

平成29年度
東京都アレルギー疾患対策検討委員会
(第2回)
会議録

平成29年10月10日
東京都福祉保健局

(午後6時30分 開会)

○堂 菌環境保健事業担当課長 それでは、定刻になりましたので始めさせていただきます。

では、「平成29年度東京都アレルギー疾患対策検討委員会（第2回）」を開会いたします。

私は、東京都福祉保健局健康安全部環境保健事業担当課長の堂菌でございます。

議事に入りますまでの間、進行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。

まずは、御連絡をいたします。

本日は、マスコミ関係者の方が取材に入られています。議題に入る前に、撮影等がございますので御了承願います。

それでは、ただいまより「平成29年度第2回東京都アレルギー疾患対策検討委員会」を開催させていただきます。

委員の皆様におかれましては、大変お忙しい中、このような遅い時間にもかかわらず御出席いただきまして誠にありがとうございます。

まず、議事に先立ちまして、健康安全部長の高橋より御挨拶を申し上げます。

○高橋健康安全部長 高橋でございます。本日は本当に遅い時間、またお忙しい中、御参加いただきまして誠にありがとうございます。

これまで、この委員会におきましては、アレルギー疾患対策の総合的な施策の推進に向けた計画について御議論いただいているところでございまして、5月には皆様から専門的な立場からいろいろな意見をいただいたところでございます。誠にありがとうございます。

そのいただいた意見から、私どものほうで検討いたしまして、今回推進計画の素案をまとめさせていただきました。

また、医療提供体制につきまして、前回5月の時点では、まだ国から通知等が示されていなかったんですけれども、国の検討委員会の報告書が出て、今年の7月に国から私どもに通知が出されたところでございます。この医療提供体制の整備につきましても、私どものほうで検討を現在重ねているところでございます。

診療ネットワークの構築などを推進し、アレルギー疾患を持つ方がその状況に応じた適切な医療を受けられるよう、よりよい体制をつくっていければと思っております。

本日は、この推進計画の素案に加えまして、東京都におけるアレルギー疾患医療の提供体制の案についても御説明させていただきたいと思っております。

時間も限られた委員会ですが、どうぞ活発な御議論を賜りたいと存じます。そして、今後とも私ども東京都のアレルギー疾患対策への御理解と、より一層の御支援を賜りたいと思っております。

本日は、どうぞよろしくお願いたします。

○堂 菌環境保健事業担当課長 それでは、まず最初にお手元の資料の確認をお願いいたし

ます。会議次第を表紙にクリップでとめてございます。資料と参考資料がございまして、右上にナンバーを振っておりますので御確認いただければと存じます。

まず、資料1「東京都アレルギー疾患対策推進計画（素案）の概要」でございます。それから、資料2「東京都アレルギー疾患対策推進計画（素案）」でございます。

資料3、A4の横になっておりますが、「アレルギー疾患対策基本法・基本指針及び東京都の施策（素案）」でございます。

資料4は「東京都におけるアレルギー疾患医療の提供体制の整備に向けた方向性について（案）」、これもA4の横の資料でございます。

それから縦ですけれども、資料5「アレルギー疾患医療に関する調査について（概要）」でございます。

また、参考資料が1～6までございます。

参考資料1が「東京都アレルギー疾患対策推進計画（素案）に関する参考資料」。

参考資料2が「アレルギー疾患対策の均てん化に関する研究（抜粋）」。

参考資料3が「都道府県におけるアレルギー疾患の医療提供体制の整備について」。

参考資料4が「アレルギー疾患医療提供体制の在り方について」。

参考資料5が「アレルギー疾患対策基本法」。

参考資料6が「アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針」でございます。

また、別に検討委員会の委員名簿、それから座席表を置かせていただいております。不足等はございませんでしょうか。

それでは、委員の紹介をさせていただきます。平成29年度東京都アレルギー疾患対策検討委員会委員名簿をご覧ください。今年度、初めて出席される委員のみ御紹介をさせていただきます。また、御所属、役職につきましては省略をさせていただきます。御了承ください。

それでは、小浦委員でございます。

○**小浦委員** 小浦でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○**堂蘭環境保健事業担当課長** 武川委員でございます。

○**武川委員** 武川です。

○**堂蘭環境保健事業担当課長** ありがとうございます。

なお、本日、江藤委員、大久保委員、川上委員、北村委員、笹井委員、三邊委員につきましては、残念ながら御欠席の連絡をいただいております。

事務局の紹介につきましては、お手元の名簿裏面と座席表にかえさせていただきます。

そのほか、本日は一般の方々も傍聴でいらしています。また、都の関係部署の職員も出席しております。

それでは、議題に移らせていただきますので、これ以降の撮影などは御遠慮ください。

では、以後の進行につきましては岩田委員長にお願いいたします。岩田委員長、どうぞよろしくお願いいたします。

○**岩田委員長** よろしくお願ひいたします。

それでは、次第に従ひまして本日の議事を進行させていただきます。

議事に入ります前に、本委員会の情報公開に関する取り扱いについて委員の皆様を確認いたします。

まず1、会議は原則公開とする。

2、また、議事録を作成することとし、これも原則公開とする。

以上、2点、御異議ございませんでしょうか。

(委員 異議なし)

○**岩田委員長** ありがとうございます。

では、議事に入ります。本日の議題は、大きく2つとなっております。「東京都アレルギー疾患対策推進計画(素案)について」と、「東京都におけるアレルギー疾患医療の提供体制(案)について」であります。

まずは議題1、「東京都アレルギー疾患対策推進計画(素案)について」を事務局から説明してもらいます。前回は計画骨子について御説明いただきましたが、今回は施策も盛り込んだ計画(素案)となっております。長くなりますので説明を分けて、その都度、委員の皆様から御意見をいただければと思っております。

それでは、まず計画の概要と計画素案のうちの第3章までを事務局から説明をお願いいたします。

○**堂園環境保健事業担当課長** それでは、資料1、資料2を御説明いたします。

資料1「東京都アレルギー疾患対策推進計画(素案)の概要」をご覧ください。

まず、上段の左側、「第1章 計画策定の趣旨」についてでございますが、これはアレルギー疾患対策基本法の第13条に基づいて都道府県が策定する計画ということでございます。計画期間は、5年間ということでございます。

上段の右側に「本計画の特徴」を挙げておりますが、基本法及び基本指針に対応したものとして策定をしております。新たな取組によって対策を充実させる部分と、既存の取り組みをさらに進めていくという対策を明示しているものでございます。

下のほうの左側、第2章というところをご覧ください。これは「アレルギー疾患対策の施策体系」でございます。これは前回も御説明したとおりでございますが、施策を3つの柱に分けて立てております。

施策の柱のⅠが、「適切な自己管理や生活環境の改善のための取組の推進」。

それから、施策の柱Ⅱが「患者の状態に応じた適切な医療やケアを提供する体制の整備」。

施策の柱のⅢが、「生活の質の維持・向上を支援する環境づくり」でございます。

真ん中の第3章のところをご覧ください。「アレルギー疾患をめぐる現状」ということで挙げさせていただいております。

1が「疾患の特徴と患者の状況」、2が「都におけるアレルギー疾患対策」というこ

とで、まず1つ目が「日常生活における予防等のための知識の普及等」でございます。

「適切な自己管理のための情報提供」ということで、患者や家族の方が正しい情報を入手しやすい環境を整えることが必要ということでございます。

また、「生活環境の改善・リスクの低減」ということで、アレルゲンの回避や生活環境の改善を図ることが重要ということでございます。

2つ目が、「疾患の状態に応じた適切な医療を提供する体制」でございます。「標準的治療の普及」「標準的治療では病態が安定化しない患者等に対する医療」、また医療従事者等の質の向上、患者や家族の方への医療機関に関する情報提供につきまして、それぞれ現状を述べさせていただきます。

また、3つ目として「患者等の生活の質の維持向上に向けた支援」ということで、「多様な相談への対応」、また保育所や学校等の対応力を高めていくということと、それから「災害時への備え」ということを挙げさせていただきます。

一番右の第4章のところでございますが、施策の展開といたしまして今、申し上げた施策の柱のⅠからⅢにそれぞれ施策がぶら下がっておりまして、施策が1から12までございます。また、施策の展開の土台となります取組が、取組1～3と3つ並べております。

それでは、資料2のほうをご覧くださいと存じます。

また、参考資料の1もお手元に御用意をいただければと存じます。

資料2の「東京都アレルギー疾患対策推進計画（素案）」のほうを1枚おめくりいただきますと目次が書いてございますが、さらに1枚おめくりいただきますと「第1章 計画策定の趣旨」「第2章 アレルギー疾患対策の施策体系」ということで挙げさせていただきます。こちらにつきましては、先ほど資料1のほうで御説明をいたしましたので、ここでは省略をさせていただきます。

それでは、3ページをご覧くださいと存じます。

「第3章 アレルギー疾患をめぐる現状」でございます。特に、こちらにつきましては1の「疾患の特徴と患者の状況」ということで、「(2) アレルギー疾患患者の状況」につきましてデータを挙げましてコメントをしております。

先ほど、御用意くださいと申し上げた参考資料1をご覧くださいと存じますが、患者さんの状況ということでこちらに参考資料を挙げさせていただきます。

参考資料1をおめくりいただきますと、患者調査の資料でございますが、東京都におけるアレルギー疾患患者の状況と、全国のアレルギー疾患患者の状況を2段並べてお示ししております。これをご覧くださいと、アレルギー性鼻炎は上昇しております。ぜん息については20年度にぐっと少なくなったりしながら、右肩に上がっているような形になっておりますが、前々回に赤澤委員のほうからも御説明等がありましたとおり、資料を別に用意させていただきますと、3ページのところに「学校保健統計調査の概要」

