

平成29年度 第6回

東京都保健医療計画推進協議会改定部会

会議録

平成29年8月18日

東京都福祉保健局

(午後 4時00分 開会)

○榎本保健医療計画担当課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第6回東京都保健医療計画推進協議会改定部会を開会いたします。委員の皆様には大変お忙しい中、ご出席いただき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榎本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たします。着座にて失礼いたします。

初めに、委員の皆様の出欠等についてご報告いたします。

本日は、熊田委員、福島委員から欠席のご連絡をいただいております。また、特別区保健衛生主管部長会代表の福内委員の代理として板橋区保健所の鈴木所長にご出席をいただいております。また、長瀬委員からは所用により途中で退席されると伺っております。

次に、オブザーバーの方をご紹介します。

第4回改定部会から各疾病事業の個別検討を行っておりますが、今回個別検討を行う脳卒中、救急医療、心血管疾患、糖尿病の各協議会の代表の方にご出席をいただいております。

まず初めに、東京都脳卒中医療連携協議会の有賀徹会長でございます。

○有賀東京都脳卒中医療連携協議会会長 よろしくお願いたします。

○榎本保健医療計画担当課長 次に、救急医療対策協議会の島崎修次会長でございます。

○島崎救急医療対策協議会会長 よろしくお願いたします。

○榎本保健医療計画担当課長 次に、東京都CCU連絡協議会の高山守正会長でございます。

○高山東京都CCU連絡協議会会長 よろしくお願いたします。

○榎本保健医療計画担当課長 それから、休憩後、後半部分からの出席となりますが、東京都糖尿病医療連携協議会の田嶋尚子副会長にもご参加いただく予定となっております。

なお、座席表につきましては、前半と休憩後の後半とでオブザーバー等の座席の変更がございますので、両面になってございます。

続きまして、本日の資料について確認をさせていただきます。

本日は、脳卒中と救急医療、心血管疾患、糖尿病、外国人患者への医療についての資料をお配りしております。資料3-1と3-2が脳卒中、資料4-1から4-3までが救急医療、資料5-1と5-2が心血管疾患、資料6が糖尿病、資料7-1と7-2が外国人患者への医療についての資料です。また、参考資料といたしまして、国指針との対比表がございます。議事の都度、資料についてご説明いたしますので、落丁等ございましたら事務局にお申しつけください。また、別途、机上に現行の東京都保健医療計画の冊子と国指針がとじてあるオレンジ色のフラットファイルもございます。議論の際にご活用ください。資料については以上でございます。ご確認いただけましたでしょうか。

また、ご発言の際には、マイクの下側の右側のボタン操作をお願いいたします。

それでは、これからの進行を河原改定部会長をお願いいたします。

- 河原部会長 それでは、第6回になります。東京都保健医療計画推進協議会改定部会、これを始めたいと思いますが、その前に、先ほど事務局からお話がありましたように、第4回の改定部会から各疾病あるいは事業の個別検討に入っております。前回もお話をいたしました。本改定部会では、国が示した指針や疾病あるいは事業ごとの協議会等の検討内容を踏まえながら、次期保健医療計画に盛り込むべき内容として、課題や取り組みの方向性について意見を頂戴できればと思っております。

なお、本日議論する項目は全部で5項目ございます。途中で、長丁場になりますので、できれば要領よく議論を進めたいと思いますが、長くなることが予想されますので、途中で休憩時間を設けますが、何とぞよろしくをお願いいたします。

それでは、議事のほうに入りたいと思います。

まずは、脳卒中について、事務局より説明をお願いいたします。

- 久村地域医療担当課長 それでは、脳卒中についてご説明をさせていただきます。

東京都におきましては、脳卒中を発症した患者を速やかに適切な急性期医療機関に救急搬送できる仕組みを構築することにより、地域において急性期から回復期、在宅療養に至るまでの、切れ目のない医療を受けることができる仕組みを整備することを目的に、脳卒中医療連携推進事業を実施してございます。

まず、1、現状でございます。

(1) 脳卒中の年齢調整死亡率、こちらのほうに記載のとおりでございます。

それから、(2) 医療機関等の状況ということで、東京都脳卒中急性期医療を担う医療機関を「東京都脳卒中急性期医療機関」と認定いたしまして、こちらをベースに救急搬送体制を構築しております。こちらの8月1日現在の数が計で163、そのうちt-PA治療が実施できる、t-PAといいますと超急性期の脳梗塞治療でございまして、血栓を溶かす療法でございまして、こちらのt-PAの実施できるところが124、それからt-PAの実施ができないところが39という規模となっております。

続きまして、脳血管内治療でございまして、こちらはカテーテルを血管内に挿入して詰まっている血栓を吸引したり、あるいはステントを用いて血栓を回収除去するという治療でございまして、こちらは、昨年度策定いたしました地域医療構想の中でも、近年有効性が認められている脳血管内治療を含めた体制を検討というふうに記載させていただいております。今後の取り組みのポイントとなるところでございまして、こちらにつきまして、2月時点の調査では88カ所、脳血管内治療が可能な医療機関があるという数字となっております。

そのほか、切れ目のない医療連携を進める取り組みとして、地域医療連携パスの参加医療機関数が1,090、それから地域リハビリテーション提供体制の強化に取り組んでいただく地域リハビリテーション支援センターを12カ所指定しております。

これまでの取組状況は2番にございますが、(1)地域連携に係る取組、それから(2)脳卒中に関する普及啓発、それから先ほどの繰り返しになりますが、(3)救急搬送・受入体制の構築といった取り組みを進めているところでございます。

右にお移りいただきまして、課題、それから今後の方向性でございますが、四つほど、1、普及啓発、2、救急搬送・受入体制の充実、3、一貫したリハビリテーション、それから4、地域医療連携体制の充実と、四つの事項を挙げてございます。こちらにつきまして、具体的な取り組みにつきましては、次の資料でご説明をさせていただきます。

まず、取組1といたしまして、都民に対する脳卒中の予防・医療に係る普及啓発を推進するということでございまして、脳卒中を予防する生活習慣あるいは発症時の適切な対応、再発予防等につきまして、都民あるいは患者さんの理解促進に努めるというところでございまして、具体的には、地域の住民に対します区市町村あるいは医療保険者などの関係機関と連携したきめ細かな普及啓発、それからポスター、リーフレット等の作成ですとか、インターネット等を活用した広域的な普及啓発、そういった住民の身近なところと、それから広域的な取り組みとを組み合わせ、効果的な普及啓発を行っていききたいというふうに考えてございます。

それから取組2でございます。救急搬送・受入体制の充実を図る。

先ほどご説明いたしました「東京都脳卒中急性期医療機関」、こちらの取り組みを引き続き充実するとともに、速やかに脳血管内治療が可能となるような転院搬送・医療機関間連携のルールづくり、仕組みづくりに取り組んでまいります。一般的に、脳梗塞の救急搬送時の治療の流れといたしましては、まず、こちら先ほど出ましたt-PA療法を発症後4.5時間以内に実施していただくということになります。

ただ、これが4.5時間を超えた場合、あるいはt-PAの効果がないという場合は、続きまして脳血管内治療を実施するという流れになるわけですが、そのt-PAを実施した施設で脳血管内治療がそのままできればそれでよいのですが、そのt-PAを実施した施設で脳血管内治療ができないといった場合は、脳血管内治療ができる施設へ搬送するという必要が出てまいります。現行は、このあたりは自発的なネットワークで対応されているというふうな地域というか、部分もございまして、まだまだ全都的な取り組みというふうな形にはなってございません。そこで、この脳血管内治療に係る転院搬送ですとか医療機関連について取り組みを検討していきたいということで、脳卒中医療連携協議会の下に脳血管内治療検討ワーキングを設置いたしまして、現在検討を進めているところでございます。

また、転院搬送におきましては、当然ながら病院間の十分な連携が必要となってまいりますので、そういった意味で情報共有のための取り組みが必要となってまいります。特にICTを活用した連携ツール。画像の共有であったりコミュニケーションの充実と、こういったコミュニケーションアプリなども出ておりますので、そういったICT等を活用した連携ツールの整備についても検討をしていきたいというふうに考えているとこ

ろでございます。

それから、取組3が一貫したリハビリテーションを推進するというところでございます。

こちらの保健医療計画の別の事項でリハビリテーション医療というものがございまして、そちらの内容をこちらの脳卒中のほうにも一部再掲するという形になってございまして、リハビリテーション医療につきましては、この後、来週の24日にリハビリテーション協議会で検討いたしまして、31日のこの改定部会でご説明させていただくという流れになっておりますので、まだそういう協議での議論の前の内容ではございますが、内容といたしましては、急性期の病態安定後、速やかに回復期、維持期の診療に移行できる連携体制の充実、それから各リハビリテーション期に応じたリハビリテーション医療の推進、地域リハビリテーションの支援体制の充実というものを挙げてございます。

それから、取組4として、地域連携体制の充実でございます。

先ほど出てまいりました脳卒中医療連携協議会、それから現在二次保健医療圏ごとの圏域別検討会を設置いたしまして地域の医療連携に関する取り組み、あるいは住民、従事者の方への普及啓発という取り組みを行っておりますが、そうした中で医療連携体制の評価・検討を引き続き行っていくと、それからリハビリテーションにつきましても、地域リハビリテーションの関係者間の連携を促進していきます。また、これまで地域連携パスの活用が進んでいるところがございまして、これまでの実績を基盤に、より一層医療連携に取り組んでいきたいというふうに考えてございます。

おめぐりいただきまして3枚目でございますが、こちらはご説明させていただきました東京都脳卒中急性期医療機関の二次保健医療圏ごとの設置状況と、それから圏域別検討会の事務局の機関を記載したものでございます。こういった形で脳卒中につきましても、基本的には二次保健医療圏というものがベースで事業推進区域ということになるかと思いますが、脳血管内治療につきましては、二次保健医療圏というよりはより広域な展開、取り組みが必要になってくるというふうに考えております。

説明は以上でございます。

○河原部会長 ありがとうございます。

東京都脳卒中医療連携協議会の有賀会長から、補足のご説明はございます。

○有賀東京都脳卒中医療連携協議会会長 事務局からのお話は、押しなべて現在進行形のものを上手に全体としてお話をされていますので、そういう意味では過不足はありません。

ただ、最後に言及されましたところの二次医療圏ごとの云々にあつては、血管内治療については二次医療圏を超えた施設への搬送が多分必要だろうと。今現在検討中ですがけれども、恐らく都全体で1日に3人ぐらいの脳血管内治療の対象が出るだろうと。区部で二人、多摩地区で一人。それで、本件はt-PAのように、ひょっとしたらt-PAの治療かなといって血管内治療ができるところへぼんぼん運ぶというふうな形ではなくて、まずt-PAができるようなところに運んだとして、今お話があったようにそれ以上の適

用があったときに、もう一回救急車を呼ぶというふうな形が、多分妥当なやり方だろう。そうしないと、多くの症例が血管内治療ができるところへワッと行ってしまっただけでパンクしてしまうと、そういうふうなことを今議論しております。

それで、二次医療圏を超えてというような話になりました。以上、加えるとするとその部分だと思います。

○河原部会長 ありがとうございます。

ただいま脳卒中に関するご説明がございましたけど、何かご質問、ご意見はございますか。

はい、どうぞ。

○渡辺（象）委員 東京都医師会としては、この取組3で、「一貫したリハビリテーションを推進する」というところに、我々は急性期、この脳卒中という病態の特性上、そして回復期、維持期ということになったら、やはり退院後のケアの継続ということが、我々地域のところでは必要なもので、取組3の一番1行目のところに、「退院後のケアの継続」という一言は入れていただきたいと思います。

もう1点、先ほどの有賀委員長もおっしゃいましたけれども、現在進行形であるワーキング内での討議ということなんですけれども、t-PA、そして血管内治療をされて、その方々が回復期に回ったのか、どれぐらいの期間で地域に戻っていったのかというようなことが、我々にとっては非常に興味のあるところですので、ぜひとも医療連携体制の評価・検討の中に、各病院、施設ではやっていると思うんですけれども、昨年度はt-PAが何名、血管内治療が何名と。ただし、それは血管内治療が必要ということを前の病院から渡されながら、実はやらなかったとか、そういう評価の違いもあるかと思うので、それぞれについて、そのケースについての転帰まで含めた成績、実績などを東京都がまとめないと、これから話し合うルールづくりにはなかなか難しいと思うんですね。ぜひともワーキングでそこら辺も加えていただきたいと思います。

○有賀東京都脳卒中医療連携協議会会長 多分、今のお話は、ほかの疾患についても同じようなことが議論され得ると思います。脳卒中に関しても、いわゆるデータベースといったような形で、全体を俯瞰できるようなデータの整理をせよというふうに理解しています。

ですから、それは各病院における保険診療の集積だとか、それから救急隊が運んだ件数の結果だとかというふうな断片的なものじゃなくて、通貫的なものになりますので、少し丁寧な議論と仕組みの構築を、この協議会の改定のそれに間に合うはずはございませんけれども、方向性としてはそこら辺のことを踏まえて議論を進めていきたいと思えます。

以上です。

○河原部会長 ありがとうございます。

このあたり、石川委員、何か、国のビッグデータを使ってとかというのは、動きはあ

るんですか。

○石川委員 まず、脳卒中に関してのレジストリーみたいなものというのは、まだがん登録と違ってでき上がっているわけではないので、これは地域ごとに多分構築を進めていただく必要があるというふうに思っています。そうした観点でも、先ほど渡辺（象）委員のほうからもご指摘がありました脳卒中の退院後のケアのところの継続も含めたレジストリーの構築とマネジメントというのは重要だと思いますので、ぜひ進めていただければというふうに思います。

