

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24年7月9日

東京都福祉保健局

(午後 4時00分 開会)

○新倉保健医療計画担当課長 それでは、定刻となりました。これより第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をいただきまして、まことにありがとうございます。議事に入りますまでの間、私、医療政策部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。

まず初めに、今回委員の変更が一部ございました。ご報告させていただきます。お手元配付の資料の後ろから2枚目になりますが、参考資料の1をご覧ください。委員名簿でございますけれども、こちらの関係行政機関にございます西多摩郡町村保健衛生課長会から今までは奥多摩町の若菜課長にお越しいただいておりましたが、今回から瑞穂町健康課長、福井委員に変更となりました。なお、本日は欠席とご連絡をいただいております。

また、本日、専門委員でございます河口委員につきましては、出席の予定と伺っておりましたが、急用が入ったとのことで欠席すると、先ほどご連絡がございました。

また、永田委員につきましては、連絡がありまして、少し遅れて到着されるということでご連絡いただいております。

なお、こちら東京都側でございますが、事務局でございます医療政策部のほか、福祉保健局の関係各部及び東京消防庁の職員が出席させていただいております。

続きまして、本日の資料についてのご確認をさせていただきます。

前回、第5回の改定部会から各疾病事業の個別検討に入っております。本日は、会議次第1枚目の議事でございますとおり、へき地、急性心筋梗塞、救急、周産期、小児、がん、全部で6項目について資料をお配りしております。

1枚次第をおめくりいただきますと、配付資料の一覧が記載してございます。

資料1-1から資料6-5、さらに参考資料の1と2でございます。説明の都度、不足等ございましたら、適宜事務局までお申しつけいただければと思います。

なお、資料につきましては、それぞれ各項目共通のものとしたしまして、例えば、へき地で言いますと、資料の1-1ということで、まずその事項についての取組状況、それから課題、施策の方向というのをまとめた個票を用意してございます。こちらを中心に説明させていただきたいと思っております。

なお、各項目ともこの個票の後に、これまでの都の取り組みですとか、そういったものを示す資料を幾つかつけてございます。

また、その後に、国指針との対比表ということで、へき地のことでは、資料の1-3というのがございますが、これにつきましても、各項目共通のものとして国指針で記載のある、求められている事項につきまして、都の取組状況を表にさせていただいております。各項目につきまして、国指針で謳われていることについては、既に都では何らかの取り組みをしているということですので、この国指針との対比表につき

ましては、説明は省略させていただきたいと思います。

また、その後、国指針との対比表の次には、こちらも国指針で示されている指標でございます。それぞれのデータでございますけれども、こちらにつきましても、都の状況を調べたものをデータ集として記載しております。適宜議論の中でご確認いただければと思います。説明のほうは国指針の対比表とあわせて省略させていただきたいと思います。

また、一番最後の資料、参考資料の2でございますけれども、こちらは前回の改定部会でもご指摘いただきまして、現行計画で掲げている指標の達成状況、各年度で直近のものまで把握したものでございます。こちらにつきましても、適宜議論の中でご覧いただければと思います。

委員の皆様には、きょうこちらからご説明させていただく課題ですとか、施策の方向などについて、不足の点であるとか、別の観点からのご指摘、ご意見などをいただきまして、事務局ではそれらを踏まえまして、各項目ごとの目標の設定であるとか、具体の取り組みについて、今後検討を進めていきたいと思っております。

それでは、これからの進行を河原部会長にお願いいたします。

○河原部会長 それでは、議事のほうに進みたいと思っておりますが、先ほど事務局のほうからお話ございましたように、前回の改定部会から各疾病事業の個別検討に入っております。前回にもお話し申し上げましたが、本改定部会は国が示した指針等を踏まえまして、次期保健医療計画に盛り込むべき内容、あるいは課題や施策の方向について意見を出して、事務局のほうでそれをまとめていくというプロセスで進めております。

この会議にご出席の委員の皆様方は、東京の医療の各分野のご専門の方だと、各分野の問題点、あるいは今後のやるべきことを熟知されている方ばかりだと思いますので、ぜひご意見を積極的に言っていただきたいと思います。

