも東京都の有床診療所が持っている機能とか、そういうのは把握されているのですか。

(近藤委員) 医師会としては把握しきれていないです。「ひまわり」のホームページを見て探してみようと思いましたが、なかなか難しいです。何科が何件あって、何床あって、それぞれの地区でその何床かがどのように活用されているというのがよく分かっていないところです。

一方で、特に複数の医療機関による機能を強化した在宅療養支援診療所を作っているという時に、担当の林理事から呼びかけて地区医師会に投げかけたところ、45 地区医師会のうち24地区医師会の中でチームの医療として9以下の医療機関が組んだということが出てきております。ぜひその中で有床診の活動を見守っていきたいなと思っています。

(橋本座長) 東京都もデータをお持ちではない。

(新倉課長) 細かな機能というところで着目すると、データは持ち合わせていません。

(橋本座長) そうですか。近藤委員がおっしゃられたように地域と密着した形で在宅なり、医療密度が比較的濃い患者に対応できているところがどうもありそうですし、これからも地域をにらみながら、そういうことを賦活していかなければいけない状況です。あるいはそういう地域があるような気もいたしますので、今回に反映できるかどうか分かりませんが、そこら辺は少し調べておくというか、データぐらいは把握しておいた方がいいかなと思います。少なくとも近藤委員がおっしゃられたような「有床診療所」という言葉は一般的ではないのですか。

(近藤委員) あまり知られていないですね。

(橋本座長) そこは括弧書きでもいいから、そういう名前を出しておいて、そういうところがある程度機能しているところを表現しておいた方がよろしいのかなと思います。事務局、何かあります。

(矢澤課長) 医療政策課長でございます。診療所のデータはそれぞれの区市町村が持っているかと思っておりますので、どの程度把握しているかを少し確認をした上で、私どものところで確認するというをお約束いたします。

あと、在宅支援診療所になっている数でしたら把握しておりますので、それは書けると
思います。

(近藤委員) ありがとうございます。在宅療養支援診療所が何件あるというのは大切な
データなのですが、多分半々ぐらいなのかもしれません。在宅療養支援診療所としていな
い診療所がどれぐらい在宅を見ているか。電子レセが進むならば、訪問診療、在宅をどれ
ぐらい受け持っているかということも分かるのかなということが一つです。

60 ページに、これはがん医療の中ですけれども、拠点病院と地域と考えた時に、先ほ
ど申し上げた交通網が発達しているとかかなり遠方でも急性期として受けに行きます。ただ、
いずれ生活をしていく中で高齢になってくると地元の地域となってきますので、中小病院
と先ほど申し上げた有床診療所を名称として載せて、さらに診療所の活動はみんながチー
ムとして組んでいかないと、これから先は特に高齢者が増える東京ではがん医療が見切れ
ないのだということを認識した上で書き込んでいただきたいなと思います。

(橋本座長) 少し難しい注文のような気がしますけれども、努力してみてください。

(島田委員) すみません。在宅療養支援診療所で何年か前に調査があったと思うのです
けれども、登録はしていても実績が全然ないというところが結構あったような調査を記憶
しているのです。それが1点です。

本旨の方は少し別でして、緩和ケアという言葉ががんのところに使われているけれども、
WHO の概念だと緩和ケアというところががんだけではなくて、脳血管障害とか、難病とか、あら
ゆる疾患での緩和ケアとなっているかと思うのです。この記述ですと、少し読み込みが足
らないのかもしれないのですが、がんのところだけしか緩和ケアが書かれていないのかな
というのが少し気になりまして、在宅療養のあたりとか、他疾患でも緩和ケアというところ
が重要だということは書き込みできるかどうかということなのですが、以上です。

(橋本座長) 事務局、その辺をお答えください。

(矢澤課長) 在宅療養のところではおっしゃるとおり緩和ケアのことを少し書き込む必
要があるかと思っておりますので、検討させていただきたいと思っております。

(橋本座長) 基本的には緩和ケアという病気による苦痛を少なくするというのは医療のある分の本質です。そういう認識が広がればいいわけです。だから、がんのところだけに書いていると、そういう認識は広まらない可能性はありますね。がんとくっついたものが緩和ケアみたいな話は確かに大きい部分ではあるとは思いますが、そこは工夫というところを投げってしまうだけの話ですけれども、どこかにそうではないところを見せてください。

(矢澤課長) 分かりました。

(近藤委員) 次は 65 ページ以降の脳卒中に関してです。前段のところでもリスクファクターのことが結構書かれておりますけれども、脳梗塞の入院の過半数が心房細動によるといわれています。心房細動に関する医療の介入というのはぜひ必要です。不整脈があったら医療機関にかかるのだというようなことを都民に啓発していくことです。もちろん医療機関の方からの働きかけも大事ですけれども、新しい抗凝固薬などがもう出てきている中でぜひこれをやりたいと思っています。さらにリスクファクターではたばこ、糖尿、高血圧ですので、これらをもう少し目立つようにリスクファクターの管理を書いていただきたいなと思います。

さらに 69 ページになってくると、維持期のパスの話が出てくるのですが、特に維持期に関しましては再発を予防するためのそれこそ危険因子、リスクファクターの管理が中心になってきますので、別に脳卒中専門ではなくても、普通の一般内科の診療の中で行うべきものと思っています。一方では生活の活動度を低下させないための維持のリハビリというニュアンスではパスが必要なのかなとは思いますが、そうですね。以上ですね。

(橋本座長) どうでしょう。事務局。

(石毛課長) いただいたご意見は確かに重要なご指摘だと思いますので、検討させていただきたいと思います。

(橋本座長) たくさんありますね。はい、どうぞ。

(近藤委員) 78 ページです。3 大合併症で、1 の糖尿病の疾病特性の四つ目の丸です。3 大合併症というと網膜症、腎症、神経障害ですけれども、神経障害が抜けているので、書き入れていただいた方がいいと思います。腎症と脳卒中の間でいいのではないかなと思います。脳卒中、急性心筋梗塞に関しましては大血管の合併症なので、これはこれで 3 大合併症とはまた違うことの合併症です。

(橋本座長) ご指摘だけでよろしいですか。

(近藤委員) はい。

(橋本座長) その他はいかがでしょうか。ぜひご発言いただければと思います。質問でも結構です。

(北澤委員) 59 ページのがんに関する相談支援・情報提供のところの一つ質問させていただきたいのですが、ここではいろいろな情報が出ているのですが、いろいろすぎて選べないというのがあるので、「都において情報を集約し、分かりやすく提供する必要があります」と書いてありますが、これは都がそういう情報の集約とか、あるいはその編集を都がやってくれるという意味でよろしいのでしょうか。

(小松崎課長) はい、施策としては 61 ページの後段の一つ目の丸から二つ目の丸にかけて情報収集をしていって提供していくというようなことを記載しておりますので、今後そういうような取組をしてみたいと考えています。

(北澤委員) ありがとうございます。

(橋本座長) よろしいですか。他にいかがでしょうか。余計な話かもしれませんが、具体的な情報を提供するというのは、医療機関の名称は基本的には行政は言わないですよ。そこに踏み込むのですか。

(小松崎課長) そこまで検討してはいませんが、とりあえず当方で持っている現況報告

という詳細な情報をどのように出すかという検討のところから始めたいと思います。

(橋本座長) ああ、そうですか。昔からそうですけれども、行政は固有の病院を勧めることはできないという制約が今でもあるのだらうと思います。そうすると、聞いている側は「結局のところ教えてくれないよね」という言い方になってしまって、そこは不満のようです。だから、便法としては幾つかのものを挙げて、「そこから選択されてはいかがですか。」というやり方をしているようです。それでもいいのかもしれないですよ。