○河原部会長 ありがとうございます。

ほかに何か。どうぞ。

○有賀東京都脳卒中医療連携協議会会長 今がんの話が出て、全国的な、全体を捉えるような仕組みができつつあるというようなことを理解しておりますが、実は、がんについては治った・治らなかったということ以外に、復職できたかという話も随分今話題になっていますよね。ですから、そういう意味では、この脳卒中もそういうふうな観点でのデータベースをつくっていかないといけない。つまり、長い先までの日本国の将来にどう資するかという観点でいくと、どれぐらいの人がその長い人生を豊かに暮らせたかという話だとか、それから今のがんもそうですけど、総労働力がどんな形で推移するのかというふうな国レベルの話ともリンクすると思いますので、脳卒中以外のことについても同じように考えていかなければいけないんじゃないかなというふうに思っている次第です。

○河原部会長 ほかは、何かご意見ございませんか。

はい、どうぞ。

○長瀬委員 5年前の古いところを見ると、脳卒中医療における課題とありまして、全くそれが今回のこの四つになってます。ちょっと意地悪をしたいわけじゃないのですが、もっと何か目新しいものはないのでしょうか。これから新たな取り組みをしようとかという。

○久村地域医療担当課長 目新しいという言い方が妥当かどうかというのはありますが、私の説明で申し上げました脳血管内治療を含めた体制づくりというのは、かなり大きな取り組みになるというふうに理解しております。

○河原部会長 ほかは、何かご意見は。

はい、どうぞ。

○永田委員 資料の3-2なんですが、医療圏によってt-PAの実施ありと、脳卒中の急性期医療機関数との差が結構多いところがあるわけなんですが、これは実施を今までにしていないということで判断してよろしいんですか。それとも、その設備というか、その設備がないと言ったほうがいいんですかね、ということで判断したほうがいいんですか、どちらなんでしょうか。

○河原部会長 はい、お願いします。

○久村地域医療担当課長 ちょっとわかりづらい記載で申しわけなかったんですが、これはt-PA治療ができるかできないかという体制のところ整理をしております。

○永田委員 ということは、今後こういった差がある医療圏に対して、そういった実施を促す体制を今後確保していくということで、判断してよろしいのでしょうか。

○久村地域医療担当課長 そのあたりの地域の実情を踏まえた取り組みというのを、圏域別で設置しております圏域別検討会、こちらの中で検討して、もし足りないところがあれば、その地域でどうしようというふうな形で展開していくというふうになります。

○河原部会長 ほかはいかがでしょうか。

はい、どうぞ。

○竹川委員 まず、脳卒中の連携パスにかかわってくることなんですけれども、急性期は二次医療圏を超えてというのがあると思うんですけど、維持期の部分になると、やはり地域、その住んでいる近くということになりますので、地域包括ケアとかそういったことも含めて偏った連携がないような、どうしても偏った連携が今現在パスが実際にここでは行われているという形で書かれていますけど、現実には稼働していないところもありますので、そのあたりも含めて追及ができるといいと思います。

○河原部会長 事務局、いかがですか。今のご質問。

○久村地域医療担当課長 そうですね。パスの稼働状況等も、まずは圏域別検討会のほうで、実情を踏まえて検討していただくというところがございますし、前回の診療報酬改定でもパスというか連携計画支援加算ですか、こちらのほうがかなり広がりましたので、そういった全体の動きを踏まえながら、この脳卒中の部分がどういうふうに展開していくのかというのは、今後推移をきちんと見ていきたいと思っております。

○河原部会長 ほかはいかがですか。

どうぞ。

○有賀東京都脳卒中医療連携協議会会長 少し、今のことも含めて追加させていただきます。先ほど取り組みのそれぞれの項目について、5年余り前と比較するという話がございましたが、今の地域の連携パスのこともみんなそうなんですけれども、それぞれについて一定の水準で進化していると。で、5年後の今におけるテーマは、同じ内容であっても随分違うと。今、地域連携パスと、それから地域におけるリハビリテーションのできるかできないかということがありましたけれども、例えば武蔵野日赤病院のあるこの二次医療圏においては、今から15年ぐらい前ですか、要するに今で言う回復期リハビリテーションができるような施設がなかったんですよ。それを、急性期の先生方が出かけて行って、二つか三つの病院について名前は忘れましたが、そこで回復期リハビリテーションができるような、そういう地域のハードウェアを整えていくという作業をしております。で、それがあがるがゆえに、今言った連携パスの話が地域で展開できると。

この後、救急医療の話が続くと思っておりますけれども、先ほど東京都医師会の先生が指摘されたように、患者さんは病院から地域へ戻るわけです。地域へ戻って、やはり今のリ

ハビリテーションで言えばリハビリテーションそのものを、いわゆる維持期のリハビリテーションとしてリハビリテーションの機能が落ちないようにどうするかという話になるわけです。そうすると、病院から離れた自宅に戻って、なおかつそれを続けるようにという話になると、これはその地域における訪問リハビリテーションとか訪問看護とか、そこら辺がどんなふうに上手に展開できるのかという話とリンクするわけですね。

それは、恐らく救急医療で出ると思いますが、これはこれからということになるはずで、地域包括ケアがそんなに充実している場所ががんだんできてきているとは思いませんので。ですから、今この時点で取組1、2、3、4を議論していますが、取組1、2、3、4の例えば3番のリハビリテーションを推進するという話は、恐らく5年後には、その地域における維持期のリハビリテーションが、どの地域でどれだけうまくいっているか、またはいっていないかというような形で、話が展開していくんじゃないかなと想像しますので、そういう意味では、事務局が粛々とやっているこの脳卒中の取り組みについては、経年的にというか、5年ごとにと言ったらおかしいですが、そういう意味では歴史的にじわじわと進化しているというふうに思っていたかかないといけないと思います。

○河原部会長 医療計画のほうも、介護事業計画とかほかの計画との整合性の話ですので、そのあたりはほかの計画と共同しながらやっていく必要があると思いますけど。

ほかはいかがでしょうか。

今までいただいたご意見をまとめますと、例えば資料3-2に二次保健医療圏別に脳卒中の医療体制が書かれているわけですが、今までの議論の中に、病床整備区域と事業推進区域という話があったと思うんですけど、前回もそうでしたけど、この事業推進区域に関しては、今までいただいたご意見の中では、例えば地域に帰ったときには、より小さな単位での対応ですよ。それからt-PAの治療が例えばうまくいかない場合には、脳血管内治療の医療機関に搬送すると。要するに二次医療圏を超えたような医療の広がりも考えられるわけですね。

きょうの議論として、前回から引き続き、どういう範囲を事業推進区域にするかという話が出ていると思うんですが、この辺については、例えば事務局の資料3-2の考えでいくと、二次医療圏が事業推進地域であり病床整備区域でもあるわけですが、二次医療圏が事業推進区域で、場合によっては在宅復帰とか地域への復帰を考えれば、より小さな単位での支援体制、医療を含めた支援体制が必要だし、t-PAがうまくいかない場合は、この圏域を超えたような移動もあると。それが実態であるわけですよ。

そうすると、事業推進区域の概念というのは、例えばこの資料3-2に基づきつつ、場合によっては、その地域で、地域に帰った場合のこととか、あるいはt-PA治療が功を奏さない場合の対応を考えるというふうなことになるれば、その部分は文章の記述になるような感じがするんですよ。

はい、どうぞ。

○竹川委員 これの題が東京都脳卒中急性期医療機関数なので、これはこれで二次保健医療圏別ということでもよろしいと思いますけれども。これが回復期とか維持期とかという、また違った視点になってくるとと思います。

○河原部会長 はい、どうぞ。

○渡辺（象）委員 脳卒中という病態からしても、二次医療圏を基本にして、先ほどあった血管内治療に関しては全都的な感じにもなるし、そして回復期、維持期となれば地域包括的な各地域ということにもなりますから、この脳卒中に関してはその二次医療圏原則ということでもよろしいんじゃないでしょうか。

○河原部会長 事務局、いかがですかね。これ、原則、基本としてはこの二次保健医療圏が事業推進区域になりますけど、あと、例えば地域に帰った場合とか、脳血管内治療病院ができるとか、なくなることによって地理的範囲が変わってくるわけですから、なかなか地理的範囲でははみ出した部分とかあるいは縮小した部分は書けないので、記述でうまく書くような形で、これを二次保健医療圏を事業推進区域の大もととしつつ、記述で慢性期とかあるいは脳血管内治療が必要な全都的な、あるいはそれよりもまだ小さい範囲かもわかりませんが、そのあたりの記述によって事業推進区域を表現したいんですが、事務局、いかがですか。

○久村地域医療担当課長 そのあたりは丁寧に記載させていただければと思います。

○河原部会長 これについて、ご意見ございませんか。

脳卒中に関してはいかがでしょうか。皆さんの体験を踏まえたものでも、どのようなことでも結構ですけど。よろしいですか。

どうぞ。

○石川委員 河原先生、少し気になっているところがございまして、それは、渡辺（象）委員からも恐らく今お話が出ていると思うんですが、今回、今議論している脳卒中の部分というのは、かなり急性期に偏った部分で、回復期と維持期の部分に関する具体的な方策であるとか方向性の部分というのは、なかなか記述ができていないということがあるとと思います。

回復期のリハビリテーション、急性期も含めたリハビリテーションに関しては、次々回のところでやるという話なんですけど、在宅ないしは、いわゆる医療型の施設ではなくて回復療養型の施設のところに行くようなところの話というのが、じゃあ、次回の在宅のところでできるのか、それともどうなっていくのかというところは、事務局としては、いわゆる回復期、維持期に関する脳卒中等の疾患のところの対応というのは、どこで検討する形をお考えなんでしょう。

○久村地域医療担当課長 やはり基本は在宅のところできちんと整理をするのかなというふうに考えております。在宅の実施主体、一義的には区市町村というところがございまして、そういったところも含めて、脳卒中というふうな形での限定というのかどうかはまたありますけれども、そういう在宅への円滑な移行というところは在宅の中で整理し

ていきたいというふうに考えています。

○河原部会長 はい、どうぞ。

○石川委員 多分それであればいいというふうに思うんですけども、多分皆さんはまだごらんになってないと思うんですが、きょう、今週ぐらいに入りましてから厚生労働省から、いわゆる地域医療構想における在宅に移行する30何万人という方がいらっしゃるんですが、その部分に関しての2025年までの「ロードマップと計画等」というところが今少しずつ話が出てきております。ですので、まだ今回の東京都の地域医療計画の中ではそうした部分を具体的に計画を立てることは困難かもしれませんが、ぜひとももしも在宅の部分であるとか今後検討していく中では、いわゆる医療機関対応ではない部分をどのような形で進めていくのか。そのために医療機関側からどのような形で引き渡しができるのかという部分もぜひとも入り口だけでも書いていただけるといいかなというふうに思っているところです。

○河原部会長 はい、いかがでしょう。

○久村地域医療担当課長 そのあたりはまさに在宅のほうで、基本的に今後区市町村が地域の実情に応じて、もう本当に医療資源、あるいは患者さんの状況というのを把握した上で積み上げていただくという必要があるかと思えますし、また、東京都そういう広域的な役割という意味では、病院、入院医療機関の退院の部分、入退院の連携の部分を支援していかなきゃいけないというふうに思っておりますので、そこあたり在宅で整理します。

○河原部会長 じゃあ、ぜひともよろしく願いいたします。ほか、ご意見とかよろしいでしょうか。また後で戻っていただいても結構ですので、ちょっと時間の制約がありますので、次の議題のほうに移らさせていただきます。

次は、救急医療についてです。これにつきまして事務局からご説明をお願いします。

○行本救急災害医療課長 それでは資料の4-1、救急医療のほうをごらんいただきたいと思えます。

まず左側、現状についてでございますけども、こちらのほうは現在の保健医療計画の評価指標を平成23年と28年で比較して出しておりますが、救急患者搬送は年々増加しまして、28年では69万1,000件、このうち65歳以上を占める割合が50.1%、この間の5年間の推移を見ますと、全体でもまた高齢者でも約5万3,000件増ということで、増加分のほとんどが高齢者というふうになっている状態になっております。

それから、救急搬送された、これは全世代になりますけれども、傷病程度別割合を見ますと、軽症割合というのはいま5割を超える55%近い割合が軽症というふうになっております。

それから、これまでの取組につきましては、休日・全夜間診療事業については、救急患者搬送の受け入れ努力を評価するような見直しを図ったり、東京ルールを推進する。

また、開放骨折等の特殊疾病についても圏域を超えての取り組みを充実していくだとか、そういう受け入れ体制の強化を図ってきております。

また、昨年度から救急搬送患者の受入体制を強化するために救急外来へ救急救命士の資格を有する職員を配置したモデル事業などの実施も行ってきております。

これらの取り組みによって評価指標の推移というところにありますけれども、救急医療機関の積極的な受け入れが進みまして、救急隊からの受け入れ要請に係る応需率は上昇しまして、搬送時間も短縮しているというような状況となっております。

右側の課題についてですが、三つ掲げておりまして、一つ目が高齢者の生活や症状に応じた救急医療体制の整備ということで、高齢者の場合は患者情報の把握等にも時間がかかったり、そのために救急医療情報の活用ということもあるんですが、この辺の進捗が限定的であったり、独居や老老世帯での急な事態に対応できないなど、さまざま高齢者の特有のまた事情等もありますので、これらに応じた取り組みが必要になってくるということ。

2点目の救急患者の円滑な受け入れについては、先ほどあるように、救急搬送患者が増加してきておりますけれども、そういう者へ対応すること。それから特殊疾病等にも速やかに対応していくこと。それから救急救命センターによる円滑な受け入れ等々を課題として挙げております。