を挙げさせていただいております。

これは30年間のスパンで見えておりますので、右肩のほうにぜん息の罹患率が上がっているようになっておりますが、赤澤先生からも御指摘がありましたように、ここ10年ぐらいのところにつきましては見ていただきますと横ばい、もしくは特に小学校につきましてはほかの調査などでも言われておりますように下がってきているというような傾向が見てとれるかと存じます。

さらにおめぐりいただきまして、参考資料の4ページ、「アレルギー疾患に関する3歳児全都調査」でございますが、1のところには棒グラフがございますように、4割ぐらいの方が3歳までに何らかのアレルギー症状を持っているという結果が出ておりますし、また下の段の棒グラフを見ていただきますと、左から2つ目が食物アレルギーになっておりますが、ここにありますように食物アレルギーについては一貫して増加傾向を示しております。

また、同じ参考資料1の8ページをご覧くださいますと、先ほどアレルギー性鼻炎については上昇傾向が見られると申し上げましたけれども、花粉症患者の実態調査の第3回概要版というものを示しております。こちらの下の棒グラフを見ていただきますとわかりますように、10年に1回やっております調査ですが、第1回が1割、第2回が2割、第3回になりますと3割近くが推定有病率ということでどんどん上がってきているという状況でございます。

これは18年度の概要ですけれども、昨年度、28年度に第4回を実施しております。今ちょうど健康安全研究センターのほうで最終の報告案をまとめている段階でございますが、来月くらいには最終報告で公表できるかと思っておりますが、恐らく4割を超える推定有病率になるのではないかと思っております、かなり右肩上がり花粉症については上がっているという状況でございます。

すみませんが、また資料2のほうに戻っていただきますと、4ページのところに「(2)疾患の状況に応じた適切な医療を提供する体制」ということで、ここにつきましてはかなり補筆といえますか、追加をさせていただいた部分でございます。

まず1つ目の「標準的治療の普及」でございますが、本委員会の委員でもあります栗山委員が共同研究者で参加されております厚労科研の「アレルギー疾患対策の均てん化に関する研究」を参考資料の2としてお付けしております。この中に、アレルギー科を標榜している医療機関でも必ずしも最新の診療ガイドラインを備えていない、半数に満たないところしか所持していないというような御回答をいただいていることが出ております。

また、私も東京都のほうで昨年度実施しました東京都の医療機能実態調査の中でも、アレルギー疾患の診療ガイドラインに準じた標準的治療を行っているかどうかという調査をしております。参考資料1の12ページをお開きいただきますと、そちらに抜粋を載せております。ご覧くださいますとお分かりになりますように、「アレルギー疾患

診療ガイドラインに準ずる標準的治療の実施状況」をたくさんある項目の中に入れていただきまして調査をしております。

これは、全ての病院、一般診療所向けに調査したのですが、まず病院のところでもアレルギー疾患診療を行っているけれども、今後標準的治療をやっていく予定というものも含めまして、この調査時点において標準的治療を行っていないとお答えになった方は3割強、いらっしゃいます。

また、診療所につきましてもアレルギー疾患診療を実施しているとお答えいただいた中でお聞きしておりますが、今後標準的治療を行う予定とお答えされたところも含めて、4割弱くらいのところやはり標準的治療を行っていないというふうにお答えになっているという状況でございます。

あっちにいたりこっちにいたりで恐縮ですが、資料2の4ページのところでございますが、(2)の「疾患の状況に応じた適切な医療を提供する体制」のところでは、標準的な治療では病態が安定化しない患者さんに対する医療として、国の通知も出ていますことから、この部分については補筆をしております。国の通知については先ほど申し上げましたが、参考資料の3で原文もお付けしております。

主に補筆したところは以上でございますが、それ以外にも(3)の「患者等の生活の質の維持・向上に向けた支援」につきましても、資料2の5ページのところに私どもで実施しました施設調査のデータを補筆しております。参考資料の1の中では、ちょっと前後いたしますが、6ページのところに資料を載せておまして、実際に過去1年間に施設内で食物アレルギーを経験した施設は約2割あったということで、またそのうちの約6割が初発、症状が出る前に原因物質と診断されておらず、初めて症状を経験した場合が6割にも上ったというようなことが出ておりますので、その辺も含めて現状という形で補筆をさせていただいております。

第3章までということでの御説明としては、以上でございます。

○岩田委員長 ありがとうございます。

少し資料が多くていろいろ見づらい部分はおありだったかとは思いますが、3章までのまとめの説明につきまして御質問とか御意見をお願いしたいと思っております。いかがでしょうか。

では、どうぞ。

○赤澤委員 都立小児総合医療センターの赤澤でございます。

第2章の「アレルギー疾患対策の施策体系」というものがありますけれども、国が3つ挙げていて、これに対して東京都がまた3つ挙げていますが、この辺の関連性がいまひとつ、これはなぜ3つ挙げなくてはいけないのかというのがよく分からないんです。3は3で一致していて、2は均てん化という言葉を使っているのは拠点病院をつくってその医療体制をちゃんとつくりなさいということだと思えるんですけども、1の重症化の予防及び症状の軽減のための施策というのが、ここで自己管理という言葉を使ってい

るんですけれども、アレルギー疾患における自己管理というのは、慢性疾患もそうですが、最初から患者さんに適切な自己管理をなさないとそもそもできないとは思えないんです。

自己管理と我々が言っているのは、ある程度きちんと患者に指導して教育をして、患者さんがその病気を理解した上でコントロール状態に持っていった患者さんが、自分がそのコントロール状態をいかに上手に管理するかというのが自己管理というふうに私は思っているんです。

この辺の考え方がほかの先生方と違うと食い違ってしまうんですが、小児科で我々が言っているのは、ぜん息でしたらコントロール状態というのを我々がつくってあげる。指導してつくって、患者さんもその病気を理解する。その上で自己管理をして、大きく外れないように、日常生活で薬の微妙な調整などを自分でできるようにしてあげるといのが自己管理だと思っているので、最初からこの言葉を持ってきてしまうと、何だ、国は、都は何もやらないで我々患者が全部やらなくちゃいけないのかというふうに思われがちになりそうですが、その辺はいかがでしょうか。

○岩田委員長 第2章は細かな御説明はなく、柱をお示しになったんですけれども、今の赤澤先生の御指摘に関しまして、都としてはどのようにお考えでしょうか。

○堂菌環境保健事業担当課長 まず、私どものほうでは患者さんに適切な自己管理ができるような情報提供をしていくという意味でこのようなことを挙げさせていただいており、患者さんに全てそれをやってくださいということではございません。例えば今の第3章でいけば2の(1)のAが「適切な自己管理のための情報提供」となっておりますが、Iの「生活環境の改善・リスクの低減」では、生活環境の改善をしてリスクを低減していくという、これまでもやってきておりますようなディーゼル車規制に始まるようないろいろな施策をもって、生活環境そのものからアレルゲンをなるべく減らしていこうというような対策もあわせて行うことで、このような状況をつくっていくことを考えております。

○岩田委員長 どうぞ。

○武川委員 アレルギー友の会の武川でございます。本日は、御説明どうもありがとうございます。

ただいま赤澤先生のほうから御説明いただきましたように、私どもは先生方からどういう治療というか、指導を受けているかといいますと、まずは自分の周りに暴露される、要するにアレルゲンの元となるものを除去するというのを教わっております。それをした後で、そういったことをやった後で治療のほうに入っていくわけです。それで、治療上ステロイド吸入薬を使うとか、そのときにはどういうふうなものをどういう使い方をしたらいいとか、薬物療法に入っていくわけですが、まずは薬物療法に入る前にそういった環境面における抗原となる、またそういったいろいろな原因となる物質の除去だというように教えていただいておりますので、その辺のところの印象と、今、

赤澤先生が言われるとおり、私もちょっと違和感を覚えたというところでございます。以上です。

○岩田委員長 4章の施策に関連してくると思いますけれども、これは御意見をいただいて、そして最終的な文章化を図るということだと思いますので、恐らくこの第2章がこれだけでは足りないというような御意見とも受け取れますし、これから御説明のある4章との関連をより分かりやすくというような御指摘とも解釈できますので、いかがいたしましょうか。もう4章の御説明に飛んでよろしいでしょうか。

では、どうぞ。

○赤澤委員 私が申し上げたのは、国が3つ出しているのになぜ東京都でわざわざここで同じようなものを、言葉を変えて出さなくちゃいけないのか。国のままじゃだめなんですか。何かこうやると、読んでいて国のものを理解して、またここを読むと東京都は何を考えているのかと思うんです。国のものだけでも十分わかるし、足すんだったら均てん化のところでは医療施設のどうのこうのと書けばいい話で、大事なものは、国は重症化の予防と症状の軽減のための施策と言っているわけですね。これだけでも十分なような気がするんですけども、これはわざわざ要るんですか。東京はやはり東京でやらなくちゃいけないんですか。

もう削ってしまってもいいんじゃないかと思うんですけども、特別にここに入れないと東京都としてモチベーションが上がらないとか、そういうことはあるんですか。かえってわかりにくくしているような気がするので、同じような施策が国と東京都で書いてあって、大体同じような内容なのにこういうふうに言葉を変えて書かなくちゃいけないのかということなんです。

○堂園環境保健事業担当課長 御趣旨はよくわかりましたので、国の方針と、特に1について表現がということ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。ありがとうございます。