勧めることの他には、東京都の情報提供の問題ではないかもしれないけど、患者自身が、あるいは患者家族が医療機関にアクセスして、きちんとした情報をもらえる。自分できちんと確認できるということは大事かもしれないですね。

いかがでしょうか。他はいいですか。

(永田委員) やはり糖尿病に戻ってしまうのです。82ページの図なのですが、患者の位置なのですよ。看護師も、管理栄養士も、薬剤師もそうですし、臨床検査技師もそうですし、この糖尿病療養指導士というお仲間というか、資格を持った人、それ以外の人、様々な人が患者にそれなりの形で専門医の話を受けて対応していくのだらうと思えます。

これですと、どうもそういうふうに見えない図になっているのです。下でそれぞれ持っている指導というのがそれぞれの立場の職種の人達の中に一部入ってくるのかな。栄養指導であれば管理栄養士の方になるだらうし、服薬指導であれば薬剤師であるだらうし、当然医師の皆様方もおやりになるのですが、それに加えて行うということになると、どうも絵柄として合わないような気がするのですが、いかがですか。

(橋本座長) 図を描いた人、どうですか。

(石毛課長) 実際にこういう指導をして、誰がどういう指導を行うのかと知っていることは多分同じなのだらうと思います。この図については糖尿病医療連携協議会の専門部会などにおいて今はまだ検討を同時にやっているところですので、本日いただいたご意見などを踏まえまして、その中で引き続き検討を進めてまいりたいと考えております。

(橋本座長) 永田委員、もう少し具体的な「こんなイメージよ」というのを一つアピー

ルされたらいかがでしょうか。

(永田委員) 例えばこの四つの指導というのはそれぞれの立場の職種のところに行くのではないかなと思うのです。そうすると、かかりつけ医がいて、かかりつけ眼科医がいらっしやって、歯科医師等、そういうところがいらっしやって、患者が来るのではないのかな。そういう枠があって、それぞれのつながりがそれぞれの職種と合って、患者を総合的に診ていくというようなイメージですから、患者が下に来るのではないかなと見えるのですが、いかがですかね。

(橋本座長) どうぞ。

(笹井部長) ただ今のようなご意見も糖尿病医療連携の協議会の方でも議論になっているところでございまして、ご意見も含めて検討していきたいと思っております。

(橋本座長) ありがとうございます。この図にはタイトルがないのですか。登録医療機関は二重線で、医療機関ですよ。何か少しあった方がいいような気がします。

(石毛課長) それは入れさせていただきます。

(橋本座長) 分かる人は分かっているのだけど、分からない人は分からないのです。あとは要望ですが、永田委員が言われたことで、僕の誤解かもしれませんが、地域で糖尿病という疾患をめぐってかかるというのは、僕は地域の中でもチーム医療の実践がされて欲しいと思うので、例えば管理栄養士が栄養指導みたいな形の分担ではなくて、むしろその専門職能がそれぞれ力を合わせて、それぞれの職能に合わせて、この患者のために一番いい指導は何なのかというカンファレンスみたいなのをやっていく絵柄にして欲しいなと思っております。いろいろお考えください。よろしくをお願いします。

他にいかがでしょうか。はい、どうぞ。

(林委員) パスについてです。どこのパスでもよろしいのですけれども、今、盛んにパスに取り組んでおりますが、あまり普及していないように見受けられます。2年か3年た

ったら、パスが本当に有効なのかどうかという検討を一度してもらいたいと考えますが、その辺はいかがでしょうか。

(石毛課長) 脳卒中の医療連携の中で特にパスが今まで中心で動いてきたところなのですが、パスが有効に活用されているかどうかについての検証なども含め、パスにこだわらない形での医療連携の在り方ということについても今後協議会等を通じて検討を進めてまいりたいと思いますので、引き続き先生にもご指導いただければと思います。よろしくお願いたします。

(橋本座長) よろしゅうございますか。

(林委員) はい。

(橋本座長) 僕が東京都の前回の改定の時にすごいなと思ったのは、パスだけではなくて、そのパスを地域ごとに検討する方法論を取ったということですね。確かに何かをやるだけではなくて、それを一回集約してやる仕組みを作って、それが多分いろいろな改善に向かっていくような仕組みを作られたということで、今回その仕組みの評価が出てくるかなと思ったけれども、なかなか難しいのかなと実は思いながら眺めていました。ぜひ次期にわたってそれを続けていただければと思います。どうぞ。

(近藤委員) パスに関してですが、パスは地域連携を構築していく中で関係者がどの役割を分担していくのかという、組織づくりにはとてももってこいのツールだと思うのです。そこに診療報酬の点数が付いて動くことはいいのですが、いずれはパスを卒業して、しかるべき情報をきちんと伝えていくという原点にまた戻るべきかなと思います。

パスが乱立して、仲間の枠を作るけれども、実際の患者の動き、それから、疾病ごとにパスがあっても、合併症がたくさんあった時にパスは動きませんので、一人一人に対するしかるべき情報をきちんと伝えるという形にいずれは昇華させていきたい、進化させていきたいというのが僕の考えです。

(橋本座長) 正論だと思います。どうぞ。

(細川委員) 細川です。こちらのがん医療のところで言うべきか、在宅のところで言うべきか迷うのですが、がん患者の末期ケアです。高齢者の在宅が長く続くのではなくて、がん末期でも在宅療養で看取ろうというような時に、病院から出されるのはいいのですが、介護保険とのつなぎをしてくれないということが結果としてがん末期の在宅療養の環境整備が遅れてしまうのです。

例えば 50 代のがん末期の方が出てきた時に、介護保険という概念が頭にないのです。そうした場合、医師の意見書も大変遅れて来るといような話で、結局、退院時の一番大変な時に介護も含めた手厚いサービスを入れにくいという話があります。「がんと診断された時からの切れ目ない緩和ケア」と 61 ページには書いてあるのですが、介護と言うか、福祉サービスへのつなぎもどこかで意識していただいた方が、特に病院の方に意識していただけるようなことはないかなと思いますので、よろしくお願いします。

(小松崎課長) がんの緩和の検討会の中でも確かにそのような病院での在宅療養の視点を持った退院準備が不十分であるといようなご意見はいただいております、緩和ケア推進事業の中で、例えば在宅の理解を深めるため病院に対して一緒に在宅に行って研修する取組も含めた形でこの事業を進めていただきたいとお願いしております。

ですから、福祉サービスは、拠点病院の先生方は介護保険等の勉強もなかなか地域のことは見えにくいといようなことがあるので、緩和ケア推進事業の中ではそのようなやり取りをしながら、この事業を進めていって、切れ目のない緩和ケア提供をしていくといところで取組を今後進めていくという記載をしております。

(橋本座長) 細川さん、何かあります。今の頑張りますという話でいいですか。

(細川委員) 頑張ってくださいのはもちろんいいのですが、記載から読み取れないのかなと思ったので。

(小松崎課長) すみません。がんの計画の中ではもう少し詳細に書いているのですが、保健医療計画のページの中でこの部分だけ厚くというのがなかなか難しいですが、もう少し表現を考えてみます。