それから、3番の救急車の適正利用の推進ということで、これも都民に対して、また転院搬送に対しても適切な利用の一層の推進をしていくというような課題を挙げております。

これに対応して、具体的な取り組みとしまして、2枚目、3枚目で取り上げておりますので、まずこちらのほうをごらんください。

まず、取組の1でございます。地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療の確保ということで、こちらについては高齢者の日ごろの状態として、医療や介護のサービスを受けていない人、もしくは受けている人、または高齢者施設に入所している人など、そういったことで区分できるかと思いますが、それぞれのそういう状態と取り組み内容を関連させて整理させていただいております。

一つ目が保健・医療・介護が連携した迅速・適切な救急受診の支援ということで、まず最初が医療も介護サービスも受けていない高齢者について挙げておりますが、元気なうちからかかりつけ医を持つことの大切さや救急車を呼ぶべきかどうか迷った際に連絡する「#7119」や「ひまわり」といった相談・案内サービスについての普及啓発を促進する。またぐあいが悪くなったときに必要となる患者情報の把握に活用するために救急医療情報キットの活用、これの普及率向上を図っていくということ。

それから、医療または介護サービスを受けている高齢者につきましては、日常生活においてかかりつけ医等のかかわりがある高齢者ということになりますので、これらの関係者との連携の支援を検討していくこと。また、情報共有につきましてもICTを活用

した情報共有や多職種連携の中に救急医療機関を含めた取り組みの充実について検討していきます。

2点目が地域に密着した救急患者の受入体制強化ということで、在宅療養患者等の病状が変化したときなど、入院が必要となった際に受け入れる病床の確保や医療機関の搬送について、いわゆる病院救急車または民間救急車の活用について、その取り組みを進めていくということ。またそういう進めている区市町村を支援していくということ。

3点目は在宅療養生活の円滑な移行の推進ということで、現在、転退院支援の取り組みを行っている入院医療機関に加えまして、地域の医療介護関係者に対して退院支援マニュアルの活用の促進や研修内容の充実を図っていくと。区市町村を超えた高齢者の円滑な在宅療養生活の移行に向けて関係者間で広域的な連携の推進について検討していく。

1枚おめくりいただきまして、取組の2でございます。こちら重症患者や特殊な診療を要する患者等を含めた救急受入体制の強化ということですが、一つ目が三次救急医療ということで、救命救急センター現在26カ所ありますけれども、基本的な機能は確保しつつ、それぞれの特徴を生かした連携体制の強化を図るとともに、引き続き搬送時間の短縮を図り、迅速に医療の管理下に置くように努めていきます。

2番の二次救急医療に関しては、医師または看護師以外でも対応可能な調整業務等を行う人材の配置、救急患者のさらなる受け入れの評価等について検討していきます。

四つ目の丸のところになりますけれども、開放骨折などの特殊な診療を必要とする患者、精神疾患のある救急患者への対応について、近隣圏域も含め円滑な受け入れを図っていくということです。

それから最後、取組の3につきましては、救急車の適正利用の推進ということで、こちらは都民に対して現在もホームページやポスター等さまざまな広報媒体を使って救急相談センター等の普及・利用促進を図っているところですが、こういったものを引き続き一層周知図りまして救急車の適正利用について都民に周知していきます。

それから、医療機関よる転院搬送におきましても、今年度作成しました適正利用に関する手引きの周知を進めるとともに、いわゆる病院救急車や民間救急車を活用した転院搬送を促進していくということを取組の3としております。

お手数ですが2枚おめくりいただきまして、資料の4-3をごらんください。

救急医療に関する事業ごとの医療提供体制という資料でございますけれども、下の絵にありますように、二次救急、これは東京ルールの実施につきましては二次保健医療圏ごとに実施しております。左下につきましては救命救急、それから精神身体合併症や開放性骨折等についてはこれは都の全域を対象。それから右上の吐下血に関しましては区部と多摩で2ブロック、右下の精神疾患については事業ごとにブロックを設定して実施しているということで、これまで培われてきた連携体制を基盤としつつ患者の受療動向や医療資源の分布状況にあわせて事業推進区域を柔軟に運用していくことが必要かというふうに考えております。

以上でございます。

○河原部会長 はい。ありがとうございます。救急医療対策協議会の島崎会長から補足をお願いしたいと思います。

○島崎会長 島崎です。

今、お話があったとおりですが、最初にお話しになった脳卒中あるいは後でお話しになる高山先生のCCU等も含めて急性期病院退院後のリハビリ等を含めた、あるいは在宅での治療を含めた実態把握というのがほとんどなされていないんですね。非常に狭い範囲での地域の医療機関だけのデータ等は持っておられるんですけども、全体のデータはまだないということです。例えば高山先生が後ほどお話しになるかもわかりませんが、慢性心不全の患者さんが退院後、1年以内にその40%ぐらいが再入院しているんですよ。その辺のリハビリあるいは患者教育を含めてどうやっていくかということがこれから問題になってくると思います。

さて、救急患者が東京都ついに70万に達するというようなことで、それに対するいろんな手だてを行っています。一つは救急車の適正利用。それから救急救命士がいっぱいいっぱいで働いており、病院への到着時間もどんどん伸びている中で、さらにオリ・パラとか災害時にどうするのという問題が出ております。そこで、2万人近くいる非消防救命士あるいは消防救命士のOBをうまく使い、民間救急みたいなものを作り、うまく利用していくのがいいんじゃないかと。また、病院間の転院搬送が東京都では4万件を超えております。これに対し、今消防救急がかなりの部分それにかかわっておるんですが、本来消防救急が転院搬送に全てかかわる必要はないと思います。そこで、非消防救命士をうまく利用してやっていこうということで、行本課長がおっしゃったような、都のモデル地域を設けて救急医療機関の一部に非消防救命士を配置して、その人たちが病院間搬送とか、あるいは現場に行くというようなことを今後どんどんやっていけばかなりうまく救急医療対策協議会での提言がうまく動くんじゃないかなという気がしております。

休日・全夜間事業の見直し等で二次救急医療機関が結構意識レベルが高くなって、一般二次救急を受ける患者さんが各医療機関でふえています。その分だけ東京ルール of 患者さんが減っています。これは非常にいい傾向なんですけど、一方では二次医療機関にまたそれなりの負担がかかるというようなことなんですけど、10年前が大体10%近いくらい回しでしたが、東京ルールができると1%以下になっているということで、救対協の提言を受け入れ結構うまく東京都の救急医療は、うまくいっているなという気はいたしております。

以上です。

○河原部会長 はい。ありがとうございます。ただいま救急医療についてのご説明がございましたけども、何かご質問、ご意見ございますか。はい、どうぞ。

○西川委員 すみません。一つ質問なんですけど、前回の改定の際には、救急患者の受け

入れ医療機関の数は減少傾向というような記述があったんですが、今回はいかがでしょうか。

○島崎会長 大まかな数字ですと350ぐらいの二次救急医療機関が大体100施設ぐらい減って250ぐらいに減ったのではないのでしょうか。残った250ぐらいの医療機関で東京都ルールも大変だろうという事で一般救急医療機関も何とかしようかということで、救急受入れ医療機関としては漸減あるいは横ばいぐらいの状況で受け入れを一生懸命頑張っておられるというような状況だと思います。

○西川委員 ありがとうございます。

○行本救急災害医療課長 5年前、23年のときに救急告示医療機関が328で現在も320ですのでほぼ横ばいになっております。それから指定二次救急医療機関についても252病院が242病院で10病院程度の差ですので、ほぼ横ばいといった状況になっております。

○西川委員 すみません、よろしいですか。

○河原部会長 はい、どうぞ。

○西川委員 今、ご回答ありがとうございます。医療機関は横ばいですが、やはり社会の高齢化に伴って救急患者はもう恐らくこれからどんどんふえていくだろうと思うんですが、一つ、救急車の適正利用というのはもちろん大事なんですが、ここの資料に軽症の割合が半分を超えているという、これは結構問題だと思ひまして、例えばこれ今後そうですね、「#7119」ですか、救急相談は私も以前利用させていただいたことがありますが、とてもいい制度で大変助かったような経験があります。こちらを今後さらなる充実を図っていただきたいというのが1点と、それから、救急医療はもう本当に社会の貴重なセーフティーネットだと思うので、それをもっと都民に周知するというか、例えば救急医療体制のわかりやすい情報というんですか、その仕組みをわかりやすく都民に知らせるような何か情報をぜひ提供していただきたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

○行本救急災害医療課長 ありがとうございます。おっしゃるとおりで、都民に対して適正利用等、それから先ほどの相談センターとかのそういう部分について周知するのは非常に大事ですので、いろいろ工夫をしながら進めていきたいと思ひます。

○河原部会長 ほか。どうぞ。

○渡邊（千）委員 二次救急医療のところで、医師または看護師以外でも対応可能な調整業務などを行う人材の配置というのは、具体的にはどういった調整業務を考えていらっしゃるのでしょうか。

○行本救急災害医療課長 先ほど島崎先生のほうからもお話させていただきましたが、救急救命士を活用して病院の中での受け入れ、消防隊からの情報の受け付け、通常ですと救急外来とかの看護師それからドクターが受けて院内の調整等をやっていますけども、その受け付けの業務とそれから院内調整については必ずしもそういう医療者じゃなくて

も可能ですので、そういう救命救急士を使って取り組むような事業を今モデルとして実施しているところです。

○渡邊（千）委員 施設の中でということですか。

○行本救急災害医療課長 そうです。

○島崎会長 よろしいでしょうか。今、非消防救命士という話が出たんですが、実は救命士の資格を持っている救命士は5万人ぐらいいるんですね。その3万人ぐらいが消防救命士、地方公務員ということです。残りの2万数千人のうちの一部は教職とかあるいは自衛隊とか教職とかそういうところで働き、残った一万七、八千人が実は救命士の資格を持っていながら救急医療にかかわる仕事に全く携わってない。極端な話を言うとコンビニの店長をしているというような救命士の資格を持った人たちがいるわけです。そういう人たちをもっとうまく社会の限られた資源の中で活用しようよというのが、一つは今行本課長がおっしゃった病院の中でそういう形でまず働いてもらおう。あるいはいろんなマシガザリングとか、あるいは多数集客施設等で、スポーツ施設なんかで働いてもらおうというようなことを都としても今後考えていくといいかなという気がしています。実際、都はまず救急医療機関でのモデル事業を始めたということだと思います。

○河原部会長 よろしいでしょうか。ほか何か。どうぞ。

○渡辺（象）委員 取組2の二次救急医療の二つ丸目ですけれども、地域救急会議というのがありますけれども、これは構成メンバーがほとんど高度急性期病院のメンバーなんですね。そこに地域の実情に応じた取組づくりに向けて検討しているなんて書いてありますけれども、高度急性期の病院の救急の担当の方は地域の実情なんて考えてないですよ。

例えば、東京医科歯科と順天が協議してその地域の実情づくりに検討するかって、そんなことはあり得ないので、それぞれの体制の中で何とかやっつけよう、大変な中でやっつけようということなので、地域の実情に応じた体制づくりの会議体をぜひつくっていただきたいと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

○島崎会長 地域の医師会、救命センターあるいは二次急の医療機関の関係者、救急救命士の集った東京都メディカルコントロール協議会というのがございます。その中では、現場でどういう形で救急患者が受け入れ、あるいは搬送されているのかというような問題から、救命センターでは何%ぐらい重症患者を受けて入れているか。二次急ではどれぐらい救急患者が受け入れられていないか等の問題の検討、あるいは特に受入れ困難な救急患者、精神疾患とか、それから骨折とか吐血患者ををどうしようというような事は、東京都メディカルコントロール協議会の中で具体的に対応しています。

○渡辺（象）委員 私の医師会のほうでは、その地域の実情に応じたというのがやはり高度なところに偏り過ぎているというふうな意味合いで申し上げました。

それともう一つ、今、二次救急医療の一番下のところですね。今、委員長もおっしゃいましたけれども、精神疾患のある救急患者、これの対応が非常に大変で、救急隊と、そ

れから受け入れの一次、二次のドクターだけが頑張っている。ぜひともこれは福祉ですね、行政がかかわらないとなかなかうまく連携して受け入れとかその後のことがつながらないので、どうして行政が24時間体制でやらないのかというところが、精神疾患に関してはぜひとも必要な取り組みじゃないかと思えますけれども、いかがでしょう。

○行本救急災害医療課長 先ほどの件とも重複するんですけども、地域救急会議の中では、そういった本当に地域の実情というところでは、その圏域ごとによって大分構成もいろいろまちまちですけども、二次の医療機関だけではなくて、医療福祉部門が入っていたり、保健所とかが入っていたりとか、そういうところもあれば、精神科医療機関が入って、今おっしゃられたようなそういう課題について検討していただいているところもございますので、そういった取り組みは今後も進めていければと思っております。

○河原部会長 有賀委員長どうぞ。

○有賀会長 今、島崎先生のお話に加えて事務局が少し補足されたのでいいかなと思ったんですが、実は地域救急会議のよって来るゆえんは東京ルールの創設であります。東京ルールの創設のそもそもの理由はさっきお話ししたように、二次救急医療機関でとり切れない患者さんが、救急隊が何というか、数十分間その患者さんを運ぶために困っていると。どういう患者が困るかという、高齢者だとか、それから骨折、血の出ている骨折だとか、それから今言った精神疾患の背景があるような患者さんという話になっていて、この地域救急会議は、もともとは二次救急医療機関がその会議の座長をやるというような形で二次医療圏ごとに設営されてきました。最初はいわゆる救急告示医療機関の中の指定二次になっているような病院の代表選手が集まるという話が出発点でございますが、その中で今言った高齢者の問題を議論するときには、必ずその地域の行政の福祉またはそういうふうな患者さんの受け手になるような慢性期の病院の先生方にも来てもらおうと。それから、今言った精神科の患者さんで困るとい話が地域救急会議のメンバーのの一つになるわけなので、その地域の精神病院の先生方にも入ってもらおうというふうな形で、かなり広範に地域救急会議のメンバーはその地域に合わせた形で、さっきのはそうじゃありませんが、創設のときから比べると、じわじわと地域の実態に合わせたような形で発展しているというのが実態であります。初めのころを知っている人たちから見ると、さっきの二次医療圏の地図の中で座長をやるような施設が必ず一つ決まっていますが、たまたま三次救急の場合もありますけれども、メジャーは今言ったように二次救急で、それも慢性期だとか、それから精神科とか、場合によってはその中に警察などが入っているような、そういうふうな地域救急会議もあると聞いていますので、相当程度にバラエティがあるというふうに理解してください。