○岩田委員長 これは、形式としては国の基本方針にのっとって各地方自治体でやりなさいということ踏襲して、東京都としての表現を書いたということですよ。そうすると、特に赤澤先生の御指摘は、国の表現のままでもいいんじゃないかということと、補筆するのであれば均てん化のところをもう少しわかりやすく書いてはいかがかという御趣旨だと思うのですが、プラス今の議論のきっかけとしては自己管理ということをどのようにわかりやすく、現実のやり方に沿った形で表現できるのかというようなところも関係しているのかと思っております。

いずれにしても、今の御意見を受けて第2章の体裁をもうちょっと考えていただくというようなことになろうかと思っておりますが、ほかの先生方はいかがでしょうか。

○大田副委員長 私は、そんなに違和感がないです。自己管理と生活環境の改善点に関しては、自己管理というのは御自分で今のアレルギーがはっきりしていることに関しては

個別に対応することであって、生活環境の改善というのは、大きな意味で都民の囲まれている環境そのものに対する取組という形で捉えられるとされていて、そして、上の施策のところのより具体性といいますか、その中でそれを実現するために取り組むもののが中心が、こういう推進だとか、整備だとか、環境づくりという言葉で、いわゆる施策で終わっていないですね。ですから、その施策の実現の中でどういうことを特に地方自治体の一つとしては取り組んでいくかということを示そうとされているのかという解釈で読んでおりました。

○山口委員 東海大八王子病院の山口と申します。よろしくお願ひします。

私は、この推進計画は素案であるので、とりあえずこういった流れをまず通して説明をしていただいて、最終的にいろいろな問題が実はたくさんあるので、そこをもう一回整理し直したら、この第2章のところの柱ももっと簡単になるかと思っているので、今の段階でここを変えるかどうかというのはまだちょっと早いかと思っているんです。全部終わってからでもいいかと思うのですけれども、どうでしょうか。

○岩田委員長 ありがとうございます。

まだ素案ですけれども、どちらとも、つまり絶対にこれでいきますよとか、絶対に変えなければいけませんよという結論を出すのは難しいかとは思っているのですけれども、もうお一方くらいどなたか御意見ありますでしょうか。今は3章までの説明ということで、2章の表現から今後どう進めるのかというところの両方かかったような議論になっておりますが。

では、どうぞ。

○栗山委員 私も、それほど違和感なく拝聴しておりました。具体的な方法はまたこれから先に出てくるのかという思いで聞いておりました。

あとは言葉なのですけれども、どちらがいいとは、厚労省のほうも傍聴しておりましたけれども、皆さん一生懸命考えてくださって、言葉も選んでくださったと思うんです。

でも、それは国全体としての取組に対する言葉であり、そこから地方自治体とか、それぞれのところに回ってきて、それを受け取った側としてどうしようという言葉は変わってもいいのかというふうには思いました。

○岩田委員長 ありがとうございます。

それでは、次の第4章の施策に移りたいと思います。では、説明をお願いいたします。

○堂蘭環境保健事業担当課長 それでは、引き続き資料2をご覧くださいと存じます。資料2と資料3を用いまして、「第4章 アレルギー疾患対策に係る施策の展開」を御説明いたします。

先に資料3について簡単に御説明いたしますが、これはアレルギー疾患対策基本法と基本指針、それから本日お示ししています東京都の施策の案との対応関係を示したものでございます。

それでは、資料2の7ページをご覧くださいと存じます。こちらは先ほども御説

明いたしましたとおり、施策の柱がⅠからⅢまでございまして、そこに施策が1から12までぶら下がっている形になっております。さらに、施策の展開の土台ということで、3つの取組を別に挙げさせていただいているというような構成になっております。

それでは、8ページの施策の柱Ⅰ、「適切な自己管理や生活環境の改善のための取組の推進」というところをご覧ください。

施策の1につきましては、「患者・家族への自己管理のための情報提供等」ということで、アレルギー疾患に関する情報を総合的に掲載しておりますポータルサイト、「東京都アレルギー情報n a v i .」などにより、患者さん、家族の方々に提供していくということと、また、インターネットに載せればいいということではなくて、講演会等の手段も使いながら情報提供を進めていくという形で実施したいと思っております。また、区市町村の取組等も支援するという形をとっていきたいと思っております。

なお、囲みがありますが、先ほども見ていただいています参考資料1のほうに、この施策についての参考になるような資料等もあわせて載せておりますので、ご覧いただきながらお聞きいただければと存じます。

1枚おめくりいただきまして、施策2の「大気環境の改善」、施策3の「花粉症対策の推進」、施策4の「アレルゲン表示など食品に関する対策」につきましては、前回お示ししたものに肉づけはしておりますが、これまで実施してきております対策について整理したものでございます。

今回加筆しておりますのが、次の10ページをご覧ください。施策の5でございまして、「生活環境が及ぼす影響の知識の普及等」ということでタイトルを挙げさせていただいておりますが、こちらにつきまして特に1つ目の「○」ですけれども、排出ガスや花粉のほか、室内のダニ、またはたばこの煙を含めた具体的な生活環境が及ぼす影響に関しての知識の普及の取組について追加しております。

また、私どもが作りしました「健康・快適居住環境の指針」の中で、ダニやカビなど、たばこの煙も入っておりますが、アレルゲンや増悪因子の除去・軽減対策に関する情報提供という形で、この部分ももう少し具体的にという形で加筆をしております。

次のページをおめくりください。11ページでございまして、こちらが施策の柱Ⅱ、「患者の状態に応じた適切な医療やケアを提供する体制の整備」でございまして。こちらは、7月の末に厚労省から通知が出ました関係で補筆をしております。前回、5月31日の段階では、施策6の「医療従事者の資質向上」と施策8に当たります「医療機関に関する情報の提供」について記載がありましたが、今回施策の7に「専門的医療の提供体制の整備」として具体的な中身を加筆しております。

こちらにつきましては、議題の2でも改めて別の資料を使って詳しく御説明をさせていただきますが、計画の本文としてはこちらにございましてように施策の7で、診断が困難な症例や標準的治療では病態が安定しない重症及び難治性アレルギー疾患の患者が円滑に専門的な医療を受けられるよう、今後、都におけるアレルギー疾患医療の拠点病

院を選定するとともに、拠点病院を含む専門的なアレルギー疾患医療を提供する医療機関のネットワーク構築に取り組むということと、また、診療ネットワークに参画する病院と地域の医療機関がそれぞれの役割に応じて円滑に連携できる体制の整備に取り組むということを具体的に挙げさせていただいております。

次に、資料2の13ページをご覧ください。施策の柱のⅢでございます。「生活の質の維持・向上を支援する環境づくり」ということで、こちらにつきましては前回挙げさせていただいたものから少し構成を整理させていただいておりますが、基本的な流れとしては施策の9、「多様な相談に対応できる体制の充実」ということで、具体的にその相談等に携わる方々の研修等によって資質の向上を図るといようなことですか、保健所や私ども東京都健康安全研究センター等における相談対応、あとは区市町村の取組の支援、それからまた国で設置していますアレルギー相談センターや患者家族会の方々とも連携しながら多様な相談に対応していくといような形で挙げさせていただいております。

施策の10といたしまして、「保育施設や学校等職員の緊急時対応力の向上」ということで、こちらにも緊急時対応の研修の実施を具体的に挙げさせていただいております。

施策の10につきましては、いわゆる職員の緊急時対応力の向上ということになっており、施策の11では事故防止や緊急時対応のための組織的な取組を支援していくということも挙げさせていただいております。学校や保育施設につきまして組織的な対応体制を整備していただけるように支援をしていくということでございます。実施方法としては研修や講演会などございますが、また、ツールとしてのマニュアルやガイドブック等を充実させることによって、そのような取組を支援していきたいと考えております。

御説明としては、以上でございます。

○**岩田委員長** ありがとうございます。

第4章、施策の展開についての概略の説明がございました。ただいまの説明を受けまして、御質問、御意見をお願いしたいと思います。

では、どうぞ。

○**村山委員** 施策の3の部分の2番目なのですが、ちょっと文章的におかしいところがあって、「スギ・ヒノキ林の間伐や枝打ちにより、針葉樹と広葉樹の混交林化を進めます」というふうになっているのですが、間伐や枝打ちは林業的な目的でやっているもので、それをやったからといって、その間に広葉樹が生えてくるわけではないんですね。残った木の成長をよくするためにやっているもので、この文章はちょっとおかしいと思います。

もう一つは、間伐や枝打ちなどでは、一時的に花粉量が減っても、数年たつとスギ林、ヒノキ林の樹間部分が元に戻ってしまうので、花粉は減少しないということは林業的にわかっているので、この2番の部分はちょっとおかしいという気がします。

はっきり言うと、1番目で花粉の少ないスギの苗を植えることによって花粉量の減少

を図る。もう一つは、やはりスギ・ヒノキ林の針葉樹と、スギ林、ヒノキ林と広葉樹の混交林化によって花粉を減少させるという意味で多分書かれたと思うのですが、そういう意味で書かれるとここの2番目はかなりおかしくなるので、これは多分産業労働局のほうを担当だと思うので、そちらと相談してちょっとここは変えないとおかしいと思います。

それと、もう一つこれに関連したことですが、参考資料1の初めにあるアレルギー性鼻炎の患者数の推移のところ、これは国と同じ方式で都もやったのだと思うのですが、アレルギー性鼻炎のところ「(花粉によるものを含む)」と書いてあるのですが、この表現だと花粉症が含まれてしまうようなイメージにならないでしょうか。

その後の3回の患者調査で28%という数字があって、それとこの10月の調査で、10月にやったからこうなんだということなのでしょうけれども、そういう意味ではぜん息がこの時期に多いのはある面では当たり前で、花粉症が少ないのは当たり前なのですが、わざわざ「花粉によるものを含む」と書くこと自体、変なのではないかという気がしているんです。単純に、この時期にアレルギー性鼻炎がこれだけいた。