(橋本座長) どうぞ。

(近藤委員) それに関連してですが、冒頭に僕がお話し申し上げた急性期でかなり遠方の病院にかかった場合、そこからお住まいの地域のことを分かった上での退院前カンファレンスはほぼ不可能ですから、やはり地域のことが分かる中小病院、もしくは有床診に一回ワンクッションを置いて、そこで退院前カンファレンスが地域包括を含めて行われるべきだと思っています。さらに在宅に移った後の退院後のカンファレンスを行ってこそ、ご家族とご本人の安心はあるのだなというところです。まだまだ取組はできていませんが、これからやっていかなければいけないと思っています。医師会としても頑張ります。

(橋本座長) どうぞ。

(稲波委員) そういう病診連携、病病連携の中で情報交換の方法としてカンファレンスは有効ですが、効率が悪い。そこで電子化された情報を使うことにならざるを得ないと思われれます。都は電子化情報の交換や保護に関してどのように考え、また、どういう施策を想定しておられますか。

(橋本座長) それだけで十分だと僕は思いませんけれども、ある種の局面だけではなくて、そういう連携が必要になった時に効率的に確実に標準化された情報がどういうふうこれから進むのかというご質問だったと思います。どう考えるべきか。そこはない、記載はないですか。

(稲波委員) 現在は病院がデータを出す時にCDに焼いて出しています。しかし、それでは非効率で改変すべき部分もあります。理想はインターネットでつながって、機密性が担保された形での連携が最も効率性が高いわけです。カンファレンスを開かなくても、「この患者のデータはここにあります。どうぞご覧ください」となれば、より自由に、より効率的にできるわけですが、一つの病院で行なうには費用や技術面で非常に困難です。このような電子化情報の交換に関してどういうふうにならなければならないかという質問です。

(橋本座長) はい。

(矢澤課長) 直接の答えになっていないかもしれませんが、患者の情報を一元化するというのは国もいろいろと試しているところです。国の省別にやっているいろいろな医療情報の提供をどうするのか、システムをどうするのかというところがばらばらに進んでいる中で都としてはその状況を見ている状況です。今後その流れがしっかり分かってきた時に、先生がおっしゃったような仕組みについては都単位で作っていくということも一つの考え方だと思いますので、検討したいと思っておりますが、国の動きがばらばらなうちに動くのは早いのかなというところで、様子を見ている状況です。

(橋本座長) 見ているところです。

(稲波委員) 具体的には病院が他の病院、診療所から要求された患者のデータをどこかのデータベースに載せて、そこにアクセスできるようなシステムを作ればいいわけです。そこでのファイアーウォールとか、他の人達が不正アクセスしないようなシステムに関する補助とか、そういうものを考えていただければと考えています。

(矢澤課長) 決して今やっていないということではなくて、例えば都が単独でやってしまった時に神奈川県患者をどうするのかとか、隣接をどうするのかという問題が出てくるといっても浸透しておりますので、おっしゃったことをよく理解はしております。何とか考えてまいりたいと思います。

(橋本座長) 「どこへ行っても情報が見られます」というテレビコマーシャルがありますよね。あれはフィンランドか、アイスランドか忘れましたが、国民の方は「あれがどうして日本でできないのか」と思っているわけです。情報に対する考え方がアイスランドとすれば違いますよね。個別のDNAのデータまで随分出している国ですから、違うとは思いますが、あの仕組みはみんないいと思うわけですよね。でも、現実にはなかなか無理ということなんです。

東京都が音頭を取って引っ張るぐらいのことをやってもいいと思うのです。東京都の病院協会は応援しますよね。情報が漏れるとか、漏れないとかという話は確かに大事なのだ

けれども、モデルで手上げでもやってもいいかもしれないですね。そうすると、ある種のプロトタイプができるので、そこで補強していくというやり方があっていいかなと思います。お金がかかるし、東京都の言うことも分かりますが、そういうことを視野に入れておけばいいのかなと思います。

その他にいかがでしょうか。第1ブロックの持ち時間を越えてしまいましたね。では、また戻ることはありで、第2ブロックに行きたいと思います。第2ブロックは「救急医療の取組」から「第2部 第2章 第8節 難病患者等支援及び血液・臓器移植対策」です。ページで言うと99ページから203ページということになりますが、いかがでしょうか。何でもお聞きください。

(長瀬委員) がんの予防のところ、たばこの受動喫煙のところですが、前回の東京都保健医療計画のページを見ますと、職場や飲食店などにおける禁煙・分煙環境の整備を推進するというようなことが書いてあって、今回はそれより少し踏み込んでまして、「東京都受動喫煙防止ガイドラインを周知するとともに、官公庁、医療提供施設、職場、飲食店、学校における受動喫煙防止対策を進めます」となっているのですね。

これは踏み込んでいて、前回よりずっといいと思うのですが、もう一步踏み込んで、医療計画の時に話が出た PDCA サイクルがきちっとできる形を整えるというところまで踏み込めたらありがたいなと思います。これは僕の意見です。

(橋本座長) ありがとうございます。もう少し踏み込んだ方がいいのではないかとのご意見だと思いますけれども、都道府県によってこのことに関する取組はいろいろあります。神奈川県は割にきつい方だと思いますけれども、いかがでしょうか。東京都はいかがいたしましょうかという話ですね。

(広松部長) 健康推進課でございます。受動喫煙対策についての PDCA サイクルということになりますと、いろいろ現状を把握しながら次の対策を考えていくというご趣旨かと考えますが、こちらに書いてありますように幾つかの職場とか、飲食店とかいうところにつきましては受動喫煙防止対策は今後状況を把握していく予定でございます。まだ今のところはデータとしてお示しする段階にはないのですが、がん対策推進計画の方ではそういうような形で進めております。

また、官公庁や医療提供施設につきましては、健康増進法に基づく局長通知などで原則禁煙というようなことも言っていますので、この辺の進行状況についても、方法が今のところはっきり確立しておりませんが、調べていくべきだと考えております。従いまして、PDCA サイクルと言い切っていいか分かりませんが、現状を把握していく予定です。

(橋本座長) 今のお答えだと PDCA の A が少し薄いかかと、アクションが薄いかかと多分長瀬委員は取られるというご発言だったと思います。

このことに関して他の委員の方いかがですか。確かに条例化して、「禁煙だ」という言い方できつくやるのも一つの方法かなと思います。神奈川県は受動喫煙防止条例と言ってやっていますが、一部例外的なところがありながらやっています。私どもの病院は当然敷地内禁煙ですが、いったん敷地の外に出ると喫煙者がたくさんいまして、道路上喫煙者という言い方をしています。うちの職員も時々入っていて嫌な顔をしてやるのですが、条例だけではあまり効果がないのかなという実感も実はありますよね。

むしろマナーやエチケットといったのは生ぬるいですが、結構これをしっかりと意外と自立的に人間は動くので、そういう効果が期待できる方法はないかなと個人的には思っていますが、なかなか難しいのかもしれない。結構喫煙室に子供を連れて入る母親とか、そういうのがいたりするとどきっとしますけれども、これは条例ではカバーできないのですね。難しい問題ですが、いかがでしょうか。

(近藤委員) 今少し思いついたのですが、喫煙者が吸う煙は吸い込むから、たばこの先は 1,000 度ぐらいになって、うまく燃焼してくれて、しかもフィルターを通しますけれども、副流煙の場合は 400 度ぐらいで、不完全燃焼ですから、中にヒ素やら、ダイオキシンが入ってくるのです。有名な物質なんかを書き並べて見せるだけでも、怖がって吸わなくなる人はいるのではないかなとは思うのですね。