そこで出た問題を中央でもむとときに、つまり二次医療圏ごとのテーマをもっと高みから議論をしなくちゃいけないというときに、さっき出てきた東京都のメディカルコントロール協議会が東京都全体の問題としてどういうふうな形で患者さんの搬送をしていくかというようなことで議論をするというふうな話であります。地域救急会議のもともと

の出発点は東京ルールだったので補足しました。

以上です。

- 河原部会長 ありがとうございます。はい、どうぞ。
- 竹川委員 今、有賀先生からお話がありました地域救急連携会議があって、また区のレベルですと区の救急連絡協議会というのが区ごとに消防署と一緒にやっていますので、ただ、それぞれが別々で動いているので、そりあたりを地域包括ケアを考えたときには連携して、そこも全部踏まえて連携できるような体制づくりというのがやっぱり東京都でしていけるといいのではないのかなというふうに思います。
- 河原部会長 事務局いかがですか。
- 行本救急災害医療課長 貴重なご意見ありがとうございます。今後検討していきたいと思います。
- 渡辺（象）委員 先ほど申し上げた福祉の行政、保健所もその会議には加わっているということですが、夜中に来た精神疾患の非常に対応困難な方に対して24時間体制で行政が動くと、例えば区部と多摩地区でやはり1カ所ずつというようなことはいかがでしょう、体制づくりは。
- 西脇精神保健医療課長 障害者施設推進部精神保健医療課長の西脇と申します。
今現在は精神科の救急に対しては外来レベルの初期医療と、あと医療保護入院レベルの二次救急という形でやっています。医療保護入院レベルについては、平日についてはちょっと夜間、休日については1日という形で、ちょっと平日の日中だけちょっと欠けている状況ですが、今現在ちょっとこういう形で行われているところでございます。今いただいたご意見については、今月の29日に精神疾患の関係、議題で取り上げる予定でありますので、その辺の関係について、今、実は東京都地方精神保健の審議会及びその関係の機関がちょっとその辺の議論を今進めているところでございますので、29日のときに改めてちょっとその辺についてご説明したいと思います。よろしく願いいたします。
- 河原部会長 ほかがご意見。どうぞ。
- 渡辺（千）委員 かかりつけ医のことなんですけども、元気なうちからと言われましても、本人のやっぱり自主的な行動にならないことがどうしても多いんじゃないかと思うんですね。なので、何というか、必ずその例えばその地域の中で開業している医院のところに必ず足を向けるじゃないけど、そういった必ず行くような何かシステムみたいなものをつくってかかりつけ医というふうにしないと非常に難しいのではないかというふうに思います。大切なのはわかるんですけども。
- 河原部会長 これ表現の問題で、医療機関の選択の自由とかいろいろあると思いますが、事務局いかがですか。
- 行本救急災害医療課長 まずは患者さん自身に必要性というのを理解していただかないとその辺はなかなか進まないと思いますので、まずはその辺の普及啓発といいますか、

そういう意識づけというところからのスタートになるかと思えます。

○島崎会長 よろしいでしょうか。先ほど言いました非消防救命士を例えば今言った地域のそういう方々を含めた家庭訪問を含めて見守り隊みたいなのを実は考えているんですけども、まだ実際はもう少し時間がかかろうかと思うんですが、昔は保健師さんが結核患者さんの家庭をずっと地域全部見舞ってましたですね。結核がなくなってから保健師さんそういう仕事を一切手を引かれたわけです。手を引いた大きな理由が、夜間、保健師さんはなかなか動かないというようなことで救急から少し遠ざかったんですけども、そのかわり今言いました非消防救命士を含めて、そういう方々たちをうまく使って、地域の何というんですかね、ある程度のそういう情報を含めた足としてうまく使って情報を流していただいて、できるだけ昼間の間にそういう患者さんの情報を医療機関に伝えて、で、その患者さんを運ぶというような形も考えられるのかなというようなことで、非消防救命士の方々を集めて今後そういうシステムをつくらうというようなことは実は考えております。

○河原部会長 はい。いかがでしょうか。どうぞ。

○西川委員 先ほどちょっと救命士さんのお話などもありましたけれども、プレホスピタルの体制については余り何かここで触れられてないんですけれども、そのあたりはいかがでしょうか。ここに別に言及しなくてもよろしいのでしょうか。

○島崎会長 そうですね。今話しました議題、話題になったような話、一部加えておいていただいたほうが、非消防救命士の利活用とか救命士の利活用というようなあれであったほうがよろしいかと思えますね。

○河原部会長 確かに今回の医療計画の改定の一つの柱としては予防から入っているんですね、がんでも。だからある意味でプレホスピタルというのは予防的な活動であるし、先ほどからご意見が出ている非救急救命士とかの活用ですか、非消防の。そういうのは人的資源が絶対的に不足しているわけですから、そういう記述は私個人としてもどんどんやっていくべきじゃないかなと思いますけど、事務局いかがですかね。

○行本救急災害医療課長 ありがとうございます。検討させていただきます。

○河原部会長 ほか。どうぞ。

○渡辺（象）委員 余り触れられないところだろうと思えますけれども、救急車の適正利用について、やはり一回日本以外では6万円から8万円、距離に応じて12万円というようなものが普通に徴収されるわけですから、適正利用、課題の3のところの適正利用について、適切な取り組みづくりという中に、一人患者さんから1,000円徴収すると。そしてもしそれが適正利用だった場合には何か還元するというような、そういう取り組みづくり、別にそんな具体的なことはいいんですけれども、やはり頻回要請者とか、非常に課題的、必要な方に使われてないというところがあるかと思うので、何か文言一つ取り組みづくりを構築するとか、何か入れられないでしょうか。

○河原部会長 このあたりは昔からいろいろ議論が出ていますけども、いかがですかね事

務局。

- 島崎会長 かわりによろしいでしょうか。救急車の有料化が一、二年前に一時話題をにぎわしたんですが、あれは恐らく財務省が花火を打ち上げたんですけども、多くはやはり今まで無料だったものが、今お話にありましたように普通に実費を取ると五、六万かかるんですね。これ世界的にほぼ同じぐらいの額なんですね。それでお金を払えないために亡くなっちゃったというようなことがあるととんでもないというようなことでそのまま有料化、しりすぼみに実はなったんです。ですけども、例えば今おっしゃった1,000円なり、100円なり、あるいは救急の重症度に応じてどうするかというようなことをもう一度考えてみる必要があるかなという気がしますし、先ほどから出ています非消防救命士の搭乗する民間救急者を利用するか、ロサンゼルスなんかでは消防の救急車と民間の救急車が現場でドッキングするんですね。軽い患者は民間救急車で連れていくと。重症は消防の救急車で重症を管理する病院へ運ぶというようなシステムをやっとうまくいっているようですね。AMRというんですけど、アメリカン何とかシステムというんですけども、民間救急車が非常に大きなシステムで動いています。今後日本でもそういう形になってくるかもわからないですね。
- 河原部会長 今までいただいた意見で国の方針とも絡むと思うので、また事務局のほう、国との整合性をとりながら、またご検討をお願いしたいと思いますが、一つ病院救急車の活用とかいうのは、何か議論とか話題に出たんでしょうか。
- 島崎会長 病院救急車に関しては今モデル事業として救急救命士を雇うということで、その方々に転院搬送に乗っていただくと。実は救急救命士が病院救急車に乗って現場なり、あるいは病院間搬送に利用すると診療報酬が出るんですね。病院としてはそれはありがたいということで、わざわざ消防の救急車を呼ばなくてもいいというようなことでやっております。恐らくこれからどんどん非消防の救命士を医療機関で雇って、その方々がうまく潤滑油的に消防救命士と医療機関の中での医師にハンドオーバーするまでの間の病院に入ってからうまくやっていただけるのではないかなというふうには実は思っています。
- 河原部会長 ありがとうございます。はい、どうぞ。
- 久村地域医療担当課長 今、病院救急車の話が出ました。こちらの委員会のほうでは高齢者の方が救急車を使うまでの必要はないけれども、何時間かあるいは翌日という余裕はあるけれども入院が必要な場合に、まず後方支援病床を確保しましょうと。その後方支援病床への搬送を病院救急車を活用して取り組みましょうというふうな取り組みが幾つかの区市のほうで行われておりますので、そういった取り組みを進めていこうというふうな議論はこちらの救急の議論の中でも出ておりました。
- 河原部会長 ありがとうございます。

それでは時間の関係もございますので、資料4-3の先ほどと同じく地図がございますが、疾病とかあるいは病態に応じてケースが分けられておりますけど、これがいわゆ

る事業推進区域の原型になると思うんですが、救急医療の。いかがでしょうか。長瀬委員、精神関係が二つぐらい地図に出ていますけど、いかがでしょう。

○長瀬委員 現在これで動いておりますし、これでよろしいかと思っております。

○河原部会長 ほか何かご意見ございますか。この区分けではおかしんじゃないかと、ございませんか。

もちろんさっきの脳卒中と同じく、退院後の医療、福祉あるいは介護も絡みますので、そのあたり地域包括ケアの実施範囲というところもまた検討しないといけません。それは先ほどと同じく事業推進区域の文言による記述によってカバーされると思いますが、いかがでしょう、この四つの図が現状でもありますが、はい、どうぞ。

○竹川委員 精神疾患にかかわるところでは、精神疾患があってその方が二次救急が必要になる場合のケースと、それから二次救急で受けた方が精神疾患があった場合のケースというのがあると思うんですが、それで二次救急側と精神の病院のほうとの意思の疎通がうまくいかないとかがあるんですが、そのあたりを具体的にこの図の中では、今下の方に精神疾患が2ブロックに東京都で分けられている。それから精神身体合併症ですか、左側が都全域となっていますけど、そのあたりの分け方というのはもうちょっと具体的にできるんでしょうか。

○河原部会長 どうぞ。

○長瀬委員 本来はもっときめ細かくやるべきです。それが実際なかなかできなくてこの形になっているということなのですね。精神疾患の場合は、救急車が一般医療機関に行ってそこから受入先を探すのが大変なのです。これは事務局からお話を頂ければ有難いのですが、我々と一緒になって今どのように取り組むべきかずっと検討しています。

○河原部会長 はい、どうぞ。

○行本救急災害医療課長 先ほどのこの図の中で資料の4-3の中で、今、精神のお話があったんですが、今、長瀬先生からもあったように、身体の方で救急に入ればやはり二次救急のこの左上の形でまずは動くことになるかと思いますが、その後の精神の部分、それから最初から精神の方の救急になった部分というのは、先ほどありました精神科の方のパートで、また、次回29日のほうでそのブロックも含めてご検討いただくようなことになるかと思えます。

○河原部会長 はい。よろしいでしょうか。ほかご意見ございますか、この地理的範囲についてですが、よろしいでしょうか。

あと救急に関して何か全体的にございますか。よろしいですか。

それでは、事業推進区域はこの資料4-3にありますように、四つの疾病あるいは病態の区分に応じて現状の区分けを基本としつつ、いろいろまだ細かいところがまだ解決されていないところがありますが、それについては課題でもいいと思うんですが、次期医療計画に引き継ぐような形になると、次の次の医療計画に引き継ぐような形で留意していきたいというふうに思いますが、そういうことでよろしいですか。

(はい)

○河原部会長 はい。じゃあ事務局そういう方向でお願いいたします。

それでは、次に心血管疾患についてです。これにつきまして事務局からご説明をお願いします。

○行本救急災害医療課長 それでは、資料5-1、心血管疾患の資料をごらんください。

まず、この疾患名と疾病名ですけれども、現行の保健医療計画では5疾病の一つとして急性心筋梗塞となっておりますけれども、医療法施行規則の改正によりまして、今後は心筋梗塞等の心血管疾患というふうに改正することとなりましたので、こちらのほうはそういう形に名称が変わっております。

まず左側、現状につきましてですが、1番の年齢調整死亡率、こちらは5年ごとに調査しているものですが、急性心筋梗塞、またそれを含むこの虚血性心疾患というところでは回を踏むごとに下がってきている状況です。ですが心疾患は死因の2位を占めるとい状況は変わっておりません。

2番の病院前救護につきましては、都内における心臓機能停止傷病者の搬送人員は近年1万3,000人前後で推移しているところです。そのうち一般市民により応急手当が実施された件数は徐々に増加していますけれども、平成27年で約3割程度、全国平均は48.1%ということですので、都が全国よりもかなり低い状況となっております。

それから、応急手当普及啓発講習会や患者家族のための講習会などについては実施状況については記載のとおりでございます。

3番の急性期ですけれども、心疾患患者を発症場所から一刻も早く搬送し、早期の専門的治療を行うことを可能とするために東京都CCUネットワーク、それと急性大動脈スーパーネットワークを構築しております。現在CCUネットワークは72病院、急性大動脈スーパーネットワークは42病院が参画しまして患者の受け入れ実績等については記載されているとおりでございます。