これは10月のある数日と書いてあるのですが、10月の下旬になるとほとんど花粉は飛んでいないで、ブタクサなども終わってしまうので、ここにわざわざ書くと、都内のアレルギー性鼻炎の患者は花粉症を含めてこれしかないのかというイメージになりかねないので、こういうものがひとり歩きするのは怖いという気がします。

○堂園環境保健事業担当課長 まず、先に御指摘をいただきました施策の3の2つ目につきましては、御指摘を受けまして、産業労働局と調整いたしまして修文、変更させていただきたいと思います。

それから、次の参考資料1の患者調査につきましては、全国共通で厚労省で実施しているものを抽出したものでございますが、ここで言うアレルギー性鼻炎には、いわゆる花粉症も含めたものが入っている数と定義されているということでこういう表記をさせていただいております。要するに鼻炎の中に花粉症も入っていますという意味で入れてしまっているのですが、これは10月中旬のワンデイ調査でやっている調査ですので、確かに花粉症の患者数としてはほとんど上がってこない時期だということは御指摘のとおりでございます。

○岩田委員長 最初の御指摘は非常に貴重なもので、文言の訂正等が今後要るのかと思いますし、次の参考資料のところの「アレルギー疾患推定患者数の年次推移」につきましては、これは括弧内の「(花粉によるものを含む)」という文言も含めて、厚生労働省のアレルギー疾患対策推進協議会で出た資料ということですよ。ですから、これはもし委員の先生方でこの対策協議会に御出席の方がいらっしゃれば、何かの機会にこういう意見がありましたということを厚生労働省にお伝えいただくほうがよろしいのかと思うのですが、ここでは図そのものの訂正は多分難しいかと思いますが、いかがでしょうか。

○**村山委員** 私のほうは、多分それで大もとの厚生省のものをそのまま引っ張ってきているのでこういう形になったと思うので、将来的にここを検討していただければということとで結構です。

○**岩田委員長** ありがとうございます。

では、赤澤先生どうぞ。

○**赤澤委員** 厚労省も、データがないからこういうデータを持ってくるわけですよ。衛研の疫学調査のデータは、本当に統計がないわけです。アレルギー疾患と慢性疾患でだんだん投与日数なども延びているので、過去のものとのものを比較しても、昔は月に2回受診していたのが今は3カ月に1回とかになると、そういうことを知らないで見たら、全然何だかわからないグラフです。はっきり言って、出さないほうが良いような気がします。

それからもう一つお聞きしたいのは、この花粉症対策の施策の3で、スギ・ヒノキの木を切ったときに本当に花粉が減るということは、何十年ぐらいのスパンでこれを考えていくものなのですか。木を切って、植えかえて、それが育っていくというのは、50年とか100年の期間のスパンで考えていく課題なのですか。

私も木のことをよく知らないのですが、全部切ってしまえば花粉はなくなるのでしょうか、そうはいかなくて順番に切りかえをやっていくわけですよ。今のスギの木をどのくらい実際に伐採しているのかも私は知りませんが、東京都だけでも仕方ないし、東京に飛んでくる花粉は山梨県とかあっちのほうからたくさん飛んでくるわけだし、その辺の見通しというのはどの程度考えたらよろしいのですか。これがそれだけ効果が期待できるものなのか、もしわかったら教えていただきたいのですけれども。

○**岩田委員長** どうぞ。

○**村山委員** 私は、実は花粉の少ない森づくり運動もやっていますし、林野庁の委員会にも入っているのですが、まず、実態としては日本全国のスギは450万ヘクタール、ヒノキが250万ヘクタール、これは人工的に植林されたもので自然林は含まれていません。日本の面積の20%近くがスギ、ヒノキという現状です。

現状は、ほとんどが樹齢を30年を超えて、花粉の生産量はスギ、ヒノキとも今ピークに数年前からなっていて、今まですごく急増してきたのですが、ピークに入っているのでこれ以上急増することはない。まだ穏やかに少しふえるかもしれないけれどもという状況です。

そういう中で、東京都はこの8年ぐらいの間に500ヘクタールぐらいのスギ林を伐採して、花粉の少ないスギに植えかえています。そのほかにも、先ほど私の言った広葉樹と針葉樹の混交林化もやっていて、その500ヘクタールというのは全体から見れば非常に少ない数字で、東京都の場合は数パーセントというレベルまでいっています。

なぜこれが進まないかという、実は花粉の少ないスギ苗が十分に供給されていない

というのが現状なんです。それで、今年度、林野庁のほうはそれを200万本にふやしますという話なのですが、大体1ヘクタールにつき植林するときに3,000本から4,000本のスギ苗を植えるんです。だから、200万本といっても大した広さにはならなくて、今は国、それから都、自治体も含めて花粉の少ないスギ、それから無花粉スギの苗の生産をふやしている段階です。

一番の問題は、花粉がないと種ができないということがあって、全部挿し木でふやさなければいけないので、それがちょっと時間がかかっているのですが、それがふえて1,000万本、2,000万本というオーダーになればかなり進んでいくであろうと考えています。

でも、赤澤先生のおっしゃるとおり、これはやはり50年、100年という計画の上でやらなければ、もっとふえるという考え方になってしまいます。

○岩田委員長 どうぞ。

○栗山委員 今ちょうどお話が出たので伺いたいと思うのですが、花粉の少ないスギというのは、今よりどれぐらいパーセントが少なくなるのでしょうか。

○村山委員 一本当たりの生産量は、一番優秀な花粉の少ないスギだと数パーセントになります。20分の1ぐらいに減ります。もちろん無花粉スギというのは0%になるわけで、そういうものに今、植えかえを始めていて、本当に仕事としては始まったばかりという状況です。

○栗山委員 私は、そちらのほうの一つと、それから今スギ、ヒノキの花粉が飛んでいるからスギ、ヒノキの花粉症が多いのであって、例えばスギ、ヒノキの花粉がなくなったときに、それがほかのものにとってかわるといようなことはないのでしょうか。

○岩田委員長 ちょっと議論が医学部分に傾きましたが、きょうは大久保先生がいらっしゃらないのでいかがでしょうか。簡単に今の栗山委員の御質問に対してどなたか、先生いかがですか。

○赤澤委員 今、花粉症がどんな花粉で起こっているかというのと、スギ、ヒノキが有名ですけれども、もっと症状が強いのはOASが今問題になっていて、それはスギ花粉よりもハンノキとか、ヤシャブシとか、そういう樹木の花粉症が強くなっていて、東京なども多摩地区などはすごいです。あれは誰が植えているのか知りませんが、どんどん、どんどんスギよりも、よりOASで問題になる方をきちんと対応していくことも考えないといけないので、どういう木を植えていったらいいのか私も知りませんが、どうするのか、その辺は見当が付きません。

○村山委員 今、赤澤先生がおっしゃった一番症状の強いオオバヤシャブシとかハンノキの仲間、道路を切り開いたときに土どめに植えたんです。ですから、どちらかといふところの対策は本当に花粉症をやるのであれば、土木とか道路をやっているところにも協力をもらわないと進まないかもしれない。

あとは、イネ科とか、キク科のブタクサとか、そういうものは空き地できちんと花が

咲く前に刈ってもらえればということで草刈りの時期を考えてもらう。そういう細かいところまで多分、実際の問題としては出てくると思います。

○**岩田委員長** 大変貴重な御指摘が幾つかあったと思います。特に、施策3の「花粉症対策の推進」と銘打った中身は、実は今後はスギ、ヒノキのみではないというようなことも対策として若干書き込めれば、かなり東京都は進んだ施策をやるぞということにもなるかとは思いますが、その辺は本当に残念ながらと申しますか、この委員会だけでぜひともお願いをすと言っても、実現の度合いはまたちょっと議論を呼ぶかと思いますが、いかがでしょうか。スギ、ヒノキのみのように見える文章をプラスアルファということは可能でしょうか。

○**赤澤委員** もう一つ、今、花粉の少ない木を50年、100年で考えたときに、医療も今、進歩しているので、やはり免疫療法も出てきていますね。スギなども今始まりましたけれども、50年、100年たったらもっと免疫療法が進んでいって、木を切らなくてもよかったということになるかもしれませんし、ヨーロッパでもどんどん、どんどん免疫療法が始まって、雑草などの免疫療法もいろいろな種類ができるようになってきているので、そういうのは数年のうちに入ってくるわけです。

だから、あまり花粉をなくすという方向だけではなくて、我々は自然の中で生活をしているのだから、ある程度花粉があっても仕方がない中で、そこで免疫療法で我々は何とかしていこうという方向に世界的なアレルギーは動いているわけです。それも少し視野に入れないと、この間も言いましたが、何でもかんでも除去、除去ではなくて、その中でいかに我々人間がその免疫力をうまく調整しながら生きていくかというのは非常に大切なことだと思うので、本当に避ける、避けるだけではない、うまく共存していくような方向で持っていかないと、時代遅れになってしまうので気をつけないといけないと思います。

○**岩田委員長** そうしますと、次の議題の医療の提供体制ということにも深く関係してまいりますし、時間のこともございますので。

では、どうぞ。

○**駒瀬委員** 聖マリアンナ医科大学西部病院の駒瀬です。

この「生活の質の維持・向上を支援する関係づくり」の施策のⅢ全体を通じて、この間出たかどうかよく覚えていないのですが、高齢者に対する施策というのはここにはあまり見当たらないような気がするのですが、その辺りは入らないのでしょうか。