(橋本座長) そうですね。WHO かどこかが作ったやつですけども、インターネット上はすごいのが出回っています。行政的な様々な考え方もあるのですね。キャンペーンをしっかりとやっていただいて、条例に行く前にやるべきことをやるということで今回は行きたいなと僕は個人的に思います。ご意見は伺ったということで、これから先どうしても PDCA がうまく回らないで、A は強いのをやらなければいけない状況がもしかすると出てく

るかもしれないという認識を持ちながら、今回はそういう形にしたいと思います。

他にいかがでしょうか。では、高野委員。

(高野委員) 166 ページのところなのですが、今の禁煙も含めて、一番上の丸の「学校医・学校薬剤師」は読めなくはないのですが、われわれも禁煙支援をやっていますので、「学校歯科医」と書いてもらうと、学校歯科医会の方も喜んで、頑張ると思っていますので、加えていただければと思います。

(橋本座長) よろしいですか。はい。

(林委員) 小児救急の方なのですが、141 ページの「目標 4」の 2 段目のところに「病院勤務医師の負担軽減を図るため」と書いて、女性医師の支援をするということはもちろんいいのですが、特に病院の勤務している先生の救急について医師会からいろいろ要望が出ているのです。

要するに、二つ事業があるそうなのです。病院の小児科の先生が大変な思いをして、地域のかかりつけ医の先生が病院に出向いて救急外来をやるということ。もう一つは 1 次救急をかかりつけ医が少しトレーニングしてやるということです。そうやって、なるべく病院の小児科の患者がどんどん行かないように配慮するというのがあるのですが、その辺について記載があまりなさそうなので、「さらにそれを進めていく」としてもらいたいのです。

例えばかかりつけ医が第 1 次でやっても、お母さん方は小児科の専門の先生の方にかかりたくて仕方がないのです。そういう不安がありますので、どうしても病院に行ってしまう。そうすると、病院の小児科の先生の負担がかなり増えてしまう。もう少し具体的に対策をやる必要があります。ある医師会ではかなりやっているのですが、それをもっと全都的に広めていきたいというような要望がありましたので、その辺について記載をしてもらいたいなということなのです。

それから、より細かいのですが、二次から三次の小児救急のデータをもう少し何とか工夫して公表してもらいたいと思います。細かいことで申し訳ないのですが、よろしくお願いいたします。

(橋本座長) 事務局の方から何かありますか。

(中澤課長) ご意見をどうもありがとうございます。最初の方のかかりつけ医の件なのですけれども、現在当方でやっている事業としましては、先生がご指摘いただいた「目標 4」の3番目の丸のところがございますけれども、「地域の診療所の開業医等を対象とした小児救急医療に関する臨床研修の実施」です。これは初期の救急に参画していただける医師を増やしていくためにやっているものです。

もう一つ、初期救急の関係だと、具体的な取組としてはその前のページの「目標 1」の具体的な取組のところにありますとおり、小児医療協議会の中で初期に関する専門部会を設置して検討を始めたところなのですけれども、その中で少し考え方を整理できればと思っております。

(林委員) 分かりました。

(橋本座長) よろしゅうございますか。

(林委員) はい。

(橋本座長) その他にいかがでしょうか。

(近藤委員) 今の小児救急ですが、都内における小児救急医療体制の地図が今回は消えてしまったのですが、これは改めて最新版を載せるのでしょうか。

(新倉課長) すみません。142-2 ページということで差し込ませていただいています。

(近藤委員) ごめんなさい。

(新倉課長) 新しい方です。

(近藤委員) 新しい方ですね。すみません。

(橋本座長) あるということで確認させていただきました。その他にいかがですか。

(近藤委員) その小児の「第4節 在宅療養の取組」の143ページ以降ですが、例えば144ページの上の表に在宅療養支援診療所ではないところが、どの程度あるのか、もし分かるならばデータが欲しいなと思います。訪問診療に携わっている医療機関、在宅療養支援診療所を含めても、以外でも数字が欲しいというか、僕も知りたいなと思っているのが一つです。

147ページの「2 地域における在宅療養支援体制の確保」の病状変化等の対応をやるというところは、地域の入院医療機関の中に先ほどの中小病院、さらに有床診療所というのが欠かせなくなってくると思います。さらに在宅療養の窓口が一番大切なのはやはり地域包括支援センターなのだと思います。認知症に関しても同じです。誰もが相談しやすいのは介護保険の申請を受け付ける地域包括支援センターだと思います。そこに地域の医師会がかかわっていけば地域包括ケアにつながるのだと考えているところです。以上です。

(橋本座長) 今、近藤先生がおっしゃった絵柄はどこかに書かれている。

(石毛課長) イメージ図についてはここには現時点では載せていないのですが、別途在宅の会議などでも検討しているところで、今後掲載をさせていただきたいと考えております。

(橋本座長) 東京都版の地域包括支援センターは、今回は明確に出さなくてもいいけれども、東京都は東京都で医療支援が数はあるので、機能がよく分からないところもありますけれども、それをどういうふうはこの地域の中で特に高齢者との関連でモデルを見せていくかというところは結構大事な作業かなと思います。そこにもしかすると比較的大きな病院がどうかかわっていき、どうサポートしていくかという絵柄がとても大事なかなと思います。介護の方ではなくて、過疎地ではない東京都の地域包括支援センターの絵柄ができるといいなと思います。ぜひその辺を明確にしてください。どうぞ。

(稲波委員) いわゆる寝たきりの原因の3分の1程度が筋・骨関節系なのですね。ヨー

ロップでは老人の大腿骨頸部骨折は減少しています。ところが、日本では相変わらず増えています。これは脆弱性二次骨折というのですが、片方の骨折をした方の2回目の骨折を防ぐということは非常に有効なのです。なぜかというとな度骨折した方は間違いないハイリスク群であって、その人達が2回目の骨折を起こしますと寝たきりになる可能性が非常に高いのです。

だから、ヨーロッパでは体系的にその防止が行われていて、実際に非常に有効で、イギリスなどでは最も有効である行政施策だといわれています。日本ではまだ研究がなされようとしているところなのですが、これに関しては医療費の抑制にもつながりますし、それを受ける方々の寝たきり防止にもつながりますし、いいことばかりなので、これに関する調査といいますか、そういうことを今の関連でもやっていただくと非常に有効性を持ったモデル事業にもなり得ると思います。

(橋本座長) それは日本では研究的にはどう進んでいるのですか。

(稲波委員) 厚生科学研究費でマスタディが1,000例ぐらいで行われようとしています。日本人とアングロサクソンは少しは違いますが、有効性は各国で立証されていますので、調査をしなくても実際に行い始めていいのではないかと思います。

(橋本座長) なるほど、確認ができてくればいいぐらいの話ですよ。モデル事業の中で日本的なやり方を探っていくということだと思います。今後というほど遠くはないような気がしますけれども、とても有益なお話だったと思います。モデル事業だらけになってしまう可能性はありますけれども、今のようなお話がどこかで芽が出るといいですね。

他にいかがでしょうか。どうぞ、細川さん。

(細川委員) すみません。在宅医療のところで、確かに地域でやっていく上で地域包括的なケアの中で一番困っているのは後方病床といいますが、急変時に入院させてくれるところが少ないことです。東京は療養病床群も少ないわけです。それから、訪問看護で看護師が24時間動ける訪問看護ステーションはなかなか出てこないことです。この二つは少しネックになっているのかなと思うのです。