4番、回復期・再発予防についてですが、回復期・再発予防は今回都の保健医療計画として新たに追加する内容となっております。国の検討資料によりますと、急性期治療の進歩等によりまして入院期間が短縮していることに伴って入院中の回復期リハビリテーションプログラムの完遂が難しくなって、外来通院による回復期リハビリテーションの継続が推奨されているところですが、ここに記載のあるとおり急性期リハビリテーション実施率は低く、外来通院型のリハビリテーションの実施率はさらに低くなっているような状況でございます。

また、先ほど島崎先生からもありましたけれども、慢性心不全患者は再入院を繰り返しながら悪化していくという特徴がありまして、約20~40%は1年以内に入院しているというような状況となっております。

右側の課題に移りまして、1番が発症予防でございます。心血管疾患は、今後の高齢化に伴って患者の増加が予想されております。発症予防のための生活習慣の改善等に係る

普及啓発が一層重要となってきます。

2番の病院前救護につきましては、バイスタンダーによる応急手等の実績率は伸びていますけれども、更なる普及啓発が必要ということと、AEDの設置やAEDマップへの情報登録など、AEDを使用しやすい環境づくりに一層取り組みが必要となっています。

3番の急性期につきましては、現行のCCUネットワーク等による診療体制を維持した上で集積された症例の分析を進め、疾患の研究等に努めるほか、提供される医療の質の一層の向上を図ることが必要です。

4番の回復期・再発予防、こちらにつきましては、急性期以後の患者の実態について都内の状況を把握した上で、在宅復帰に向けた継続的な治療の実施体制について検討が必要としています。

以上の現状・課題から今後の方向性としては、下にありますように1から5の五つに書いておりますが、具体的な取り組みと合わせまして次の2枚目をごらんください。

まず取組1については、これ発症予防に関することとなります。急性心筋梗塞等の予防においては、生活習慣の改善や高血圧を初めとする危険因子を減らすことが有効であること。早期発見、早期治療の必要性について関係機関と連携しながら普及啓発を図っていくと。また歯周病と心筋梗塞などの関連性についてもあわせて啓発を行っていく。

取組2につきましては、応急手当の普及・推進についてです。都民がAEDを使用しやすい環境づくりとしまして、AEDの設置場所が把握できるよう、設置者に対してAEDマップへの登録を働きかけるとともに、例えば時間帯による制限を受けないような利用しやすい箇所への設置を促進してまいります。また、都民や患者家族に対する講習会の実施についても引き続き取り組んでまいります。

それから取組3は、これは急性期の治療に関する取り組みです。これまで築いてきましたCCUネットワーク、それから急性大動脈スーパーネットワーク、これらを活用しまして、心疾患患者の迅速・適切な受け入れ体制の確保に努めるとともに、診断・治療能力のレベルアップを図ってまいります。

1枚おめくりいただきまして、取組4、こちら早期退院と社会復帰を促進するための取り組みです。患者が早くからリハビリテーションを受けられるための体制づくり、さらにその後の在宅復帰につながる継続的な治療実施のための体制づくりと。それと患者教育のあり方について検討してまいります。

取組5につきましては、再発予防のための取り組みです。疾患の再発予防のため多職種が連携し定期検査の実施、継続的な服薬、運動等の生活指導など、支援のあり方について検討してまいります。また、慢性心不全の疾病特性や継続的な治療の必要性など、増悪防止及び早期の気づきを促すための普及啓発を行ってまいります。

1枚おめくりいただきまして、CCUネットワーク参画医療機関等の一覧でございます。こちら二次医療圏ごとに参画されている医療機関を出しておりますが、この事業自

体は全都を対象にやっておりますけども、やはりできる限り迅速に医療につなげるということでは、この医療圏ごとに毎日当番病院等を決めて受け入れ体制を確保しているところでございます。

説明は以上でございます。

○河原部会長 はい。ありがとうございました。それでは、東京都CCU連絡協議会の高山会長から補足説明いただけますか。

○高山会長 はい。高山でございます。東京都の心血管疾患、急性発症する患者さんへの対応ということで発言の機会をいただきましてありがとうございます。

今、事務局からお話がありましたように、東京都全体では急性心血管疾患への対応はさまざまな方法と、あと協力医療機関が非常に積極的に協調していただきまして、何とかうまくやっております。きょう特に私が申し上げたいのは三つの疾患でございます。

これは一つは急性心筋梗塞、そして二つ目が急性大動脈症、これ急性大動脈症と言いますと、急性の大動脈解離と真性りゅう、腹部大動脈りゅうとか胸部大動脈りゅうの破裂であります。そして三つ目が急性心不全です。

このCCUネットワーク自体は1978年に始まりまして、非常にそういう意味では先見の明があったんだと思いますが、もうじき40年ということになります。現在、急性心筋梗塞に関しては特に冠動脈の血管内治療、これはもう1980年からやっております。冠動脈のステント治療も1995年からやっております。心筋梗塞年間5,000例の患者さんがCCUネットワークでカウントされていますが、その死亡率は5.4%でありまして、こういった都道府県全体で毎年こういった数値を出しているのは東京都しかございません。急性心筋梗塞は厚労省のほうの重点疾患で都道府県にシステムづくりが進められましたけども、東京都がモデルになりまして、私もたくさんのいろいろな県のシステムづくりにかかわってまいりました。東京都に関しては、非常にやはり早期からこの72施設、もう最低条件、患者さんの要請があって入院したら1時間以内に急性心血管治療ができるというのがもうそれが加入の条件であります。ですから全施設できます。そして、非常に特徴は、私たちは患者さんの個人のいろいろな登録事業をやっております。年間全体で1万7,000から1万8,000例の患者さんがこのCCU72施設に入るんですが、そのうちの大体75%は個人のデータとして登録できて、心不全、心筋梗塞、大動脈りゅう、いろいろなものを集計・解析、毎年のようにそれを出しております。

今申し上げましたが、急性心筋梗塞は男で平均年齢65歳、女で75歳です。そして後でまた申し上げますが、急性心不全は男の平均年齢は73.7歳で女は80.9歳です。女性は本当に非常に高齢の方がそれに伴ういろいろなおうちへ帰したらどうするかとか、そういう問題が当然出てくるわけでありまして。心筋梗塞に関しては心原性ショックという、もうもともと30年前ですと死亡率が80%だった一番重症が現在約30%から35%まで低下してきておりまして、世界の中でも本当に我々の成績は非常によいもので

ございます。

そして、心原性ショックは余りこのまま進めていけばいいと思いますが、その次に問題になった第2に挙げました急性大動脈症であります。これは特に救命センターをやられている先生方は非常に困難な疾患ということをお感じになっていらっしゃると思いますが、東京都でありまして、現在、死亡率が35%であります。特にスタンフォードA型は大動脈が裂けてしまうわけですが、これはもうできるだけ早く、遅くとも24時間以内、できるだけ12時間以内に大動脈の緊急手術をしなければなかなか助けられません。手術できない方の死亡率はもう70%ぐらいです。しかし手術できれば10%から15%ぐらいになります。非常に歴然とした差があるんですが、これを何とかしようということで5年前にさまざまなご協力をいただきましてスーパーネットワークというのをつくりまして、これは当初毎日24時間緊急の大血管手術ができるということが非常に重要なんですが、そういった施設を重点病院という名称で集めて、その施設が初め東京都内で7施設しかございませんでした。それが現在14施設までふえてきておりますが、その重点施設とともに支援病院という名前で、毎日ではできないけど1日を除いてできるとか、こういった施設と協力して全部で44施設でやっているわけです。

非常に大動脈に関してももともとは余り全部の数がカウントできてなかったんですが、現在、東京全体で2,000人が起こるということがわかってまいりました。これは全体がカウントできるようになったのは、私どもは循環器内科ですけれども、循環器内科CCUだけでなく、心臓血管外科、そして救命救急センターの協力が非常に大きくて、つまり救命救急センターで心タンポナーデで、あるいは心肺停止で入られてくる患者さんの中には非常にこれが多いと。約10%の心肺停止の中にはこの急性大血管症で心臓がとまっている、あるいは心タンポナーデになっている方が入っているということがわかってきて、やはりそれをどうやっていくかということが非常に今課題で、これの解明が症例の集計をやっておりますのでどんどん進んできております。これに関しては、やはり世界にこういった取り組みは全くありません。現在5年目になりますけれども、集計データを解析して、さまざまな協議を続けながら、いろんな方法を考案して、システム全体として進めております。これが現状であります。そして、一番の問題が急性心不全であります。

ちょっと一つだけ申し上げます。東京で一番多く死亡する急性心血管疾患は急性心不全です。そして2番目は心筋梗塞では、もはやなくて、急性大動脈症です。特に急性心不全で亡くなる方の平均年齢は80数歳です。しかしながら、急性大動脈症は64歳です。つまり、若い方がどんどん死んでしまうということ、これが急性大動脈症の問題点であります。つまり、いかに早く手術できるかというシステムづくりであります。

また、3番目の急性心不全に関しては、やはり申し上げましたように年齢が非常に高いということ、それからやはり島崎先生にご指摘いただいたように再発で入院される方が非常に多くて、いかにきちんと治療し、きちんと再発予防し、つまり患者さんを、退

院後に、どのようにきちんと管理するかということ、これがまだまだできていないです。

東京都CCUネットワークは急性疾患を扱う組織でありますので、慢性心不全となった患者さんをどのようにするかに関しては、なかなか、何と申しますか、手を加えがたい部分がありまして、そのあたり、やはり島崎先生、有賀先生にお話しいただいたとおりに思うんです。

ただ、これはやはり東京都として今後の2025年問題を考えると、最終的に人間が亡くなる時に心不全が関与するのは約3分の1ぐらいの患者さんだろうと言われております。ですから、莫大な数の患者さんをどのようにしていくか。そして、それをどこまで病院で診るか。やはり在宅医療をしっかりシステム化して、入院しないで済むような治療をどんどん在宅でやり、そしてなおかつ、悪くなり始めたらサッと、いわば心臓血管系は、もう組織がございまして、CCUとまで行かなくてもハイケアのような組織で比較的、本当に重症化する前に静注薬の治療とか、そういったものでかなり治せますので、そして早くリハビリをして、在宅医療にまで戻すというようなシステム。

また、特に在宅での超高齢者に関しては、やはり終末期医療とか看取りとか、こういった問題を心不全に関しては常に考えていかなければいけないことでもありますので、この10年を考えますと、やはり私たちも急性疾患として扱っているだけでは、都のために、あるいは国のためにならない。やはり、もう少し後ろの時期を見据えた組織化というものに強く協力していったほうがいいのかというふうに。そういった協議を私どもは行っております。

以上です。

○河原部会長 はい、ありがとうございます。

それでは質疑に移りたいと思いますが、何かご質問とか、ございますか。ございませんか。これは急性期だけじゃなくて、背後に在宅とか、あるいは介護、看取り、そういうものが控えていますね。どのような観点からでも結構ですので、何かご意見いただきたいんですが。どうぞ。

○長瀬委員 慢性心不全について、将来、患者数が多くなりますけれども、対処の仕方というのは、具体的には医療機関の取組だけで解決できる問題ではないですよ。どのようにしていけばよいかということ、これに盛り込めばいいわけでしょうか。

○高山会長（オブザーバー） ちょうど予防ということを掲げていますが、このことがやはり、まずは一つ大事で、患者教育というか、市民教育ですね、心不全の兆候に早く自分で気がついてもらうということが一つありますし、これは食事の塩分制限とか、そういうこともありますがけれども、やはり根本的には心不全に対する利尿薬の使い方、特に高齢者の場合、利尿薬の使い方とか、むくみを起こす方が非常に多いわけですがけれども、むくみがあるのが全部、心不全じゃありません。ただ、患者さんで、むくみがある方で、あおむけに寝ると息苦しくて起き上がっちゃう。これはもう心不全の症状ですので、こういったようなことをやはり、一つは市民、都民がわかりやすいような一般の教育をど

んどんやっていく必要があるのではないかと思います。つい3カ月ぐらい前に東京都医師会が主催して、そういった市民向けの教育講座をやったんですが、やはり非常に反響が大きかったです。

○河原部会長 ほか、何か。どうぞ。

○加島副部会長 取り組み1のところ、医療保険者等と連携し普及啓発ということで、先ほど、最初の資料でも約20%から40%は一年以内に再入院ということですが、治療中断でどのぐらいの人が再発しているとか、そういう数字というのはある程度お持ちなんでしょうか。

○高山会長（オブザーバー） それに関しては、私どもは持っておりません。といいますか、特に急性期で自宅に退院するところまでのものに関しては何千例というデータを私どもは持ってありますが、その後になりますと、むしろ心不全を担当する学会とか、大きな登録事業を国内でもやっておりますので、そういうところから治療中断がどのぐらいあるかというのはわかると思いますけれども、決して多くないと思います。

○加島副部会長 今、医療保険者としてはデータヘルス計画をつくっております、特に糖尿病の重症化予防については、かなりデータヘルス計画で各区さんがそれぞれ入れてらっしゃるんですけど、心疾患に関しては余り取り組んでいないようにも思えるので、そのような数字があれば、それを根拠につくっていてもいいのかなと思ったものですから。ただ逆に、質問しておかしいんですけど、医療保険者のほうもレセプトデータがありますので、患者を追いかければわかる部分もあるのかなと思いますので、その辺もちょっと取り組みとしては、私のほうでも考えていきたいなと思っております。

○高山会長（オブザーバー） 厚労省のほうでも、やはり心不全に関しては今、非常に集中して、どのようにシステムをつくるかということをやられていますので、協力しているんなことをやっていくべきかなというふうに考えています。