○**堂菌環境保健事業担当課長** 施策のⅢの中でという御質問でよろしいでしょうか。

○**駒瀬委員** ほかのところもすごく大事だとは思いますが、高齢化社会における高齢者に対する生活の質のこととか、そういうことは入る可能性はないのでしょうか。

○**堂菌環境保健事業担当課長** 高齢者という形で文言は出てこないのですが、施策の9、「多様な相談に対応できる体制の充実」の中で「患者・家族の支援に携わる保健・福祉の関係者や、企業等の安全衛生担当者等を対象に」という、この研修等によりまし

て、そのような広く多様な相談に対応する関係者の方々の資質を向上するということ、また保健所等におきましても都民の皆様からのさまざまな相談に対応するという形で含まれております。

○岩田委員長 どうぞ。

○栗山委員 今の委員の御質問なのですけれども、多分、厚労省の委員会の際に特別に老人施設に関することも書いてあったような気がするんです。ちょっと御確認いただいて、できるならば学校とか割と子供たちのほうには手厚くいろいろ書いていただいているのですけれども、そちらのほうのことも一言書いていただけたらいいかと思いました。

○岩田委員長 ありがとうございます。

今いただきましたさまざまな御意見を含めて、都としてもいろいろ膨らませていただければいいのかなと思います。

それでは、先ほどちょっと言いかけて恐縮ですけれども、まだ次の議題もございしますので、議題1に関しましてはこのあたりで一応切らせていただきまして、議題1に関する今後の予定などを事務局からお願いしたいと思えます。

○堂蘭環境保健事業担当課長 御意見ありがとうございました。

本日の御意見を受けまして、計画案については修正を今後していく予定でございします。本日は時間が限られておりましたので、委員の皆様方から改めてお気づきの点などございましたら、御意見を今月の23日、月曜日ぐらいまでに事務局にお寄せいただければと存じます。

また、この計画案につきましては広く都民の皆様にも御意見をいただくことになっておりますので、パブリックコメントを実施する予定でございします。10月23日月曜日から1カ月間ぐらいの予定で実施する予定でございします。委員の皆様からの御意見やパブリックコメントの意見をもとに年内の策定、公表を目指してまとめていく予定でございします。

○岩田委員長 ありがとうございます。そのような予定で、今月の終わりごろまでというのはそんなに時間がございせんけれども、この議題の1につきましても活発なコメントなどを事務局のほうにお寄せいただければ幸いです。

それでは、議題2に移らせていただきます。議題2は「東京都におけるアレルギー疾患医療の提供体制（案）について」であります。事務局から説明をお願いいたします。

○堂蘭環境保健事業担当課長 それでは、資料4「東京都におけるアレルギー疾患医療の提供体制の整備に向けた方向性について（案）」の資料をご覧ください。

1枚おめくりいただきまして、「アレルギー疾患医療の現状・課題」でございします。こちらにつきましては、先ほど資料2の第3章のところにあります文言をピックアップしたものでございしますので、説明については省略をさせていただきます。

もう一枚めくっていただきまして、「国通知を踏まえた都におけるアレルギー疾患医

療提供体制の在り方（案）」というページをご覧ください。

まず、こちらの左側の囲みにつきましては、今年の7月28日に厚生労働省の健康局長通知として都道府県に対して出されたものの要点をまとめたものでございます。先ほども御説明いたしましたけれども、参考資料3と4にそれぞれ現物もお付けしております。

まず左側の「目的」のところでございますが、アレルギー疾患患者さんが状態に応じて適切な医療を受けられる、またそういう体制を整備して、それで医療全体の質の向上を進めていくというようなものでございます。

「求められる取組」といたしましては、その中心的役割を担っていただく都の拠点となる病院を選定するということと、またその拠点病院と診療所や一般病院との間でアレルギー疾患の診療連携体制を整備していくというものでございます。

その「医療提供にかかる各機関の役割」でございますが、「都道府県拠点病院の役割」として国で定めておりますのが、まず1つ目が「診療」に関してでございます。重症、難治性のアレルギー疾患の診断、治療、管理を行うということでございます。

2つ目が「情報提供」でございますが、患者・家族、地域住民に関して情報提供や啓発を行うということでございます。

3つ目が「人材育成」でございますが、医療従事者への研修、講習などについて積極的に関与するというものでございます。

4つ目が「研究」でございますが、都道府県や国が行う研究への協力ということでございます。

それ以外に、「医学的見地からの助言・支援」ということがございます。

また、一般病院やかかりつけ医の役割としては、診療ガイドラインに準拠した日常的な診療を提供するというところでございますし、「薬局の役割」としては最新の科学的知見に基づいた適切な情報提供、指導を行うというものでございます。

この通知を踏まえまして、「都における医療提供体制の在り方」の案でございますが、右側をご覧ください。

上段の「目指す方向性」ということですが、まず「診療ネットワークの構築」ということで、その中心的な役割を担っていただくために拠点病院を選定するというところで考えております。

ただ、東京の場合、1もしくは2の拠点病院を選定することだけではなくて、拠点病院に加えまして、内科、小児科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科の5領域が診療領域として通知の中で定められておりますので、病院の御意向を確認しながら、それぞれの強みを持つ病院を幅広く診療連携病院として指定をしていくというようなことを考えております。

このような拠点病院と診療連携病院で診療ネットワークを構築しまして、各病院の対応領域、強みを生かして診断が困難、もしくは標準的治療では状態が安定化しない患者

さんの診療を行っていくというようなことを考えております。

下の段の各機関の役割でございます。拠点病院と診療連携病院の役割でございますが、「◎」を付したものが拠点病院にのみ負荷する役割というイメージで書いております。

まず「診療」につきましては、いわゆる重症、難治性の疾患に関する診断、治療、管理については、それぞれ拠点でも診療連携病院でも行っていただきますが、そのネットワーク構築の中心的役割を拠点病院に担っていただくということで考えております。

また、「情報提供」につきましては、「東京都アレルギー情報 n a v i . 」の監修等につきまして、この検討委員会でも御意見をいただきましたけれども、それについて監修をしていただくなど、都民向けの普及啓発にも御協力いただきたいと考えております。

また、拠点病院には「人材育成」において、標準的治療の普及のために医師向けの研修を企画、実施していただきたいと考えております。

それでは、次のページをご覧くださいと存じます。今、申し上げた部分をイメージ図で書いたものでございます。

一番上に患者さんがいらっしゃるような形になっており、その下に丸が2つございませうけれども、いわゆる標準的治療で状態が安定する患者さんにつきましては、右側の丸の中で、医療が基本的には完結するというのでしょうか、地域において一般の病院や地域のかかりつけの先生に診ていただくというようなことになるかと存じます。

ただ、実際には重症もしくは難治性の患者さんというのがいらっしゃって、その場合は左側の拠点病院、診療連携病院を輪にしたものになっておりますが、この中でいわゆる紹介をお受けして診療していただくというイメージを考えております。

それで、ネットワークを構築するということについては、その拠点病院の連絡会という形で、まだ仮の名称ですけれども、拠点病院や診療連携病院に構成員としてなっただいて、協議内容としてはそれぞれの強み、対応可能な領域や診療実績の情報共有をしたり、それからまた医療従事者の人材育成についてどのような形で行うのが効果的かというようなことを御意見いただきながら、私どもも進めていきたいと考えております。

次のページ、4ページをご覧くださいと存じます。今、申し上げた都道府県の拠点病院と診療連携病院の選定要件と連絡会の案でございます。

左側の上のほうですけれども、「国通知の内容」と書いてございますのは、国で定めておりますいわゆる拠点病院についての要件をまとめております。

1つ目が、内科、小児科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、この5領域につきまして、それぞれ診療経験が豊富な医師が常勤していることということで、いわゆる専門医ですとか認定医のイメージだと思うんですけれども、これらの医師が常勤しているということ、それから日本アレルギー学会のアレルギー専門医資格を有する医師であることが望ましいという要件になっております。

また、5領域ございますので、1つの医療機関で全て対応できるということではないとするならば、複数の医療機関を合わせて選定することでそのような機能を持ってもら

うというようなこと、それから小児につきましてはまた別に小児の専門医療機関を選定することも可というようなこと、それからコメディカルの方々についてもアレルギー疾患の知識を持っている方が配置されていることが望ましいという要件になっております。

それを受けまして、私どものほうで考えております拠点病院の要件案でございますが、まず「小児専門医療機関以外」につきましては、内科、小児科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科領域において専門医が常勤していること、これは国の通知と同じ要件でございます。

2つ目が、内科、小児科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科領域の全ての診療科が日本アレルギー学会の専門医教育研修施設に認定されていることが望ましいというような要件にさせていただきます。

特に診療においてもですけれども、人材育成において大きな役割を担っていただく拠点病院につきましては、日本アレルギー学会が認定しております専門医教育研究施設の要件を満たしているところが望ましいと考えておまして、なおかつ5領域ございますので、なるべく5科全部そろっているところがあれば、そのようなところに拠点病院を担っていただければと考えております。

また、小児専門医療機関につきましては、また別に小児アレルギー疾患において中心的役割を担ってくださるようなところをお願いできればと考えております。

さらに、私どものほうで診療連携病院ということを挙げさせていただいておりますが、右側のほうにございますように、日本アレルギー学会のアレルギー専門医教育研修施設につきましては、各科ごとにそれぞれ要件を満たせば認定がされているという状況でございます。

参考までに、ここがございますように症例が100例以上で指導医が1名以上、または専門医が2名以上いらっしゃるところにつきましては認定要件に合うということになりますので、このような条件を満たしている施設につきましては、広くいずれかの診療科が認定されていれば診療連携病院になっていただければと考えております。