病床の方で先ほどから有床診の話をしていましたが、地域での有床診療所は産科がほ

とんどで、どんどん数が減ってきているという状況なのです。「居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所は届出できる」と書いてありますが、これは医師会側といえますか、開業医の先生方の方ではこういったことに取り組もうという方向性はあるのでしょうか。あまり見かけないなという気がするのですが、あってくれととても嬉しいなと思うのですが。

(近藤委員) 放ったらかされていたというか、看板を見ても入院できる、できないというのがよく分からないまま、それから、医療ジャーナリストの人達の中でも、北澤先生はご存じだと思いますが、有床診療所というのを知らなかったという方が結構いらっしゃる中で、その間にだんだん減ってきたのです。

それから、医療安全の面でいろいろな人的配置を一般の病院と同じようにしなさいとなると、やはりマンパワーやコストの面で加算も取れないで、ギリ貧になっていたのが現状だと思います。だからこそ、医療計画の中に少なくとも単語とか、こういうやり方があって、ここの役割があるのだと書き込むことによって新たな診療所が、例えば台東区とか、多摩ブロックなどにもあるような有床診の働きはこれからまた注目されていくのかなと思います。ただし、医師一人で有床診というのはできないのです。公立の診療所というのが岩手のようにあってもいいのかなとも思うけれども、できればみんなの力で医師会がサポートしながらでもやりたいというのが現実です。

(橋本座長) グループ診療の中でという形態の中で有床診療所を持っているような仕組みはないですかね。あまり分からないよね。だから、一人の医師だときつすぎるので、そこには手を出したくない。でも、何人かでやっているとそれなりの分担ができるのです。でも病院ではなくてもいい。そこに様々な職種がそれなりに出入りをしながら、素晴らしく医療密度が高くなくても、そういう患者なら診られる。そこでさらに訪問看護ステーションが出入りしたりする、というようなことは多種類の医療資源が比較的大都市でできる手法かなと僕は思っているのですが、そんな芽はないですかね。

(近藤委員) イギリス型、フランス型とありますが、3名以上の医師がかかわって、そこに訪問看護、薬剤師、歯科医師がかかわっていくことによってでき得ると思います。ただ、日本にそういう動き、具体例というのがあまりにもないのです。例えば旧来から動い

ていた有床診のベッドを使っていない所を居抜きで若手医師がグループで使うという形があればでき得るかと思います。

(橋本座長) なるほど。

(笹井部長) すみません。

(橋本座長) はい、どうぞ。

(笹井部長) ありがとうございました。ただ今いただきましたご意見を受け止める形といたしましては148ページから149ページの二つの丸ですね。148ページの一番下の辺りにチーム医療のこととそのチームには有床診療所も含めているというような意味で、表現しております。

それから、149ページの二つ目の丸に「在宅医を支える地域の入院医療機関の相互支援体制の構築を目指します」といった表現で、言葉は足りないかもしれないのですが、委員のご意見の趣旨を踏まえた表現ということで事務局としては書かせていただいているところでございます。

(橋本座長) それは理解できます。ありがとうございます。

(近藤委員) さらに大田区だったと思うのですが、大きな病院を含めて、入院に関する病院の連携の協議会みたいなものもできている事例はあると伺っております。

(橋本座長) 東京都医師会の出番だよな。

(林委員) はい。

(橋本座長) 他にいかがでしょうか。

(林委員) 私の経験で、例えば救急医療がトリアージとか東京ルールという方向がでて

きて、高齢者であまり長く生きられないという人は重い治療をしないというような流れに少しずつなっているように思われます。そうしますと、助かる人も治療しなくなるのではないかという懸念があります。私も夏に危ないかなと思った方を頑張って入院させたら元気になって、今は歩いて通っているという例も知っています。ところが、家族は全体の雰囲気や世の中の動きの中で「もういいのではないかな」という気持ちになるようなところがあるみたいです。そうすると、かかりつけ医の方も「まあ、いいか。もう年なのだから。点滴1本やれば助かるのだけれども」と。そういう雰囲気になってしまわないか、私は危惧しています。

確かに今の流れとは逆行するかもしれませんが。一つの流れとして医療費の問題で、効率的にやるという流れも分かります。しかし、一人のお年寄りでいろいろな病気を持った人を見放してしまいかねない雰囲気が生まれないように、どこかで歯止めをしておく語句を入れておいてもらいたいと考えます。在宅医療でもいいのです。実際にそういうのがあると思います。かかりつけ医が「まあ、もういいや」と思うと、助かる人も助からないというのが。その辺を何とか記載してもらいたいなと切に思いますので、よろしく願いいたします。

(橋本座長) その表現はとても難しいですね。先生、何かアイデアがありますでしょうか。多分医師の本分とか、そういう言い方の中に含まれる言葉だろうと思いますけれども、何かアイデアがあれば、すぐ読み取れるとかね。

(林委員) 例えば都民の啓発ですよ。そういうのをどこか総論的なところに入れておいて欲しいです。

(橋本座長) きっと事務局は悩むと思いますけれども、いかがでしょうか。

(笹井部長) ちゃんと受け止められているかどうか分からないのですが、表現といたしましては、看取りとか、在宅療養において容態が急変した時にどう対応していくかということや、家族や患者が考えていくことが大事だということを普及啓発していくことから始めないといけない状況だと思っております。150ページの普及啓発「目標6」の二つ目の丸のところの下の方にあります「患者・家族が、在宅療養中に病状が変化した際の対応方法や、

看取りに関する正しい知識を持ち、考えるためのシンポジウム」といったことを開催していくようなことが今の先生のご意見に対するお答えでございます。

それから、関連したものといしましては148ページの「目標2 在宅療養を支える地域医療体制の充実を図る」の一つ目の丸ですけれども、「在宅療養における患者・家族の意思を尊重した病状変化時の対応や看取りができる支援体制などを」といった形で書かせていただいているというところです。多分先生のおっしゃっているところと十分ではないのですが、関連した部分としましてはこういった記載をさせていただいています。

(林委員) よく分かりました。お願いします。なぜそういう危惧を持つかといいますと、看取りは盛んにわれわれがやれやれという動きになっていますよね。そうすると、法律の死亡診断書の書き方もいろいろ変わってきます。一番心配しているのは、機械的に「1週間で、あとは輪番の当直の先生が看取ってください」とか、機械的に看取るような雰囲気になってきたら嫌です。そういうことにはしない方向に持って行ってほしいのです。ある程度歯止をしてくれないと、「ある程度病気もよくなった。では、あと1週間後に亡くなりますから」と自動的にさっとやるとか、そういう看取りの体制にはしてもらいたくないなと思いますので、よろしく願いいたします。

(橋本座長) 「よろしくをお願いします」と言うしかないのかなと思います。予定された死とか、そういうような言い方で危惧が一部から出ていることは確かですね。

他にいかがでしょうか。

(永田委員) 「第6節 医療安全対策の推進」のところなのですが、最後の160ページのところに「2 医療廃棄物をめぐる取組」というのが入っているかと思います。確かに医師会においても、薬剤師会においても、そういった回収に関することに関してかなり努力をしているという書きぶりとしては問題ないかなとは思っています。