○加島副部会長 ありがとうございます。

○河原部会長 医療計画が今まで急性心筋梗塞でしたね。それが心血管疾患となった背景にも、そのあたりが絡んでいるんでしょうね。

○高山会長（オブザーバー） はい、そうだと思います。

○河原部会長 ほか、何か。どうぞ。

○石川委員 今までの一連の議論の中で、やっぱり急性心不全ないしは慢性心不全の病態のところをどう管理するかというのは非常に大きな問題だと思うんですが、今回の地域医療計画自体が対応しているような6年間の間では、恐らく患者さんの数がふえたとしても3割とかぐらいでとどまるというふうに思っています。むしろ、これから先、2040年ぐらいに向けて団塊ジュニアも含めて後期高齢者になってきますと、多分、都内の心不全の患者さんの伸びというのは70%、80%、現状よりもふえる、2倍近くなるということがありますので、ぜひともそれを先取りしながら、救急だけではない、先ほどから出てくるような早目早目に心不全病態を見た上で重症化予防していくという

ころに手をつけ始めることが重要ではないかなというふうに考えています。

○高山会長（オブザーバー） まさにおっしゃるとおりだというふうに思います。ありがとうございます。

○河原部会長 ほか、何か。

それでは、時間も押していますので、資料5-2のCCUネットワーク参画医療機関の地図がございしますが、それぞれの医療圏でシステムがつくられておりますけど、これが事業推進区域でもあり、病床整備区域でもあり、二次医療圏でもあるんですが、事業推進区域としての区分けについてはいかがですか。

あと、今までご意見いただいた中で、急性期以外に、例えば慢性期のこととか在宅、あるいは看取りの問題。

それと、もう一つは、2040年を見据えた場合に2025年は通過点ですが、それを目標にするんじゃなくて、もっと遠い、最大の需要が生じるような、そのあたりを目標におかないといけないと思うんですが、事業推進区域について、この区分けはいかがでしょうか。何かご意見があればいただきたいです。

はい、どうぞ。

○山本委員 すみません。東京都歯科医師会、山本でございます。

この図を見ますと、どちらかという多摩地区のほうに緊急大動脈重点病院等が少ないんですが、こういうものが今後、格上げされて承認されるというようなことがあるんでしょうか。

○高山会長（オブザーバー） これは格上げといいますか、各病院が要するに急性大動脈症、急性大動脈の手術ができる体制をつくれるかどうかということになりますので、これは外科医だけの問題ではなく、診断する内科医、放射線科医、あるいは特に重要なのが手術しなければなりませんから麻酔科医、コ・メディカル、そういったものを調整する事務業務という、病院全体で取り組んでいただくということになります。特に重点病院については少ないんですが、人口が多摩地区は3分の1なので、ただ、その中でも重点病院にまでは、なれていないんですが、支援病院としてかなり頑張っている病院が幾つもありますので、それぞれにレベルアップしていただければ、どんどん重点病院になって、より充実したシステムになるというふうに考えています。

○河原部会長 ほか、この区分けに関してはいかがですか、ご意見は。よろしいでしょうか。

それでは、心血管疾患については資料5-2のように事業推進区域は12医療圏という現状でございしますが、あと課題としては慢性期の対応とか、まだ残っていますので、そのあたりの、また記述を、事務局で考えていっていただきたいと思いますが、これでよろしいですか。

（なし）

○河原部会長 ありがとうございます。

それでは、三つの議題が終わりましたので、ここで10分ぐらい休憩しましょうか。
あの時計で55分ぐらいからスタートしたいと思います。

(休憩 午後 5時44分)

(再開 午後 5時55分)

○河原部会長 再開したいと思います。次の議題が糖尿病についてでございます。それにつきまして、事務局からご説明をお願いします。

○久村地域医療担当課長 ありがとうございます。それでは、恐れ入りますが、資料6をごらんいただければと思います。糖尿病につきまして、予防から治療という流れでご説明させていただきます。

まず、現状でございます。左のところから、糖尿病・メタボリックシンドローム予防でございます。現状につきましては、糖尿病予備群・有病者、あるいはメタボリックシンドロームの予備軍該当者というのは記載のとおりでございます。また、その下におりまして、区市町村国保の状況といたしまして、平成27年度の特定健診受診率、特定保健指導実施率を記載してございます。

なお、その下のメタボリックシンドローム関係の減少率、こちらは26年度から27年度にかけての減少率を記載しております。

そして、これまでの取り組み状況でございます。

まず、普及啓発といたしましては、生活習慣改善に向けたウェルネス・チャレンジ、野菜摂取についてでございますとか、身体活動、運動を促す取り組み、こういった取り組みを行っております。それから、ブルーライトアップという普及啓発の取り組みがございました。

また2番目といたしまして、健康づくりの実施主体でございます。区市町村の取り組み支援というところで、人材育成ですとか、あるいは財政支援に取り組んでいるところでございます。

また3番目、都内には事業所が多くて、介入効果が高いというところがございます。職域の取り組み支援ということで、健康づくりに取り組む企業等の活動を支援する職域健康づくり推進事業の実施、あるいは講演会、パンフレットの配布といった取り組みを進めております。

続きまして、右に移りまして、糖尿病医療の部分でございます。

現状といたしまして、失明発症率、新規透析導入率、年齢調整死亡率、これを前回計画時、23年度の実績と比較して記載してございます。

ここで一つ、新規透析導入率でございますが、こちらだけは前回実績に比べてふえているという状況がございました。ただ、これは前回実績の23年度の数値が、ほかの年度に比べましてイレギュラーに低い数字だったため、今回は前回と比較するとふえている形に見えますが、例えば24年度は12.03、26年度が11.45でございますので、0.58ポイントの減ということで、イレギュラーな23年度を除きますと24、

25、26という形で着実にポイントは減っているという状況をつけ加えさせていただきます。

それから、医療機関等の状況といたしましては、地域において糖尿病地域連携を行っていただきます登録医療機関、こちらが4月1日現在の数字でございますが、病院、診療所、歯科診療所を合わせて3,545でございます。

また、参考までに、糖尿病医療に係る人材につきまして、一部記載しておりますが、例えば糖尿病予防推進医講習会の修了者の数、あるいは糖尿病協会の登録医の数、あるいは患者さんの自己管理、療養を指導するスタッフということになりますが、糖尿病療養指導士の数を参考に記載させていただいております。

それから、これまでの取り組み状況といたしましては、地域連携に係る取り組みということで、糖尿病医療連携推進協議会で都レベルの検討をしていただくのとあわせて、地域における医療連携に取り組んでいただく、あるいは普及啓発に取り組んでいただく圏域別検討会を、こちらも脳卒中と同じでございますが、医療圏ごとに設置して取り組みを進めているという状況がございます。また、普及啓発というのも進めております。

おめくりいただきまして、課題でございます。

まず、予防のところから申し上げますと、効果的な普及啓発。発症・重症化予防に向けて、引き続き都民の意識醸成を図っていくことが必要という記載をさせていただいております。

そして、発症・重症化予防に向けた取り組み促進ということで、区市町村や事業者等の取り組みを引き続き支援する。それから特定健診、特定保健指導の実施率向上が必要。医療機関未受診者に対する受診勧奨、あるいは重症化リスクのある対象者への個別指導の取り組みを広げていくことが必要ということを課題として挙げてございます。

また、右に移りまして、治療についての課題、医療についての課題でございますが、こうした発症・重症化予防の取り組みとの連携も含めました、予防から治療までの医療連携の強化を図る必要があるという考えてございます。また、地域連携に係る取り組みの促進、それから同じく普及啓発というものが医療においても課題というふうに捉えておりまして、具体的な取り組みといたしましては、おめくりいただきまして、五つほど、取り組み概要を記載させていただいております。

まず、取り組み1といたしまして、糖尿病・メタボリックシンドロームの予防に関する効果的な普及啓発の実施ということでございますが、負担感のない生活習慣改善の工夫、あるいは定期的な健診受診、あるいは早期医療受診で早期治療に結びつけて、そして治療を継続することの重要性、また発症・重症化予防について、引き続き都民への普及啓発を実施してまいります。

また、発症・重症化予防に向けた取り組み促進といたしましては、区市町村、それから先ほども職域の取り組み支援とご説明させていただきましたが、事業者等における早期発見から受診促進の取り組みを支援いたします。また、今後策定してまいります糖尿病

性腎症重症化予防プログラム、こちらに沿いまして、区市町村国保さん、地区医師会さん、かかりつけ医さんとの連携強化を図るとともに、情報提供あるいは課題の共有等を行いまして、区市町村国保による効果的な取り組みを推進してまいります。

また、医療の取り組みの一つとしては、予防から治療までの医療連携の強化ということで、まず予防、健診、保健指導を行う区市町村あるいは医療保険者との連携を強化いたします。

それから、予防から治療までの切れ目のない医療を提供するために、かかりつけ医、専門医、かかりつけ眼科医・歯科医等の相互連携によります登録医療機関、こちらの取り組みを引き続き推進してまいるとともに、こうした取り組みを中心とした多職種の医療連携を一層促進してまいります。

また、地域連携による実効性ある取り組みを行うということで、先ほどもご説明いたしましたが、協議会あるいは圏域別検討会による医療連携体制の評価検証、こちらは例えば評価検証項目を独自に設定いたしまして、検証を行っております。また、登録医療機関制度の実績、連携実績なんかも活用しつつ、きめ細かな検証を実施して、取り組みの充実につなげているところでございます。

そうした結果で、一つ飛びまして、3番目のマルにございますが、登録医療機関の増加、あるいは連携率の強化、医療連携ツールの活用促進といったところにつなげてまいりたいというふうに考えております。また、圏域別検討会の取り組みといたしまして、多職種を対象といたしました連絡会、勉強会の開催も進めてまいります。

取り組み3番といたしましては、普及啓発でございます。やはりこちらも住民に身近な区市町村、関係団体、保険者さんと連携いたしました、きめ細かで効果的な普及啓発に取り組んでいく必要があるというふうに考えてございます。

以上が取り組み概要でございます。

そして、糖尿病の事業推進区域の話でございますが、先ほど医療連携につきましては二次医療圏ごとに圏域別検討会を設置するというふうなところを申し上げましたが、やはり、まず糖尿病予防から入って、治療につなげるというところの連携を考えますと、まずは区市町村単位での取り組みということになりなろうかと思えます。その後の医療連携の部分で、例えば合併症の関係ということになりますと、ある程度、広域的な連携も必要になってくるというところも踏まえまして、二次医療圏の圏域別検討会での取り組みも引き続き進めていくと。こういった形になろうかというふうに考えております。

説明は以上でございます。

○河原部会長 はい、ありがとうございました。

続きまして、東京都糖尿病医療連携協議会の田嶋副会長から、補足説明をお願いしたいんですが。

○田嶋副会長 私が副会長を務めさせていただいております東京都糖尿病医療連携協議会は、平成20年に設置され、21年から実際的な活動を続けてまいりました。それ以来、

糖尿病の発症・重症化予防に向けた推進事業の評価指標として、ストラクチャー指標、プロセス指標、それからアウトカム指標、これは糖尿病による死亡率の低下、失明率、そして人工透析の新規導入率の3項目ですが、これらの改善に向けて努力してまいりました。そして、その結果、アウトカム指標の数値はいずれも低下いたしました。特に、今後は重症化予防につままして積極的な対策を行っていく、それを医療連携の中で到達させていくということに力を入れる予定です。

また、予防から治療を一貫した対策も大切であります。といいますのも、糖尿病予備軍のときから心血管疾患のリスクは高まるということがわかっております。したがって、切れ目のない対策をするということがアウトカム指標のさらなる低下、改善につながるというふうに思っています。

東京都は医療圏連携という面におきましては、非常に早くから医療連携の構築に取り組み、それができている地域と、空白地域といいますか、まだきちっとした仕組みができていない地域もあったわけです。したがって、既に医療連携が構築され上手く機能している地域から学ぶということによって、都内の医療連携を緊密にする、そして、お互いに情報を交換し合って、さまざまな資料をつくったりしてまいりました。それを一層進めることによって、糖尿病領域の課題をさらに改善したいということで活動を続けております。

以上でございます。

○河原部会長 はい、ありがとうございました。

それでは糖尿病について、質疑に移りたいと思いますが、何かご意見ございますか。

はい、どうぞ。

○渡辺（象）委員 糖尿病に関しましては、これだけの有病者がいて、また予備軍もいるということですから、糖尿病に関する取り組み1の1行目、負担感のない生活改善。これからは、今後、さらに重症化予防ということも視野に入れると、負担感のない、なんていう軽い言い方でいいのかという考えがあるんですね。ですから、このところはやはり、適切な運動や食事摂取などにおいて継続可能なという具体的なことを出して、負担感がなくていいんだというんじゃないで、やはりがっちりやりましょうという姿勢を出したほうがいいんじゃないでしょうか。

○中坪保健政策部健康推進課長 こちらの負担感のないという表現と、継続可能なというところで言うと、ちょっと相反して、どちらを優先するかというような考え方はあるかと思えます。いただいた意見を踏まえて、ちょっと表現については検討したいと思えます。

○河原部会長 ほか、いかがでしょう。どうぞ。

○山本委員 山本でございます。

やはり取組1の予防に関する効果的な普及啓発の実施というところなんですけど、定期的な健診受診というところがあるんですけど、歯科においては、例えば都内それぞれの市

区町村が行っております歯周病健診あるいは成人健診と呼ばれるものが、かなり負担感のない形でできると思いますので、そういったものを定期的を実施していただくというような文言をどこかに入れていただければというふうに思います。

以上です。

○河原部会長 いかがでしょうか。

はい、どうぞ。

○中坪保健政策部健康推進課長 健診受診については、それぞれの保険者さんにしていただいているところですが、やはり受診率50%にやや満たないというところですので、まず方法については医療保険者、または国保など、市町村等も含めて、表現についても含めて、ちょっと検討していきたいと思います。