もちろん国レベルで解決しないといけないご意見、あるいは都レベル、いろいろ段階はあると思いますが、それはまた事務局のほうで交通整理していただきまして、なるべくいい医療計画をつくっていききたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

きょうは、非常に課題が、議論する議題が多いということで、長丁場になりますが、途中で休憩も挟みながらやっていきたいと思っておりますので、何とぞ進行についてご協力ほど、お願いいたします。

まず最初に、へき地医療について進めたいと思っております。事務局から、へき地医療についてご説明をお願いします。

○遠藤救急災害医療課長 では、へき地医療についてご説明させていただきます。

資料の2枚目に、へき地医療支援体制（鳥瞰図）ということで、資料を添付してございますので、資料1-1とあわせてご覧いただければと思います。

へき地医療でございますが、東京都では、多摩部において奥多摩町及び檜原村、また、

島しょ地域において2町7村、島の数は11島になります。多摩部、島しょを合わせて3町8村をへき地として位置づけております。

医師の確保、診療基盤の整備、救急患者の搬送、普及啓発等をこれまで実施してきたところでございます。

奥多摩町と八丈町には、それぞれ町立の病院がございます。その他の町村につきましては、国民健康保険立や町村立の診療所が設置されておまして、東京都には無医地区はございません。

これまでの取り組みにつきまして、ご説明させていただきます。

まず、各町村の医師等医療従事者の確保支援策でございます。各町村から医師等の派遣要請に対して、民間病院、それから都立病院による医師派遣、また自治医科大学の卒業生の医師の派遣によりまして、医師の確保支援を行っております。町村からの要請に対する充足率は100%となっております。

また、都単独の制度といたしまして、地域医療支援ドクター事業を行っております。この制度を利用しまして、現在1名が奥多摩病院に勤務中でございます。

各町村が行う医療従事者の確保の支援策でございますが、東京都におきまして、無料職業紹介事業を福祉保健局で実施しております。これは各へき地の医療機関の求人情報、それから東京都の福祉保健局に寄せられる求職者、この情報をマッチングして、へき地の就職に結びつけるものでございます。

医療提供体制の整備といたしましては、診療所の新築や増改築に対する補助、また診療所が医療機器の整備を行うに当たっての補助等を実施しております。運営費といたしましては、へき地に勤務する医師への給与費の補助や全体的な運営費の補助事業を実施しております。

続きまして、診療支援でございます。救急患者の搬送体制でございますが、東京消防庁と海上自衛隊のヘリコプターによる救急搬送を行っております。島しょ医療の基幹病院である都立の広尾病院に加えまして、都内に診療基盤のある協力病院を10病院確保いたしまして、島しょからのヘリコプターによる救急医療搬送体制の強化を図っているところでございます。また、都立広尾病院に画像伝送システムを設置しておまして、全島しょの診療所と広尾病院をこのシステムで結び、医師の診断を支援しているところでございます。

普及啓発といたしましては、ホームページや各診療所における研修医の受け入れ、また、各種イベント等により推進を図っているところでございます。

続きまして、2、課題でございます。都が行うこうした施策によってへき地の医療は充実が図られてまいりましたが、引き続き、現在の医療体制を安定的に維持していく必要があると考えております。しかしながら、依然としてへき地の医師と医療従事者の供給については厳しい状況がございます。

その理由といたしまして、4点挙げさせていただきます。

少人数で地域医療全般を担っており、専門以外の業務にも携わる必要がある。患者等が少なくキャリアが積めない。雇用条件を初めとした勤務環境が十分に整っていない。へき地医療の魅力が伝わっていない。こうした点が、人材確保が困難となっている原因・理由と考えております。

施策の方向でございますが、3点挙げております。

1点目でございますが、へき地医療の充実を図るため、引き続き、診療の支援や施設・設備等の診療基盤の整備の支援を行う。2点目、へき地の医療機関において対応困難な救急患者の搬送を円滑に行う。3点目、町村が行う医師等医療従事者の確保やへき地医療の普及・啓発活動を支援する。