一方、これから5年間のことを考えていくと、医薬品の剤形の変更、あるいは在宅医療においてかなりの輸液とかというものを使ったりします。あるいは腹膜透析等によるバッグの取扱いの問題、様々なことが出てくるかと思います。そういうことに関して確かに医療従事者が引き取るということをやっているから、多くは問題ないのですが、安易に廃棄をしないような啓発活動を関係に対してやっておかないといけないのかなと思えるのです。

が、その点の啓発活動等についての記載がないので、そこはいかがでしょう。あった方がいいような気がするのですが。

(橋本座長) 確かにお聞きすると僕もあった方がいいかなと、一つは入れておくべきかなと思います。少し工夫していただけますか。事務局。お願いします。

(近藤委員) 165 ページの「3 がんを予防する健康教育」の「児童・生徒に対する」というところに「取組は区市町村によって様々です」とありますが、都内でも荒川区と豊島区を取組は事例として載せるべきなのか。がんの計画には事例として載せて、こっちはこのままにするのか。あの2区を取組はぜひ知っていただきたいなとは思っています。

(橋本座長) 事務局、どういう考えですか。

(広松部長) がん対策推進計画の方にこの項目についても詳細な記載がございますので、同じようなものをまた二つの計画に載せるよりは一つの方に詳しく載せて見ていただくということではいかがかと思いますが、いかがでしょう。

(橋本座長) いかがでしょう。

(近藤委員) それで構いません。

(橋本座長) では、そこに落ち着きました。どうぞ。

(羽田委員) 2点ございます。脳卒中のところと心筋梗塞のところでは t-PA の医療機関 158 施設、それから、CCU ネットワーク 68 施設というのが載っているのですが、それを地図でぜひ載せていただけないでしょうか。他のところはがんとか、災害拠点とか、先ほどの周産期とか、それぞれ地図が載ってきているのです。どんな配置にあるのかというのが一目瞭然ですので、あればとても分かりやすいです。

(橋本座長) どうですか。できますか。

(新倉課長) すみません。CCU の医療機関とあとは t-PA。

(羽田委員) t-PA です。

(新倉課長) 承知しました。

(橋本座長) では、お願いします。

(羽田委員) ありがとうございます。

(橋本座長) それでは、第 2 ブロックを。

(河原副座長) 用語の修正なのですが、164 ページの最初の丸の 2 行目のがんの感染で「ウイルスや細菌への感染」と書いていますが、前の部会の時に細菌とがんは関係ないということで削除をお願いしていたと思うのですが、がんウイルスですね。細菌でがんはないですね。

(橋本座長) ないね。

(河原副座長) だから、細菌だけ取ってください。

それから、201 ページの血液のところなのですが、二つ目の丸のところの 3 行目に「現在、輸血用血液」と書いていますが、これは少し例示というか、「赤血球製剤とか、血小板製剤などの」と入れた方が分かりやすいのではないかなと思います。

それから、次の「血液凝固因子製剤は国内自給を達成していますが」というのは、正確には達成していないので、第 13 因子なんかは日本では特許の問題とかがあってできませんので、「主要な」とか、「主たる血液凝固因子製剤」とかを入れていただいた方が正確な表現になると思います。以上です。

(橋本座長) 語句の訂正と追加というか、補強ですね。意味の補強だと思います。よろ

しくお願いします。

(近藤委員) 170 ページです。特定健診を含めた健康診査の後の糖尿病の発見とかに関して先ほど申し上げた東京都医師会が取り組んでいる糖尿病予防推進医の働きがあって、そこをターゲットに研修会を開いておりますので、ぜひ載せていただきたいと思います。

もう1点は185 ページ、186 ページ辺りです。「第6節 障害者施策」の中に弱者のことで考えていくと、若者の例えば交通事故で脊損とか、ALS とか、若年性認知症等は載っているべきだと思います。特に40歳を超えてくると幾らか介護保険で行けますけれども、20代、30代の脊損などとなってくると障害者施策に全部ひっくるめられますが、やはり書き込んだ方がいいなと僕は思った次第です。

(橋本座長) 事務局、どうですか。

(大滝課長) ただ今のお話ですが、障害のところでカテゴリという形にはなっていないですけれども、例えば精神のところでは個別の課題といたしまして、高次脳機能障害の方の取組という形に対してもやっておりますし、その記載を92ページに載せております。

また、若年性の認知症の取組につきましても、次のページの認知症の部分でその取組も入っておりますし、そういう形で今回は整理させていただければと考えています。

(橋本座長) カテゴリが少し違うところで表現されているということだと思います。

(近藤委員) それともう一つ198 ページですが、B型肝炎ワクチンもしくはA型肝炎ワクチンに関してはワクチンがあるのだということに触れてもいいのかなんて思った次第ですが、いかがでしょう。

(広松部長) ワクチンについての記載ですが、検討させていただきたいと思います。

(橋本座長) 検討してください。宿題が残りました。

それでは、残りの第3ブロックは204ページから最後までですが、そこでのご意見とか、ご質問を受けたいと思います。どうぞ。

(西川委員) 前回は「おくすり手帳」の話が少し出たかと思うのですが、これから高齢化社会を迎えて、複数の病気を持って、複数の医療機関を受診している方も増えると思うのです。その際にお薬の一括管理がかなり重要になってくるのではないかと思います。

かかりつけ薬局についてなのですが、「第2部 第1章 第2節 保健医療を担う人材の確保と資質の向上」で薬剤師について触れてありますが、ここでかかりつけ薬局ということに言及してあります。

それから、同じく「第2部 第4章 第2節 医療提供施設の役割」というところにも「薬局」というのが取り上げられておまして、ここでも「かかりつけ薬局を推進しましょう」ということが出ているのです。265 ページの「都民の役割」というところではかかりつけ医を持ちましょうということには触れてあるのですが、特にかかりつけ薬局については触れていないのです。これはそこまで言わなくてもいいかなということであえて触れていないということなのでしょうか。

(橋本座長) 事務局、何かありますか。

(新倉課長) 特に委員がおっしゃったようにあえて外しているとか、そういうことではございません。本文のところで基本的にはかかりつけ医、かかりつけ歯科医、例えばかかりつけ薬局も含めて、そこを推進しているということでございます。もし表現が足りなければ、そこは少し工夫したいと思います。

(橋本座長) 補強的に何かありますか。いいですか。

(永田委員) 私もそう思っておりました。ありがとうございます。265 ページのところに当然「ひまわり」があって、「t-薬局いんふお」があって、「様々なそういった相談をするためのものをご確認ください」というのを都民の役割として入れてあって、その後に抜けているのではないかとこのところをご指摘させていただこうかと私も思っておりました。ですから、それぞれの職種がきちんと「かかりつけ」となっているわけですから、ぜひ入れていただければと思います。

(西川委員) すみません。今のお話なのですが、266 ページのところの上から 3 番目の丸でかかりつけ医のことが入っているのですが、このあたりでもいいかなと少し思ったのですけれども、どうでしょうか。

(永田委員) 確かにそこだと思います。三つ目のところだと思います。あっ、二つ目か。

(橋本座長) 適切な場所に入れてください。お願いします。確かに「おくすり手帳」というのはすごく重要で、役に立っているのですが、例えば今回の震災の時に「おくすり手帳」が役に立ったかどうかというと、持っていた人はいいのだけれども、家に置いていた人はどうにもならなかったのですね。だから、「おくすり手帳」を超えるものをそろそろわれわれは考えなければいけないのではないかと思います。