○河原部会長 山本委員、よろしいですか。

○山本委員 ぜひよろしく申し上げます。歯周病健診というふうな形でも、成人健診というふうな形でも結構ですので、何かそのような文言が入ると、歯科のほうにも少し目を向けていただけるのではないかと思います。

以上です。

○河原部会長 身体疾患とも関連しますから。

それと、保険者の立場で、いかがですか。

○加島副部会長 東京の国保についてはかなり高い、全国に比べればいいんですけれども、やはり今後、保険者努力支援制度ということで、各地域で比べられて、各区市町村が健診率を上げるということが大命題になっていますので、その辺、今度は都道府県もそれに関与するというところで、都のほうから、どうやったら健診が、上がっている地域もあるので、そういういいところをうまく活用しながら全体が上がっていけばいいということで、今は一生懸命やっているところでございます。

○河原部会長 特定健診保健指導が発足するときに、成績が悪いところ、受診率が悪いところは後期高齢者医療制度の負担金をふやすとか、いいところは減らすとか、ありましたけど、それはまだやっているんですか。

○加島副部会長 一応今でも制度としてはあって、ほとんど、減算されるところは少ないですけどね。今度、国保については今、私が言った保険者努力支援制度ということで、都からもらう交付金の金額に影響するというような形になっていく。仕組みが変わることになります。

○河原部会長 後期高齢者医療制度で、支援金を変動させるような政策として、うまくいかなかったんですかね。

○加島副部会長 健康保険組合については今までどおり、そういうインセンティブを働かせる仕組みに残っています。

○河原部会長 ほか、何かご意見ございますか。どうぞ。

○田嶋副会長 歯周病は糖尿病の合併症として広く、臨床の現場でも注目しているわけで

あります。特定健診の参加者などへの啓蒙もとても大切ですが、糖尿病を初診したときに必ず歯科を受診するようという指導を各医療機関で行うことができれば、それが徹底すれば歯科の検診率も高まるのではないかというふうに思っております。それは糖尿病の日常診療の現場で行われていると思いたいですし、また、それを推進しなければいけないというふうに思っております。

以上です。

○河原部会長 ほか、何かございますか。どうぞ。

○渡邊（千）委員 糖尿病医療にかかわる人材のところ、療養指導士だとか、こういった人材をどう活用するかだと思いますので、修了した人だとか、指導医を持った人たちの有効な人材活用というのをぜひお願いしたいと思います。

○河原部会長 事務局、いかがですか。

○久村地域医療担当課長 ありがとうございます。

まだ、こちらのほうは協議会の中で具体的な検討はしていないんですけれども、圏域別検討会の中では、そういった検討を行っているような地域はございます。まさに療養の方、在宅での生活を支えるというところでは、一つポイントになろうかと思っておりますので、今後そのあたりを踏まえた検討を進めたいなと思っております。

○河原部会長 ほか、何かご意見ございますか。

事業推進区域の考えについては、合併症対応とか医療連携が必要な場合の単位としては二次医療圏という説明があったと思いますが、基本の糖尿病自体の圏域というか、単位としては区市町村というご説明がございましたが、これについてはいかがですか。身近な疾患ですから。よろしいですか。

では、事業推進区域については事務局からご説明がありましたように、基本は予防から含めて、あるいは慢性期あるいは在宅、そういうふうなことになりますと区市町村が単位になりますが、医療連携、合併症対応とか、いろいろ連携する必要がある、ネットワークを構築する、どちらもネットワークが要りますが、より高度な合併症とかネットワークを構築する場合は二次医療圏単位を事業推進区域というふうにさせていただきます。よろしいですか。

(なし)

○河原部会長 ありがとうございます。

ほか、糖尿病について、いかがでしょうか。

はい、どうぞ。

○石川委員 医療計画自体に関してはよろしいかと思っておりますが、糖尿病につきましては、来年度から始まる第3期の医療費適正化計画の中で、特定保健指導に関する実施率、あるいはその効果であるとか、及び実際の東京都の40歳以上の人口一人当たりの糖尿病の医療費の全国平均値みたいなものというのが今後は管理指標として導入されてきます。それに応じて、医療費適正化計画側のところでは進捗等を管理しなければい

けない形というふうになっておりますので、ぜひともそちらのほうがかちんとデータがとれるような形、整合性を持って、今後取り組んでいただければというふうに思っているところです。

○河原部会長 では、事務局のほう、そのあたりをお願いします。

はい、どうぞ。

○鈴木保健政策部保健政策課長 ただいまご指摘がありましたとおり、医療費適正化計画も、保健医療計画との調和をとるというふうにされておりますので、そこは整合性をはかって取り組んでいきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○河原部会長 ほか、糖尿病でいかがでしょうか。よろしいですか。

(なし)

○河原部会長 では、糖尿につきましては、事業推進区域は、ただいま説明した定義というか、内容で行きたいと思えます。

それで、きょう最後の話題としましては、外国人患者への医療です。事務局のほうからご説明をお願いします。

○久村地域医療担当課長 では、資料7-1に基づきまして、外国人患者への医療、こちらをご説明させていただきます。

外国人医療につきましては、本日お見えになってはいないんですけれども、聖路加国際大学公衆衛生大学院の遠藤弘良先生に座長をお願いいたしまして、外国人患者への医療提供体制に関する検討会、こちらを設置してご議論、ご検討いただいているところでございますが、保健医療計画の骨子案につきましても、こちらの検討会のほうでご議論いただいた内容となっております。

では、中身の説明に入らせていただきますが、まず現状でございます。

訪都外国人旅行者1,310万人、こちらは平成28年度で過去最高を記録しております。今後、東京都の目標といたしましては2020年には2,500万人、2024年には3,000万人というふうな、かなり過大といえますか、大きい目標を立てているところでございます。また、都内外国人人口も、平成26年1月1日現在の数字でございまして39万人。こちらが29年には49万人という形で、こちらも増加しているところでございます。こうしたデータにつきましては、3枚目の資料にデータを記載してございますので、適宜ごらんいただければというふうに思えます。

続きまして、都内医療機関の状況でございますが、まずJMIP認証病院、こちらは多言語対応でありますとか、異文化、宗教への配慮など、外国人患者への医療受け入れ体制、こちらのほうを第三者機関が認証する国の制度でございまして、後ほど出てまいります。東京都も認証取得のための受審経費を補助するという形で促進しているんですが、こちらは東京都内に現在は8病院ございます。

それから医療通訳拠点病院、こちらは国の制度でございまして、医療通訳ですとか医療コーディネーターの配置がされている病院。それから体制整備支援病院、院内表示あ

るいは資料の多言語化等の体制整備がなされている病院。それがそれぞれ7病院、14病院という状況になってございます。

また、その下でございますが、訪日外国人旅行者受け入れ医療機関、こちらについては観光庁の制度でございますが、外国人旅行者の受け入れが可能ですというふうに手を挙げていただいて、積極的に受け入れていただくという医療機関でございますが、27病院、141診療所、それから106歯科診療所というふうな形で、今は手挙げをしていただいているところでございます。

これまでの取り組み状況でございますが、医療機関への支援といたしまして、医療機関の外国人患者対応を支援いたします研修。それから、先ほどご説明いたしましたJMIIPの取得補助。

それから③で、受け入れ体制整備補助と記載がございますが、国の制度は、どちらかというと基幹となる病院を対象とした制度でございますが、東京都は診療所も含めまして、広く体制整備を図りたいということで診療所も含めた形で、多言語対応ですとかというふうな院内体制を整備していただく医療機関を支援しているところでございます。

それから4番目といたしまして、救急通訳サービス。それから5番目、診療所向け外国人患者対応マニュアルの作成という形で取り組みを行っている、あるいは取り組みを進めているという状況でございます。

このほか、医療情報の提供といたしましては、東京都保健医療情報センターにおきまして、外国語対応事業。相談員が外国人からの、例えば日本の医療制度であったり、外国語対応できる医療機関の紹介といったような問い合わせに対して電話で対応している事業。あるいは、医療機関を検索いただける「ひまわり」、こちらのウェブサイトが多言語化するという取り組みを行っております。また、感染症発症時等における受診報告についての外国人患者向けの冊子も、この4月に作成したところでございます。

そういった現状を踏まえました課題というところでございますが、三つほど挙げてございます。

まず、医療機関の確保。先ほど申し上げました診療所も含めた、外国人患者対応に取り組む医療機関の確保が必要と考えます。

それから、外国人患者さん、外国人に向けた医療情報の適切な提供。

それから3番目といたしまして、外国人患者の症状に応じた受療行動の促進ということ課題として挙げてございます。現行、軽症の外国人患者が大病院を、しかも救急で受診されているという状況がございます。ある病院のデータですと圧倒的に外国人患者は救急対応が多い。一方で軽症レベルが半数以上、胃腸炎であったり風邪であったり、捻挫、転倒外傷、こういった軽症患者の方が救急でお見えになるというふうな現状があるという問題意識を投げかけられております。このため、軽症者の方は、やはり診療所あるいは中小病院で対応していただけるような、そういった環境整備が必要で、そういった受診を促すような情報提供が必要であると考えております。

また、そうした取り組みを行うためには行政、医療機関、それから医師会等関係団体、それから外国人患者さん、外国人の方の相談先、情報入手先としましてはホテルのフロント、宿泊施設であったり、観光案内所、保険会社、旅行会社というところがございまずので、そういった関係施設との連携強化を充実しまして、外国人患者への医療提供の仕組みづくりを行っていく必要があるというふうに考えております。

おめくりいただきまして、取り組み概要。取り組みを三つほど記載してございます。

まず、取組1といたしまして、外国人患者受け入れ医療機関の整備ということで、現行で取り組みを進めておりますが、例えばJMIP取得に対する支援ということで、ある程度、基幹病院の整備を促進するとともに、診療所も含めた幅広い体制をつくっていききたいなというところはあります。

それから、救急通訳サービスの実施ですとか、外国人対応に係る研修、この中では例えば未収金対策なんかも大きなポイントになるかと考えておりますが、そうした内容を盛り込んだ研修、あるいはマニュアルの作成ということで、医療機関の取り組みを支援していききたいというふうに考えてございます。

それから、取組2として、医療情報等の効果的な提供でございますが、東京都は先ほど出ました医療機関案内サービス「ひまわり」、あるいは薬局機能情報提供システム「t-薬局いんふお」といったような情報提供のツールがございまずるので、そういったツールを効果的に活用して、外国人対応を行う医療機関、薬局の情報ですとか、日本の医療制度等の情報提供を行っていききたいというふうに考えてございます。

それから、先ほど外国人対応の機会が多いのはホテルのフロント等々というお話をさせていただきましたが、そういったところと連携する。

また、保健医療情報センターの外国語対応事業であったり、先ほど救急のところでお話が出ましたが、救急相談センター、#7119の活用促進。#7119のほうは今年度中、来年度の初めには一つ、ウェブで英語版というものができますので、そういったウェブ版の英語対応の情報を提供して、外国人患者の方に医療について相談対応できるようなというふうなところを考えてございますが、そういった多機関との連携も踏まえまして、効果的に医療情報を提供していききたいというふうに考えてございます。

それから、取組3番目が、外国人患者が症状に応じて安心して受診等ができる仕組みの構築ということでございますが、やはり先ほど来から出ておりますが、関係機関の連携が必要でございますので、行政、医療機関、関係機関の連携を強化していききたい。

具体的には、その下、関係機関の代表の方等も踏まえまして会議体を設置いたしまして連携の強化、具体的な取り組み、取り組みの促進につなげていききたいというふうに考えてございます。それから、具体的な取り組み案といたしましては、医療機関間の連携や関係者との共同によりまして、まず外国人患者の受け入れを行う診療所や中小病院の取り組みを推進する。

先ほど診療所あるいは中小病院を含めた体制整備ということで、院内の体制整備に対

する補助を実施しているというところがございますが、そういった院内の体制整備ができたとしても、例えば困難事例への対応が不安だよということで、なかなか受け入れが進まないかもしれない。そういったときに、外国人対応力が高い、ある程度の中核病院に後方支援の役割を担っていただいて、何か困難事例があったら中核病院のほうにつなぐ、あるいは中核病院のほうに相談に乗れる、こういった仕組みづくりが必要なのかなというふうに考えてございます。

それから、医療情報の提供の充実でございますが、例えばホテルのフロントのほうに、地域で外国人対応可能な医療機関のリストをお渡しして、地域でそういう情報を共有して、外国人の方から相談があったときにリストの中から医療機関を紹介したり、そういった形で関係機関と連携した効果的な医療情報の提供も進めていきたい。そういったところを組み合わせて、地域におきまして外国人患者が症状に応じて安心して受診等ができる仕組み、こういったものをつくっていききたいなというふうに考えてございます。

説明は以上でございます。

○河原部会長 はい、ありがとうございます。

それでは質疑に移りますが、いかがでしょうか。

はい、どうぞ。

○西川委員 以前、ちょっと人手が足りなくて、医療通訳を何度かしたことがあるんですけども、やはり医療通訳の場合は、通訳には限らないんですが、ほんのわずかなそごが重大な事態を引き起こす可能性があって、大変神経を使った記憶があるんですけども。言葉が違うだけではなくて、よって立つ文化が違う、宗教が違う、習慣が違う、そういう場合に初対面で正確なコミュニケーションをとるとするのは非常に難しいと思うんですね。ことが医療だけに、大変だから、この辺でやめておこうというような中途半端な対応はできないので、きちんと対応しようとするほど、医療機関にかかる負担が大きくなると思うんです。その一方、例えば2020年のオリンピック・パラリンピック以降の外国人の医療需要がどういうふうに変化するかというのはちょっとわからない状況で、そうしますと外国人への対応がある程度、暫定的なものにならざるを得ないというジレンマがあるのではないかという疑問が一つ。