御参考までに、現在認定施設がどのくらいあるかといいますと、1つの科だけでも認定されている病院は都内に57カ所ございます。

資料4については以上でございますが、引き続き資料5について御説明させていただきます。

今回、この委員会になるべくどのような状況で都内でアレルギー疾患医療がなされるかということについて資料を出させていただきたいということもありまして、医療の提供体制の検討を行うための基礎資料ということで、急ぎ、短い時間で恐縮ですが、調査をさせていただいております。これは今、申し上げましたように、日本アレルギー学会からいずれかの診療科が専門医研究施設に認定を受けている医療機関57施設を対象にやらせていただきました。

かなり短い時間でお願いました関係で、調査票の回収率は3番にございますとおり

6割ぐらいなのですが、ただ、何とかこの10月6日までに集計したいということがございまして、とりあえずお答えできる部分だけは先に出していただきとお願いし、一部の診療科について未回答、もしくは一部の設問について未回答の分も含めて6割ということでございますので、ここで集計しておりますものはあくまでも速報値ということでご覧いただければと存じます。

1枚おめくりいただきまして、その中から取り急ぎ集計できたものをお示ししております。

1つ目が「アレルギー専門医教育研究施設への認定」ということですが、先ほど申し上げましたとおり、学会からどの科、どの系統の領域の専門医教育研修施設に認定されているかということをお聞きしておりますが、有効回答が30施設と、半分強のところは御回答いただいておりますもので集計いたしますとこのようになります。

内科系については7割弱が認定を受けておりますが、小児科系については半分、皮膚科系については1割強、耳鼻科系については3分の1程度、眼科系についてはゼロということでございます。かなり領域によってばらつきがございます。

先ほど、拠点病院の要件につきまして内科系、小児科系、皮膚科系、耳鼻咽喉科系、眼科系、5領域全て教育研修施設になっていることが望ましいという要件を挙げさせていただいておりますが、有効回答30施設の段階ではございますが、5領域全てにおいて教育研修施設に認定されている施設はゼロ、ございませんでした。

4領域について認定を受けているというところは、2施設だけございましたという状況でございます。

まだ速報値ということですので、そういう前提で見ていただければと存じます。

次のページ、3ページのほうにいきますけれども、「日本アレルギー学会専門医等の在籍数」ということですが、これは指導医を含めて日本アレルギー学会の専門医の数、トータルですけれども、それを非常勤を常勤換算していただいた、それを全て含んだ合計の数字を集計したものを御参考に挙げさせていただいております。これは、32施設の合計でございます。

それから、「食物経口負荷試験・免疫療法の実施の有無」についても調査をしており、実際は件数もお聞きしております。これについては、教育研修施設で調査をした割には非常に実施の割合が低くなっておりますが、これは実施している科においてはやはり1週間ぐらいでは集計が難しかったということで、集計が間に合わなかったところが多くて、実際には内科とか小児科がまだ未回答という部分を集計しておりますので、このように実施の割合が低く出ているかと存じます。

それは、次のページの免疫療法についても、舌下、皮下について実施している医療機関の割合を取り急ぎ集計して挙げさせていただいておりますが、これも低く出ているのはそのような状況があるかと存じます。

資料について、御説明は以上でございます。

○**岩田委員長** ありがとうございます。医療の提供体制についての説明、それから案というところでございました。多少、見えない部分もあろうかとは思いますが、拠点病院の考え方などについて御意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○**大田副委員長** 拠点病院というところで、内科に関してはかなり複数の科がきちんとした形に整っている施設という限定であり、小児科のほうはある程度、領域の特異性ということもあって、小児だけでも拠点病院になり得るというふうな設定がなされているわけですが、現実にはアレルギー学会等を通じて我々が感じておりますのは、特に東京のようにいろいろな病院がいろいろな形で連立しているところでは、特定の例えば内科でぜん息の重症、難治性の患者さんに関してはきちんと診療し、そしてその方たちの合併している、大体いろいろなものが合併するのは珍しくないわけですが、それに関しては例えば非常勤の方に補ってもらったり、あるいはそれぞれ地域での連携の中でコントロールが難しい合併症のときには一応コンサルテーションしながら、よりよい状況をつくっていくということが現実に行われているのが現状であり、また、内科も見ているけれども、しかし、ここは耳鼻科は日本でもトップクラスだが、ほかに関しては専門的に少し弱いとか、いろいろなことが実際には存在しているんですね。

拠点化したときの病院の役割として、そのエリアの中の地域におけるアレルギー疾患の医療の充実ということで、実際に拠点をこういうふうな形で規定すると難しい部分があるんじゃないかというのが率直な意見であります。

それから、内科系で言えば、将来的にはアレルギーの専門医というのをこれから構築して総合的にということが目指されるわけですが、基本的に疾患をイメージしますとぜん息、そしてぜん息で亡くなる方等を含めていけば、重症、難治性という言葉が当てはまる領域の中の大きなものがぜん息ではないかと感じますので、少しそのあたりの組織の立て方というのは、国の理想的な形が一つの拠点病院に行けばアレルギー疾患全部横並びに最高のものが診られるということを形成するにはちょっと難しいのが現時点の実情ではないかなというふうに感じております。

○**岩田委員長** ありがとうございます。国の方針をどれだけ忠実に実現できるかという結構、根本の議論にもなっておりますけれども、大田先生からは内科側から見た現状ということを強調され、その意味は5科、4科、そろっていなくても、要するに現実には拠点病院としてやっているというようなところの扱いを、コンセンサスをどのように得たらいいのかという含みもあつたかとは思いますが。

そのほかの委員の皆様方、御意見をどうぞ。

○**新田委員** 東京都のこういう医療のリソースといいますか、現状について十分理解が足りないのでそこを伺いたいと思うんですけれども、国のほうは国全体で通知が出ていると思うんですが、極端なことを言うと、都がこの推進計画を実施すると、全国的に見ると都にリソースが偏在していて、またその差が開くというようなことはあり得るのかなというようにちょっと思ったんです。

つまり、東京都だけがすごくよくなって、国全体のリソースも、東京都は東京都のことを考えるというのが第一義には間違いないんですけども、国全体を見て、東京都に一極集中みたいな議論はありますが、そういう観点は要らないのかなというふうに、ちょっと感想めいたところですけども。

○**岩田委員長** ありがとうございます。各府県においても拠点病院をつくりなさいという方針だと思うんですけども、その実態が例えばある県は1つしか該当しないとか、一方で東京都は4つもあるとか、それが国全体を見てどのように患者さんの目に映るのだろうかというようなことかと思いますが、もう一回、国の方針の肝のところをちょっと御説明いただけますか。

○**堂蘭環境保健事業担当課長** それでは、参考資料3に直接厚労省の健康局通知を資料としてお付けしておりますので、そちらのほうもご覧いただければと存じます。

まず、2ページに記書きのところがございまして、この1番の第2段落のところに、都道府県は各都道府県で拠点となる病院を選定して、当該病院と日々のアレルギー疾患医療を行っている診療所や一般病院との間のアレルギー疾患の診療連携体制の整備を行い、都道府県拠点病院の活動実績等を定期的に評価し、適宜、選定の見直しを行うことが求められるというような表記になっております。

それで、先ほどちょっと役割については御説明しましたので割愛させていただきますが、同じ参考資料3の3ページの真ん中よりちょっと下のところに拠点病院の選定という項目がございまして、その2)のところに、各都道府県について原則1~2カ所選定されるものとするということと、先ほど挙げました内科、小児科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科の専門的な知識、技能を有する医師が常勤していることが求められるということになります。

そのまま4ページのほうにいけますけれども、他の医療機関の診療科を合わせて選定することで、都道府県拠点病院としての選定基準を満たす。要するに、1つの病院だけでということではなくて、合わせて選定することで拠点病院としての選定基準を満たすということでもよいということです。あとは、各診療科の医師においては、日本アレルギー学会のアレルギー専門医資格を有する医師であることが望ましいとなっております。

また、4ページの今の4の連絡協議会の上の直前の段落のところですけども、都道府県拠点病院は、小児から高齢者までの診療を担える医療機関であることが基本であるが、都道府県における小児アレルギー疾患医療の中心的な役割を担っている小児専門医療機関が存在する場合は、都道府県拠点病院として選定されることが考えられるというようなことになっております。

○**岩田委員長** このようなことを踏まえて、先ほどの御説明にあったような複数の診療科における専門医の存在が望ましいという話になったわけでございますけれども、現実には難しい部分もあるという御指摘です。

では、どうぞ。

○新田委員 今の御説明を伺っていて、もう少し端的に申し上げますと、先ほど認定医療機関は都内に57病院存在という御説明がありましたけれども、その57で量的には足りているので、あとは質の問題という認識をされているのか、まだまだ量も質も足りないという認識なのか、そこがよく見えなかったということです。

○岩田委員長 そのあたりはいかがでしょうか。

○堂菌環境保健事業担当課長 このアレルギー疾患対策計画で目指しておりますのは、医療の質全体の向上ということがございまして、その中心的なというか、引っ張っていただくといいんでしょうか、その役割を担っていただくのが拠点病院という認識でございます。

ただ、拠点病院を国の通知にございますように1~2病院ということで限って指定してしまいますと、非常に限られた病院に例えば患者さんが集中したりというようなことも懸念されるということもございますので、都においてはいろいろな病院がいろいろな分野において、先ほど大田先生もおっしゃってくださいましたけれども、それぞれ強みを持っていらっしゃるということがございますので、診療連携病院という形で担っていただいて、いろいろな強みに応じた医療を提供していただくという中で、なるべく患者さんにとってはお住まいから近いところで、先ほどの重症な事例の診療などについても提供していければ、患者さんにとっては本当にいい体制なのではないかと考えております。