それから、かかりつけ薬局という行動に収れんしていけばいいのかもしれませんが、かかりつけ医も含めて、「私はかかりつけ医を複数病気ごとに持っています」という行動が結構あるわけです。そうすると、その人を包括的に診ていくということはどこで診たらいいのか分からないし、薬局も多分同じようなことが起こっているのだらうと思います。先ほど議論がありましたけれども、それが一元化して収れんされていく方法をもう少し考えたて進めたらいいのになと僕は思いながら先ほどの議論を思い出していました。

医薬分業がされて、医療機関から調剤がある程度なくなってって、処方薬局ができました。ところが、使う方はあっちこっちで便利に応じて使うということがあって、実は薬歴がよく分からないということがあります。そういうものは全部情報を使えば一元化されるので、いろいろ問題があるとは思いますが、ここらでそろそろ震災も含めて情報を別のところに持ったり、検索できたりということがあってもいいのかなと思います。

それから、もう一つ、かかりつけ医の話がありますけれども、かかりつけ薬局はどのぐらい実態としてあるのか、データとして把握しているのでしょうか。例えば保険者ごとにどこで支払いをやっているか。請求があるかということを見れば、ある個人については何カ所から出ているとかというデータはどこかで取れると思うのですが、かかりつけ薬局の議論をする時、それが無いのですよね。みんな自分のところに来ていると思っているらしいけれども、実態はそうでもないことがあります。

(永田委員) 実際はそう思っていますよ。

(橋本座長) 実際はそう思っているところがある。というようなことも含めて、いろいろな状況があるのをある程度そのままにしても、情報として一括できて、それぞれのところでもいい情報が共有できて、いいことができるということで、それはコストも掛からないのです。結局は長期的に見るとコストが掛からない話になりますので、東京都ですから、そういうものをちょっと時クオフしてもいいのかなと思いつつ聞いていました。

(永田委員) 今の「おくすり手帳」の件なのですが、デジタル化をして、薬歴、医薬品の情報だけは携帯電話の方に取り込めるようなシステムを国が開発されて進めていこうと なっています。ですから、それはそれで置いておいて、「おくすり手帳」という紙媒体も重要なものですから、「おくすり手帳」は一元化するというのが診療報酬上決まっているので、一元化するのだということを啓発しておかないと駄目なのかなと思います。

そういったところを踏まえて、いろいろな医療機関で、いろいろな薬局に行って、様々なものを持つのではなくて、それをどこかの薬局がかかりつけ薬局になって、一つにとりまとめて、そこで全ての面倒をみていただくと、相互作用とか、重複投薬とか、そういうものの確認が取れるようになりますから、そこが一番重要な部分かなと感じます。

(橋本座長) 大きい病院の中で TPC が入ってくると、患者がお持ちいただく薬は持参薬という言い方をしますが、それを新たに請求できませんので、使うことになります。そうすると、薬剤師が確認し、管理が二重になります。そういう意味での看護師達の心労も含めて、様々なコストが掛かって、「結局、これは医療費を上げているよな」と思うので、多分そういうことも含めて必要なのかなと思います。一元化はとても大事ですよ。ありがとうございます。そういう芽が出ればいいかなと思います。

他にいかがでしょうか。どうぞ。

(近藤委員) かかりつけ医ついでにですけれども、258 ページから 259 ページに一般診療所と歯科診療所が一緒になってありますが、地域のかかりつけ医、かかりつけ歯科医は連携することはあっても、役割はそれぞれ違うと思っています。

西川委員からもお話がありましたけれども、いろいろな疾病を抱えて、いろいろかかるのが一つの患者の姿だけれども、地域のかかりつけ医は、総合医とか、総合診療医という

言葉がありますが、通っていらっしゃる長年見てきたこと、また、在宅で訪問するようになった患者の疾病、合併症とともに医療の知識、経験、それから、診療の能力とか、どんどん懐が深くなっていく姿が本来の総合診療のかかりつけ医とっております。その覚悟を持ってやるかかりつけ医ということを経験していきましますから、ここはもう少し格好良く書いて欲しいというのがあります。

その中で先ほどの無床が中心だけれども、新たな形の有床診の可能性みたいなことも触れていただきたいという希望がございます。以上です。

(橋本座長) 格好良いところをなるべく出してあげられたらいいかなと思います。そちらに向かう方も多いと思います。はい、どうぞ。

(林委員) 256 ページの民間病院のところなのですが、丸の上から4個目の「地域に根ざした民間病院の役割は不可欠であり」というのは非常にいいのですが、この「根ざした」を「密着した」にして欲しいのです。

実は前から私は主張しているのです。要するに、まだ医療保健上認められていないのですが、地域密着型病院で中小病院が非常に苦しくなっておりまして、中小病院の役割をきちっと決めるということにおいて中小病院の先生方が地域密着型病院というのを提唱しているのです。ただ、東京都はそれを認めたくないで、この語句だけでも「密着した」というのがあれば、次の段階で「地域密着型病院はどうしようか」という議論が出てくることを私は期待して、この語句を入れていただきたいと思っております。

(橋本座長) 東京都は何も反対していませんよね。

(林委員) では、ぜひ入れてください。よろしくお願いします。

(橋本座長) 実は僕は病院機能評価機構というところの理事をしているのですが、機能体系を作る方の責任でもあるのです。来年の4月から新しい機能種別という認定を作るのですが、その時に一般病院をどう表現しようかということで議論があって、僕は比較的小さめの病院に地域密着病院という名称を付けようという案を出したのです。かなりこれは進んでいたのですが、最終段階になって、病院団体から「様々な急性期をやっている小

い病院もあることだし、まだそこは早すぎる」と言われて見事にひっくり返されてしまって、一般病院 1 とか、2 とか、何の意味もないような類型になりました。それはそれで時間がたつと、結局、そういう形に行くのかなとは思っていますが、余計な話でした。

他にいかがでしょうか。では、山元委員、どうぞ。

(山元委員) 言葉のところなのですけれども、265 ページの「第 4 節 都民の役割」の「現状と課題」の一番最後の丸のところ、「企業の CSR 活動」とあるのです。一般の方たちがこれを読んだ時に、CSR についてこの言葉の書き方で分かるのかなと思いましたので、括弧で何か入れていただくとかとした方がいいのではないかなと思いました。

(新倉課長) 脚注とかも含めて表現を分かりやすくしたいと思います。

(橋本座長) CSR も様々ですが、どうぞ。

(稲波委員) 民間病院のところの「施策の方向」というところに「都民にとって必要な療養病床数を確保していくため」と書いてあります。これは民間病院にのみ適用されていく方向なのでしょうか。

(矢澤課長) 民間病院だけに療養病床を増やしていただきたいという趣旨ではなくて、この趣旨の大本は、民間病院に対して療養病床に転換する場合に、私どもは財政支援とか、研修とかいう事業を持っていますので、そのことを書いたつもりです。

(橋本座長) はい、どうぞ、細川委員。

(細川委員) 検討部会でも多少申し上げたのですが、区の保健所の位置付けなのです。207 ページには都区市保健所が「地域における健康危機管理の拠点」と図の中で書かれています。これは保健所のまさにレゾンデートルだと私は思っております。238 ページは「東京都の保健所・研究機関の役割」ということで、東京都保健所のみについて書かれています。236 ページの一番上の丸のところには「各区が設置する保健所と保健センター等が一体となった総合的な保健サービスを展開する」としか書かれておりません。