それから、もう一つは何かトラブルが起こったときに、どう対処するのか。対処の体制をある程度つくっておかないと大変じゃないかという。その2点を、すみません、よろしくお願いします。

○河原部会長 いかがですか。

○久村地域医療連携担当課長 医療通訳のところにつきましては、今、国のほうでも医療通訳の育成カリキュラム、テキストをつくったり、あるいはそういった研修を実施したりという形で取り組みを進めているところがございます。

それから、我々はオリンピック・パラリンピックを目指してということではなくて、基本的には、これだけ在留外国人の方がいらっしゃる、訪都外国人の方がいらっしゃる

という中で、きちんとまず体制整備、地域における仕組みづくりをやっていこうというところがございますので、ある程度、継続的な取り組みという形を、それぞれの地域の実情に応じて作り上げていただきたいというふうに考えているところがございます。

○河原部会長 ほか、何かご意見ございますか。

はい、どうぞ。

○渡辺（象）委員 外国人への医療に関しては課題だらけで、まだまだ進行形だと思うんですけれども。うちなんか外国人が来て、我々の仲間のところにも来て、非常に困難事例ばかりで。

そういう困難事例に対応する体制づくりを今されているということですが、それはいつごろ大体めどがつくとか、あるいは、もうこんなふうになっているということがあるのか。先ほど二次医療機関に支えてもらうとか、そういうお話もありましたけれども、なかなか、外国人の困難事例に遭いますと、未収金の問題ですとか、あと生活習慣の違いとかで、非常に、我々は善意でやろうと思いつつも困難になってしまうんですね。そういう会議体みたいな体制づくりは、もう進んでいるんでしょうか。

○久村地域医療連携担当課長 先ほどご説明いたしました取り組み3でございますが、できれば来年度、そういった、まず関係機関を踏まえた会議を立ち上げて、今、在留外国人が多い区市、あるいは訪都外国人が多い区市、地域によっていろいろ実情、特色は違うと思いますので、そういった中から幾つかの地域をセレクションしまして、そちらの地域で、まずそういった地域の仕組みづくりを進めていただけるような、モデル的な取り組みをやっていけないかというふうに考えております。

なおかつ、先ほど私はオリンピック・パラリンピックが目的ではないと言いながら、オリンピック・パラリンピックは間違いなく、すぐありますので、スピード感を持ってやっていかなければいけないというふうに思っております。そういった意味では、こういったモデル的な取り組みと、それ以外の課題を同時並行で走らせて、取り組みを進めていかなければいけないのかなというふうに思っています。

○渡辺（象）委員 確かに地域によって全然違いますし、それぞれの課題も違うでしょうが、その地域で取り組んでいただいて、都で大枠を支えるという都の取り組みも、支援体制も並行してつくられるわけですね。

○久村地域医療担当課長 そうですね。ですから、例えば関係機関との連携というところで言いましても、まず東京都レベルでの会議体が多分必要になるかと思えます。今度は地域の関係機関が連携していただくための、また地域での会議体というのにも必要になってくると思いますし、都レベルでの取り組みと、地域での取り組みという形になると思いますし、そういった中で東京都がどういうふうな支援ができるかというところは、引き続き検討していくという形になります。

○河原部会長 資料7-1の課題のところ、1、2、3とありますけど、取り組みのほうでは未収金対策が出てきているんですけど、未収金は課題にはならないんですか、未収

金の問題は、資料7-1の課題の中には。

- 久村地域医療担当課長　そういう意味では、課題と言えば大きな課題です。
- 河原部会長　何か、これはおもてなし、日本人のお人よしが出ているような表現だと思うんですが、我々も主張するところは主張しないと、日本の医療、国民の貴重な医療費が使われるわけですから、ぜひ主張するところは課題に盛り込んでいただきたいのと。
　もう一点、在留外国人のうち、日本国の保険証を持っている人はどれぐらいいるか、もしわかれば。
- 久村地域医療担当課長　すみません。今ちょっと手元にはございません。わかるかどうか、確認はいたします。
- 河原部会長　ほか、なにかございますか。どうぞ。
- 竹川委員　先ほどの救急医療にも関連することなんですけれども、課題3の外国人患者の症状に応じた受療行動の促進のところ、軽症の外国人患者の大病院への受診ということがあるんですが、救急搬送という。もし外国の方が皆、ただで救急車を呼んで、できるということになると、まだそんなに広まっていないでしょうけど、旅行のガイドマップ、観光マップとかに日本はお金がかからない、どんどん受診できるというのが広まっていったとき、以前もちょっと課題で出したんですけれども、本当にパンクしてしまうであろう。まだ善意で、そういうことにはなっていないと思うんですけど、そのあたりも後々やっぱり考えていかなくてはいけないと思うんですが、いかがでしょうか。
- 久村地域医療担当課長　なので、例えば先ほど#7119の活用というふうなことを申し上げました。これはまた東消さんと、きちんと整理していかなければいけないんですけれども、例えばホテルのフロントに、症状が悪いということで外国人の方が相談にみえたとき、まず一つは、じゃあ#7119の英語版があるから、それで救急車を呼んだ方がいいのか、それとも翌朝クリニックへ行きましょうということなのかというのが確認できますよというふうな対応もできるでしょうし、あるいはもしかするとホテルのフロントが#7119に電話して、相談対応して適切な受診方法というのをお伝えするというのも、これはアイデアベースですけど、できるかなと思ったりもしておりますので、そういったところ、こういう関係機関と連携して、外国人患者さんにちゃんと伝えていく。それはまさに大事な取り組みだというふうに考えています。
- 河原部会長　ぜひお願いします。
　ほか、何か。
　では、どうぞ。
- 山本委員　先ほど部会長のほうからもありましたけれども、外国人の方の保険証の取り扱いといいますか、結構、安易に人に貸すというような事例を、時たま私も経験しますので、ぜひその辺の取り組みができればというふうに思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。
- 久村地域医療担当課長　まず、そういった未収金対応を含めたところは、研修の中で未

収金防止のための取り組みの仕方みたいなものをお伝えするところから入って、何とか未収金を予防する対策を進めたいというふうに考えています。

○河原部会長 はい、どうぞ。

○山本委員 未収金というより、むしろレセプトを出した後に返ってくるわけですよね、同じ人なんだけれども違う内容というふうになると。そういったことがあるので、不正使用を、何というんですか、防止するというふうな対策を一生懸命にさせていただけるとありがたいなというふうに思います。

○河原部会長 はい、どうぞ。

○久村地域医療担当課長 すみません、ちょっと混乱してしまいましたけれども、そういう本人確認のやり方というのも、研修あるいはテキスト、マニュアルの内容に入ってくるのかなというふうに思っています。

○河原部会長 23区のある区でも、出生数がふえているところがあるんですよね。好ましいと思っていたんですが、実態は、ある国からの人なんですよね、流入している。そういうルートも、日本の貴重な医療費を使うルートに乗ってきているようなケースも出てきますから、僕は、これを初めて医療計画の中に入れますけど、課題というのはかなりあると思いますね。

課題は一朝一夕で全て解決しませんけど、これからオリンピックを控えたり、あるいは旅行者がもっとふえるような状況で、あるいは今、東京在住の外国人が4%います、人口の、もう既に。既に国際化しているわけですから、課題で、もし抜けているところがあったら、この機会に外国人医療に、外国人を排斥するわけじゃないですよ、正しい医療を受けてもらうために、課題があれば、また後ほどでも事務局のほうに出していただきたいと思いますが。

いかがですか、よろしいですか、そういうのも。

○久村地域医療担当課長 まさに今、検討を進めているところでございますので、いろんなご意見を教えていただければというふうに思います。

○河原部会長 ほかに何かございますか。

はい、どうぞ。

○石川委員 今までの議論の中に出てきていることではあるんですけども、資料7-2を見て、私も非常に大きなショックを受けておりました。

今回の地域医療計画の中では可能な限り外国人に関して短期滞在者及び旅行者と、いわゆる在留外国人、居住者・長期滞在者のところの問題を分けて取り扱っていただくことが適切ではないかなというふうに思っています。そうした意味でも、資料7-2のところでも本当にびっくりしたのは、外国人人口の多い区市町村のところでも新宿区4万人と書いてあるんですが、新宿区の区民は40万人しかいないんですよ。もっと言いますと、そもそも都内の外国人人口の推移のところでも50万人いらっしゃるんですが、都の0歳から15歳人口の150万人のうちの3分の1ぐらいのボリュームになります。ですの

で、そうした方々、特に今までも出てきたような国内の保険証、特に国民健康保険の保険証の部分の適用だとか、それに関して発生するような、そもそもの保険料の未収、医療費の未収というところ、あるいは本人確認も含めたところで、結構大きな問題である可能性があると思いますので、可能な限り、短期滞在の部分で、おもてなしの医療で済ませる部分と、長期滞在者及び在留外国人のところに関する問題というのは、なかなか分けづらいかもしれませんが、一定の区別をした上で、きちんと書き出していただく必要があるのではないかなというふうに思っています。

○河原部会長 ありがとうございます。

いかがですか。

○久村地域医療担当課長 そういう点を踏まえまして、例えば来年度のモデルでは、そういう在留が多い地域、それから訪都が多い地域みたいな形で分けられればいいのかと思います。ただ、例えば新宿区なんかを見ますと、在留も多いし訪都も多いというところもありますので、先ほどお話ししましたように、なかなか分けるのが難しいとは思いますが、そういったところは意識して、取り組みはやっていきます。

○河原部会長 はい、どうぞ。

○石川委員 来年度のモデル事業ではなくて、今回話をしているのは、これから6年間の間の各地域医療計画の中の課題なので、その中には当然、長期的に短期滞在に関してやること、長期滞在者に対してやることというのはやっぱり区別した上で書く必要がある、そういう指摘をしているんですね。非常に厳しい言い方なんですけど、モデル計画、モデル対応等でやっていくから大丈夫、ないしは、そういうことを考えています、ではなくて、やはり計画の中に書くべき文言としての部分を検討していただきたい。そういう意見です。

○久村地域医療担当課長 我々がこれから取り組みを進めるに当たっては、もう大前提として在留と訪都があるよという問題意識は持っております。これから取り組みを検討していくに当たっても、今回モデル的なところから入りましょうということですので、単にモデル事業をやるからいいよというふうな意味でご説明したわけではなくて、これからつながる第一歩としてのモデル事業の中でも、そこは意識して取り組んでいきますというふうなつもりではあったというところでございます。

○河原部会長 石川委員、よろしいですか。

では、ぜひお願いします。

ほか、いかがですか。外国人医療は初めての記述になると思いますので、論点とか課題、問題点があれば、また事務局のほうに意見を寄せていただきたいと思います。

ほか、よろしいですか、全体を通じて。これについては事業推進区域とか、そういう概念はございませんので、その議論は置いておきますが。

それでは、きょうの議題は全て終了しました。

皆さんからたくさんのご意見をいただきましたので、事務局のほうは、きょう出され

た意見をもとに、また記述内容とか施策の内容について、ご検討いただきたいというふうに思います。

それでは、事務局のほうにマイクをお返しします。

すみません。その前に。

○竹川委員 救急医療のところなんですけれども、先ほど救急医療の資料4-3で、もう長瀬委員は帰られてしまったんですが、四つの図の左下の精神身体合併症のところなんですけれども、ここが都全域になっているんですが、要は精神科疾患のある方が何か骨折したりとか、何か問題が起こったときに受けてくれる範囲なんですけれども、今、試験的に八つの圏域に分けてやられているということを経験委員が言われていたんですが、それはどういうふうになっているんでしょうか。

○行本救急災害医療課長 これもまた8月29日に詳しく多分出ると思いますけれども、もともと身体合併の事業というのは全都を対象にということをやっていたんですが、やはり身近な地域で受け入れる必要があるだろうということで、今、12の医療圏を五つのブロックに分けて、順次、やはり医療資源に、精神科の医療機関、医療資源の地域偏在がかなりありますので、12の圏域ではなかなか難しい部分があるので、五つのブロックに分けて、その中である程度、完結といいますか、受け入れられるような体制というのを順次、今始めている事業がございます。

○竹川委員 そうすると今後の精神科のところでの議論と、ここと、同時に進行していく形になるんでしょうか。それとも、こちらの場合は都全域になっていますけれども、今度、行われる会議では都全域じゃなくて8カ所に分かれるんでしょうか。

○行本救急災害医療課長 都全域の部分と、そういう5ブロックの部分とかがありますので、それはまた、そちらの議論を踏まえて、当然、身体の方とも関連するところについては、その後、調整という形になるかと思えます。

○竹川委員 わかりました。

○河原部会長 ほか、全体よろしいですか。

(なし)

○河原部会長 それでは、事務局にお返しします。

○榎本保健医療計画担当課長 それでは、事務局より3点ご連絡をいたします。

まず次回、第7回の改訂部会の開催日は8月29日火曜日の16時からでございます。29日は在宅療養、精神疾患、認知症、歯科の各項目について、個別検討を行うこととしております。その後も短い期間での集中開催となりますが、引き続きよろしく願いいたします。

2点目についてですが、席上に用意いたしました保健医療計画の冊子と指針の入ったフラットファイルは、そのままお返し願います。

最後に3点目ですが、本日、自動車で、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、お帰りの際に事務局へお声かけください。

事務局からは、以上でございます。

○河原部会長 はい、ありがとうございました。

きょうは長丁場になりましたが、どうもありがとうございました。これで本日の会議を終了させていただきます。どうもありがとうございました。

(午後 6時43分 閉会)