○岩田委員長 どうぞ。

○栗山委員 ちょっとお話のあれとしては違うのかもしれないんですが、患者から見た現状の医療というのは、いい医療を、適切な医療を受けるために、山越え、谷越え、海を渡って、空を飛んでもいい医者を見つけたいというのが現状なんですね。それはとても残念なことで、もちろん脳の手術を隣の町でやりたいと思っているわけではないので、アレルギー疾患というのはコモンディジーズなんですね。ですから、せめて人口の3分の1とか、半分とか言われるアレルギー疾患の患者が山や谷を越えなくても、適切な医療に行き着くだけの質と量で、量もなんですねけれども、とにかく質ですね。

それで、このつけていただいた均てん化に関する研究とかをさせていただいて、大変失礼な言い方で申し訳ないんですが、私は長い間、患者教育の前に医者教育をしてよと言いつけてきました。

でも、先生方は皆さん、ガイドラインができていまして、医者はちゃんといろいろな教育というか、研修をする機会があるから、あなたたちの自己管理の問題だ。言われたことをちゃんと守ればいいんだよ、そうしたら患者は治るんだよというふうに言われていたのが、この研究のおかげで、そう言えばそんなことを言っていたのがこれでよく分かったねというふうに言っていたりもしたんですね。

それぐらい、ほかの県や自治体とのバランスとか、そういうものもあるとは思って

すが、何よりもまずできるところからということで、東京都ができるのであれば、ぜひ質と量をできる限り確保していただきたいという切実な願いをさせていただきます。

患者の立場からということなんですけれども、それが実際に先生方の人数とか、どういうふうにつくったらいいのかというようなことは、また考えなければいけないことだとは思いますが、患者の立場としてはそんなことなのでよろしくお願ひしたいと思ひます。

○岩田委員長 どうぞ。

○大田副委員長 今回の医師の教育ということはさておいて、少し長い時間がかかるかもしれませんが、比較的安価で、しかも実現可能なこととしては、アレルギーの専門医の制度が組み込まれて、2階建てにアレルギー科ができるということも含めれば、やはりアレルギーの講座が大学の中で、いわゆる学生教育の段階から認識されて一つの領域としてまとまった教育を受けるという体制の整備というのも今、言われたようなことの解決につながると考えるんですけれども、いかがでしょうか。

○岩田委員長 どうぞ。

○山口委員 栗山さんがおっしゃったことはそのとおりだと私は思っております、前の時も申しました。都におけるアレルギー疾患医療提供体制のイメージというのは、前提として全ての医師が標準的治療ができるというところで成り立った図なので、実はこの図は申し訳ないけれどもあまり意味がないと思ひます。

その前の問題がとても大きいんですよね。ですから、量が足りているのか、質が足りているのかということに関しては、患者さんの声を聞かなければ絶対出てこない答えなので、そこを無視してどうかということとはできないと思ひます。

それで、専門医が望ましい、医療経験が望ましいと、「望ましい」という言葉でくくってなるべく制限をつけないようにしているという気持ちはすごくよく分かるんですけれども、もう少ししっかりすると言うと変ですが、参考資料の2の「アレルギー疾患対策の均てん化に関する研究」の3ページの右側にも載っていますけれども、例えばガイドラインの所持率です。内容を把握しているかではなくて、所持率を見ただけでも5割を切っているんです。こういう状態でアレルギーの患者さんを診ているというのが現状なんです。アレルギーのガイドラインのとおりやる必要はないんですけれども、少なくともそこを把握した上でその次の治療をするべきだと思ひます。

だから、全くなっていないと言え、全くなっていないんです。専門医だからいいとは絶対に言えないと思ひます。経験があるからいいとも言えないと思ひます。

私は、アレルギーの専門医の資格そのものに、私を含めてですけれども非常に疑問を持っていて、定期的にeラーニングみたいな形で実技の研修を受けなければあなたの資格はなくなりますとか、そういった形をとらないといけ、もう少しガイドラインもネットで全員が見られるような簡単な形にして、患者さん用のガイドラインもわかりやすくして、自分の治療がガイドラインにのっとっているかどうか簡単にわかるよう

なシステムをつくるべきだと思うんです。

その中で、疑問を持てば聞いてみる。そこで納得した答えがあればそれでいいし、納得しなければ、それはおかしいということになるわけですね。これは前のときも言いましたけれども、要するにガイドラインを見ないドクターは全く見ないし、勝手にやるドクターはたくさんいるので、そういったドクターにこういう拠点病院をつくって指導しましょうと言っても絶対無理です。だけど、そういったドクターにかかるしかない患者さんもたくさんいるわけです。そこをどうするかということをしらない限りは、この体制のイメージというのは全く意味がないかなと思うんです。

拠点病院をつくるにしても、拠点病院になったところに何らかのメリットがなければ拠点病院のドクターたちもやる気は出ないと思います。

患者さんだって、5科の疾患を全部平等に持っている患者さんは多くはないと思います。内科に特化した疾患しかない患者さんもいるわけです。だから、拠点病院の意味というのをもう少し患者さんの目から見直したほうがいいのではないかなと思うんですけれども。

○岩田委員長 どうぞ。

○赤澤委員 いろいろ意見が出ていますけれども、アレルギーのこの拠点病院の医療の診療報酬という面で見ると、昔はぜん息の患者さんがたくさん入院して、内科の先生方もそういうぜん息の患者さんを診ることが多かったんですけれども、今は入院している患者さんの多くは呼吸器科として、ぜん息の患者さんはそんなに多くない。かなり減ってきているんですね。COPDとか、がんの患者さんは呼吸器の先生が診ておられて、一緒にアレルギーを見ているような状態だと思いますし、多くの内科のぜん息の患者さんは外来診療で診ているわけです。

それで、我々小児科もやはり入院のぜん息の患者さんは激減していて、ほとんど入院しない状態で外来診療で診られるので、大病院の外来でアレルギーのぜん息の患者さんを診ることはかなり減っているんですね。今は、ほとんどクリニックの先生が診ているのが現状です。

ですから、うちの病院でぜん息の研修をしたりしたらほとんど診られないです。本当に重症な方、超重症な難治のぜん息の方しか診られなくて、一般のぜん息の患者さんの管理に関しては勉強できないんです。これは多分、多くの病院でそういうふうになっています。

また、総合病院で外来の患者さんを診ても保険点数は低いですよ。クリニックで診たほうが高くつくように診療報酬ができています。ですので、総合病院の内科の先生が外来で一生涯懸命患者さんを診ても、病院全体の収益からするとほんの一部であって、そのために医者をたくさん雇うということはしてくれないわけです。よほど理解がないと運営ができないわけです。入院させて呼吸器の先生方が、がんとか、COPDの入院患者さんを診たほうが点数は10倍以上高くなるわけです。

うちの小児病院でも、入院させれば何万円、外来だったら1人患者さんを診ても500点とか、そういうレベルで診ています。だから、ものすごい患者さんを少ない人数で医者が診ないと病院の経営上は赤字なんです。ですから、うちの病院はいつも何十億円と赤字です。そういうことが起こってくるわけですね。大病院でこういうことを実際に拠点病院にして維持させるためには相当努力しないと、よほどその認識を持ってアレルギーをやりたいと思わなかったら経営的にはかなり厳しい。

ですから、地域における診療のほうも一般クリニックでアレルギーを一生懸命やっている先生がいらっしゃるの、病院じゃなくて診療所レベルでかなりレベルの高い先生はいるはずなんです。これは病院だけじゃなくて診療所を入れてあげたほうが、そこで本当に専門医として一生懸命やっている先生はいらっしゃる、そこに行ったほうがよほど勉強になるし、患者さんのためになるというのが1つあります。

要するに、経営的にもかなりこれは認定されると厳しい。拠点病院としては、赤字を覚悟でやらなければならないのかなという気がしますけれども、その辺はきちんと一回シミュレーションしたほうがいいかと思います。

それからもう一点、この基本対策法にも書いてありますけれども、国はアレルギー疾患に関する学会と連携、協力してアレルギー疾患医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師、薬剤師、看護師、その他医療従事者ときちんと書いてあって、今までのアレルギー医療は医師が中心でやってきて、専門医をつくりなさい、アレルギー科を標榜しなさい。これをやってきて、うまくいかなかったからこういうことになったわけですね。医師だけじゃだめなんです。だから、ここに医療従事者を入れないとためだというので、看護師とか、薬剤師とか、栄養士とか、そういうことを入れてやりなさいというのが基本法の大きな趣旨なんです。

それなのに、この東京都のものはここに書いてあるんですけども、あまりそれがはっきり書いていないですよ。最後のほうの都の選定要件の中にも、きちんとそこどころに看護師とか、それを置いてあることが拠点病院として大切だということをもっとはっきり出したほうがいいと思います。

患者さんが病院に行って、何が満足度が高いか。医師に診断されるだけでなく、アレルギーというのは日常のスキンケアだとか、吸入指導だとか、日常管理のきちんと説明を受けて納得すること、これがないと幾ら我々がいい話をしても、患者さんがそれを実行できなかつたら全く意味がないわけですよ。

それができるのが、今はコメディカルがきちんとそういう知識を持って説明する。アレルギー学会もそういう方向で今、動き始めているんです。そういったコメディカルを育てる。それがちゃんと診療報酬が取れて、医者と同等に患者さんにきちんと説明できるような仕組みづくりをしようということが始まっているわけです。ですから、そういうことをきちんとこの拠点病院の要件として盛り込まないと、今まで医師だけでやっていたうまいってないのに、またこれを助長するような拠点病院の選定方式をやって