23 区、また、2 市が保健所を持っているわけですが、その保健所の基本的な機能としてこちらの区市町村の役割の中にしっかり書き込むのか。はたまた、東京都の保健所ではなくて、保健所としていただくか。どちらにせよ、区の保健所の健康危機管理の役割についてきっちり書き込んでいただかないと、区の中ですます保健所は小さなものになっていくのではないのかなということを危惧しています。

(堅多課長) 保健政策部でございます。細川委員のご指摘にありました区分けとしましては、東京都保健所というところで頭に特別区と政令市の保健所があってというのは入れてあります。236 ページに先ほど先生がおっしゃったようなところを入れまして、「都の役割」の下のところ「さらに、多摩・島しょ地域に保健所を設置し、地域における」と書いております。

簡単ではございますが、「都全体にかかわる健康課題については区市の保健所と連携・協力して取り組んでおります」という言葉を入れさせていただいております。こちらを充実するのか。東京都保健所の役割というのは機能として別のものになりますので、するかにつきましては中をまた調整させていただきたいと思っております。

(細川委員) よろしいでしょうか。どちらで書くかはお任せはいたしますが、区と市の保健所が健康危機管理の役割としてきちんと果たすべきものが山ほどあると思っておりますので、そこを役割の中に書いておいていただかないと非常につらいなと思いました。

(橋本座長) どうぞ、事務局。今のはよろしいですか。

(堅多課長) 基本的には先ほどの前のページのところを少し充実させる方向で調整はさせていただきます。よろしゅうございますでしょうか。

(橋本座長) 仕方がないなという顔をしていましたけれども。保健所の役割というのは、ここ 5～6 年、もっと前かな、それなりに明らかに出てきたような気がするのですね。僕は個人的には保健所衰退切望論だったのですが、新しい状況で力を発揮できるような、そこをきちんと書いてあげないと駄目だと思います。いいですか。保健所だけでいいですか。都立病院はこれでいいですか。ご意見が。はい、どうぞ。

(林委員) 略語が数多く記載されています。脚注の方で説明されているのもあれば、されていないものもある。特に英語の表記を略しているのだと思うのですが、英語の表記があった方が理解しやすいので、英語の表記と日本語の訳と併記していただきたい。それから、これは一般の都民の人が読むわけですから、どこかに一覧表で全部書いてもらいたいなと思っているのですが、お願いします。

(橋本座長) 略語の索引を作れという話ですね。

(林委員) 英語の表記をお願いします。

(新倉課長) それは英文字で記載したものの略語だけではなくて、脚注のところに正式表記と解説を入れるということですよ。

(林委員) そういうことですね。

(新倉課長) 改定部会でも分かりやすくということで、そういう意見がありましたので、われわれの方でも見て、分かりづらい言葉については脚注を入れたつもりなのですが、ここをもう一回見直してみます。

(林委員) 分野が違くと分かりにくいです。

(新倉課長) もう一回見直して、分かりづらい言葉は脚注を追加するようにします。

(林委員) お願いします。

(橋本座長) お願いします。他にいかがでしょうか。はい、どうぞ。

(近藤委員) 224 ページの「第 6 節 環境保健対策」のところですが、最近の課題としてはヒートアイランドで、30 度の時間帯が東京は早朝から夜までなっています。その恐

ろしい夏の暑さの対策、熱中症の対策、さらに紫外線対策とか、また、暑さに伴ってセアカコケグモとか、ヒトスジシマカとか、こういうのも環境保健対策に入るのかなと思った次第です。

もう1件は208ページです。「第2節 感染症対策」の特にインフルエンザですが、インフルエンザ特措法がいわれて、来年5月からどうのこうのしましょうということが先にあるので、それに関して出来上がっている範囲内で少し法律の名前とかに触れておくべきなのかなと思いました。以上です。

(橋本座長) 可能な範囲内をお願いします。

他にいかがでしょうか。大体これでご質問とかはよろしいですか。時間もちょうどになりましたので、これで閉じさせていただきます。

これからの進め方なのですが、様々な日程の都合がございまして、今日の建設的な議論には注文、それから、将来に向かった頭出しとかといったようなものもありました。今日の議論を踏まえ、私と副座長の河原先生と事務局とで計画素案を修正して、年明けぐらいになると思いますが、パブリックコメントなどの手続きを進めさせていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしゅうございますか。大体議論が出て、すごく大きな逆転ということはないかと思っておりますので、そのように進めさせていただきたいと思っております。

委員の皆様には今後修正した計画素案をお送りによりご確認をいただければと思っております。そして、何かあれば、事務局の方にご連絡いただければ、もしくは事務局が対応できなければ私達で少し相談させていただいて、お答えをするようなことになると思っております。そのようなステップを踏ませていただくことでよろしゅうございますか。

以上で、本日の議事は終了としたいと思います。それでは、事務局にお返しします。

3 閉会

(新倉課長) ありがとうございました。事務局より連絡事項として2点ございます。まず1点目でございますが、席上に用意いたしました現行の保健医療計画の冊子、国指針のファイルにつきましてはそのままお残してください。

2点目といたしまして、本日お車でお越しになられた委員につきましては駐車券をお渡しいたしますので、帰られる際、事務局へお声掛けいただければと思っております。

また、「東京都保健医療計画第五次改定」の計画素案のご意見票ということで席上に配付をさせていただきました。今日だけではなく、お気付きになられた点や意見がございましたら、大変恐縮ですが12月20日木曜日までに事務局宛にFAXなりで提出いただければと思います。

最後になりますが、福祉保健局長の川澄から一言ご挨拶申し上げます。

(川澄局長) 福祉保健局長の川澄でございます。委員の皆様方には日頃から東京都の保健医療行政に多大なご協力をいただきまして厚く御礼を申し上げます。また、大変お忙しい中、「東京都保健医療計画第五次改定」に当たりまして、昨年度から改定部会につきましては合計10回、推進協議会については本日を含めて4回の開催にご出席をいただきまして、たくさんのご意見をちょうだいいたしましたことに心より感謝を申し上げます。

福祉保健局には現在保健医療計画を含めて12の分野別計画がございます。その中で昨年度は高齢者保健福祉計画と障害者計画、障害福祉計画を改定いたしました。そして、今年度は保健医療計画をはじめ、がん対策推進計画、「健康推進プラン21」など、四つの計画の改定を予定しております。中でも保健医療計画は12の分野別計画それぞれと密接にかかわりを持ちまして、保健・医療・福祉が一体となった計画でございます。局全体が一丸となって取り組んでいかなければならないものであると考えております。

今回の改定では、東日本大震災という未曾有の大災害を踏まえました災害医療体制の強化、それから、精神疾患医療など、5疾病5事業の取組、また、急速な高齢化の進展を踏まえた在宅療養の取組などにつきまして、課題と施策目標を計画に明示し、その改革に向けた取組を進めていくということにしております。今後、本日いただいたご意見、それから、区市町村や関係団体からのご意見、さらには年明けに実施予定のパブリックコメントなどのご意見を踏まえまして、3月中に計画策定を行いたいと考えております。

委員の皆様方には、引き続き東京都の保健医療にお力添えを賜りますよう重ねてお願い申し上げます。ご挨拶とさせていただきます。本日はどうもありがとうございました。

(新倉課長) 以上をもちまして、本日の会議は終了とさせていただきます。長時間にわたりましてどうもありがとうございました。