も無駄なわけです。

そこで患者さんの満足度を上げるためにどうしたらいいかということを考えて、コメディカルをきちんと育てる。それがいる。そして、その患者さんに対して説明する。しかも、きちんと取っている。今は保険点数でも何十分以上説明したら何点取れますというのがありますよね。ああいう方式で取れないと、拠点病院としてのきちんとした機能を果たさないわけです。それをやると、今度はさっき言ったように、大きな病院だけでは不採算部門と言われてアレルギーが成り立たないという状態です。

どうにもならないですけれども、もう少し診療所にシフトしてそういうところで一生懸命やっている病院がこういうところに入れるような仕組みをつくって、こういうことも考慮していかないといけないんじゃないかと思っています。

○岩田委員長 ありがとうございます。今のいわゆるコメディカルスタッフの充実ということに関しましては、先ほどの資料4の最後のページの「都の選定要件（拠点病院）」の下のほうに「配置されていることが望ましい」という表現はあるということなのですが、今の御指摘の御意見は、これはもっともっと強調すべきであるということもこの委員会での議論としては重要な御指摘だったのかなと思います。

それで、拠点病院の役割としてもう一つは、研修の担い手ということがあるわけですよね。ですから、メリット、デメリットということを見ると、拠点病院に指定されると結構大変だということが目立ってしまうとは思いますが、そのあたりは都としてはインセンティブなどは考えておられるのでしょうか。

○堂蘭環境保健事業担当課長 この拠点病院に関しましては、国のほうでも予算は要求されていると思いますが、基本的には研修の費用などということなのかなと思っておりますので、国のほうでその手当をしてくださるといって研修に関しましては私どもも予算要求等をして、認められるかは何とも言えませんが、研修にかかる費用のようなものは何とかおつけたいとは思っております。実際には、予算要求は現在進行形でございますのではっきりしたことは申し上げられないのですが、恐らく基本的にはそのぐらいの手当になってしまうだろうと思われまます。

○岩田委員長 国の委員会は、運用に当たってそのあたりは議論されたんですか。

なかなか難しい質問を投げかけてしまいましたけれども、どうぞ。

○栗山委員 別に委員だったわけじゃなくて、ちょっとろ覚えなんですけれども、少し予算がふえたところはあるんですが、そこに特に言及はしていなかったように思っています。

間違えていたらごめんなさい。多分、そうですね。

○武川委員 今、国の新たなアレルギー疾患対策のほうの予算としては、やはり研究とか、そういうふうなところよりも現在の医療提供体制という、今回のアレルギー疾患対策基本法、基本指針の一番のメインである医療提供体制をどうするかということが中心です。また、情報ネットワークをどうするのか。これによって、要するにアレルギー疾患の均

てん化を図るといことが本筋だというふうに理解しております。

したがって、その点における診療報酬点数がつくとか、つかないとか、また別なサイドの中での教育にどういうふうな補助があるとか、そういうことは今、御存じのように政治もいろいろと動いておりまして、新たなどころでの予算も付こうとしている状況の中で、消費税の2%もどうなるのかという中での地域医療計画、その辺もあやふやになっている状況ですので、現在この場でその話をするのはあまり得策ではないような気がいたします。

それで、その話ではなくて、先ほど来お話に出ている中で私がちょっと気のついたこととお話させていただきますと、先ほどお話がございましたように、今できる体制の中で、要するに医療提供体制の均てん化にできるだけ近づくためにはどうしたらいいのかということで、もちろん専門医がいればいいんですけども、専門医がないという中で、だからといって専門医をすぐつくるといっても10年はかかるとかというようなお話がございます。

ですから、現状、来年度からどうしていくかという中では、やはり拠点体制、このいわゆる地域医療ネットワークというものをどうしていくのかということで、先ほど来の議論を別途の中で見ますと、参考資料4の最後のページに「アレルギー疾患医療における連携のイメージ図」というのがありますけれども、ここに地域レベルの薬局、診療所、そういった中において、どういうふうな地域医療のネットワークにおいてこういった疾患対策、医療提供体制というものを実効性のあるものにしていくか。これは十分ではないんですけども、一応あることが1つでございます。

それともう一つは、先生がおっしゃるように、具体的にアレルギー疾患で一番問題となる疾患というのはやはり気管支ぜん息、ないしは気管支ぜん息に伴う食物アレルギーで、食物アレルギーでも調布で亡くなった方の例も、私が聞いているところによりますと基礎疾患はぜん息であったようですし、食物アレルギーでそうじゃない方もいらっしゃるようでございますけれども、ぜん息というものが基礎疾患にある方が多い。アメリカにおいてもそうだったと聞いております。

そういった中で、私もぜん息患者の相談によく乗っておりますけれども、まだまだ悪い方がたくさんいらっしゃるんですね。ですから、一番困るのは先生方のところにかかって、ある専門医のところにかかっても、要するに標準治療にかかってもよくなるらない。そういった患者さんが、逆に言うと現在行くところがないんです。

というのは、1カ月後に来い、2カ月後に来いという中で具合が悪いから行っても、実際には標準治療をしてあるという中で、それ以上のものが現場ではできないというふうに先生から言われちゃうんです。そうすると、そういうDo処方しか出ないんですね。そういうことになると、患者は何も話も聞いてもらえない、資料も変わらない。そういった中でどうしたらいいのかというところで受け入れ先がないということでございますので、先ほどのイメージ図を2つに分かれるというよりは、もう少し实际的に患者に

とって、苦しい患者にとって実効性のあるようなネットワークづくりをしていただきたい。

しかも、こちらに駒瀬先生もいらっしゃいますけれども、患者は吸入ステロイドとか、そういったものの説明を現状の中で十分受けていないんです。ですから、そういったものを受けられるようにして、少しでも実効性のあるものにしていただくための医療ネットワーク、治療医療提供体制というものを、もうちょっと患者の目線を入れて再構築というか、つくっていただけると助かると思っております。以上です。

○岩田委員長 ありがとうございます。これまでの御議論は、やはり質というところになり集約されるかと思えますけれども、具体的にどのように質の担保まで見据えた診療提供連絡体制をつくっていくかというのは、きょうのこの委員会のみでは少し結論を出すのも困難かつ早過ぎるのかなというふうにも思いました。

それで、少なくとも東京都においては国の方針が5科、あるいは4科ということが望ましいには違いないんですけれども、もうちょっと有機的に特徴のある病院、あるいは診療所も含めて組み合わせるような選び方ができないだろうかというのは、委員長の独断ですが、一つの目標にしてみてもよろしいのではないかと思います。

そして、小児は何となく拠点というところと集約されそうなイメージを皆さん共通に持たれているかなとは思いますが、具体的なことはこの場では出ませんが、小児のほうがある意味、拠点ということについては決めやすいという印象は持っておりますが、そういうことを委員長の言葉として残してもいいでしょうか。よろしいですか。

そうしますと、かなりきょうは時間がタイトでございまして、全体を見渡した議論をする余裕が少し乏しくはなっておりますが、事務局のほうから今後の予定などをもう一回御説明いただけますでしょうか。

ごめんなさい。もうお一人、大田先生からどうぞ。

○大田副委員長 外の方もおられるので、成人に関しては日本全体でぜん息死を一つ目安にして見ていきますと、約10年前に約3,000の方が亡くなっていたのが、最近はその半分ぐらいまで減ってはいるんですね。それで、駒瀬先生も一生懸命されていますし、我々もエリアのところでそれぞれにやっているんですけども、全く空回りしているわけでもないという認識で見ておりますので、一応ここに示してある重症な、例えばぜん息とくっつけますと、そのあたりが一番アンメットニーズが多くて何とかしなければいけない病気であることは確かなので、そのあたりの充実をさらに図っていくということと、それから成人の場合は高齢者に対する対応というのがどうしても欠かせないという点を強調しておきたいと思えます。

○岩田委員長 ありがとうございます。要するに、成人領域においてはかなりの的を絞った考え方もできるのではないだろうかという御指摘かと思えます。

あとはよろしいでしょうか。

○武川委員 1つだけ、追加させていただきます。

東京都独特の都市部と周辺部と島しょ部、こういったものを考慮した中での医療提供体制といった案が出てこないのはちょっとおかしいんじゃないかと思っております。それだけでございます。

○岩田委員長 エリアの問題は当然あるというふうに、都も認識していらっしゃると思います。

では、どうぞ、今後の予定など御説明いただけますか。

○堂園環境保健事業担当課長 御意見ありがとうございました。

本日の御意見をもとに、また病院調査も回収いたしまして、その結果を参考に拠点病院等につきましての検討を進めていきたいと考えております。

また、その検討結果につきましてはこの検討委員会に御報告させていただきたいと思っております。

今回は、お忙しいところ恐縮でございますが、また2月か3月に開催させていただきたいと考えております。どうぞよろしく願いいたします。

○岩田委員長 ありがとうございました。時間的なことを強調して申しわけなかったんですけども、一応議事としては2つ済ませたというふうにさせていただきたいと思えます。

それでは、進行は事務局にお返しいたします。

○堂園環境保健事業担当課長 本日は、貴重な御意見を多数頂戴いたしまして誠にありがとうございました。いただいた意見をもとに、推進計画の策定と、あとは医療提供体制の検討を進めてまいりたいと存じます。

先ほども申し上げましたけれども、今後またお気づきの点がございましたら、10月の23日月曜日ぐらいまでに事務局まで御意見をお寄せいただければと存じます。

また、次回の委員会の開催につきましては、来年の2月か3月を予定しております。改めて日程調整の御連絡を差し上げたいと存じます。

また、後日、改めて本日の議事録につきまして委員の皆様にご確認をいただきまして、その後ホームページで公表する予定でございます。どうぞよろしく願いいたします。

以上をもちまして、委員会を閉会とさせていただきます。皆様、本当に遅くまでどうもありがとうございました。

(午後8時28分 閉会)