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。

何かご質問等ございますか。よろしいですか。

資料1-2以下、1-3については、いかがなんでしょうか。こちらの説明は後ですか。

○新倉保健医療計画担当課長 すみません、冒頭にちょっとご説明させていただきましたが、国指針との対比表、へき地で言えば資料1-3、その次の現状把握のための指標（国指針）、資料1-4ですが、これにつきましては、各項目とも説明については、省略させていただきたいと思っております。国指針との対比表で言えば、都では、国指針で謳われていることについては、基本的に取り組みは行っているということで、確認のためにつけさせていただきました。

○河原部会長 わかりました。丸の部分がほとんどですよ。そういう意味では、国の指針をクリアしていると思っておりますが、いかがでしょう。奥多摩のあたりと島しょ部、それが東京では、へき地という位置づけになっていると思っておりますが、何かご意見ございますか。

○長瀬委員 小笠原なんですけど、ヘリコプターは小笠原まで飛ぶんですか。1,000キロあるでしょう。

○遠藤救急災害医療課長 小笠原につきましては、東京消防庁のヘリコプターでは足が足りないので、自衛隊のヘリコプターが飛ぶことになっております。すみません。ヘリコプターではなくて、自衛隊の固定翼です。固定翼の飛行機が飛ぶことになっております。

○長瀬委員 わかりました。ありがとうございます。

○河原部会長 関連しますけど、東京消防庁と自衛隊の地理的な役割の分担みたいなものはあるんですか。さっきの小笠原は遠隔地になりますけど。

○遠藤救急災害医療課長 基本的には、一つは距離がございまして、小笠原が自衛隊です。それから、あと豪雨のような天候状況等がございまして、そういうときには、東京消防庁のヘリコプターか、あるいは自衛隊にお願いするのかというところはその都度判断をしています。

- 河原部会長 ほかに何かご質問ございませんか。
- 永田委員 すみません、薬剤師会でございます。ちょっと教えていただきたいんですが、こういったへき地医療の物事の考え方と、例えば急性期を過ぎて、脳卒中等での維持療法ですとか、がんによる在宅の疼痛管理ですとか、そういうことに関しては、別の議論ということで考えてよろしいのでしょうか。この中で問題提起というものが出てきてもおかしくないような気がいたしますが、いかがでしょう。
- 河原部会長 へき地の中に5疾病・5分野が入っているというイメージですよね。いかがでしょう、そのあたり。事務局としては。
- 新倉保健医療計画担当課長 各ほかの疾病事業につきましては、それぞれの検討のものがございますので、ここではへき地ということで、へき地ならではの課題であるとか、それについての対策というところでの議論ということになろうかと思えます。
- 河原部会長 だから、その5疾病・5分野の分け方も財源的には難しいんですね。精神とへき地、あるいは救急は、本当に全てにかかわってきますから。だから、それは意見として挙げていただければ、例えば、がんの疼痛とかに関係する領域でしたら、また少しへき地の議論の中でもそちらのほうに反映していただくという形の議論のスタイルをとりたいと思えます。
- 細川委員 島にいたこともあるので、結局今の島しょの方々は何が一番困っているのか、というところが気になりました。その辺は受療者側の視点があまり書かれていなくて、例えば永田委員が今おっしゃったようなことというのは、多分急性期はともかく慢性期になったときの診療基盤がきつと少ないんだろうなというお話で、逆に東京でそれを受けているとすごく長期間の療養が必要になるので、経済的負担とか、医療じゃない部分で困っていたりされています。あと専門医療がやはり足りない。私が八丈にいたときは精神科が全然なくて、精神科医の先生がようやく巡回診療してくださるような時代だったんですけど、たしか専門診療の診療班を送っている、その辺は全く書かれていないようですが、そういったこともしていますよね。
- 遠藤救急災害医療課長 専門診療につきましては、通年という形では難しいんですが、定期的にさまざまな診療科がそれぞれの島を派遣で回るという形で事業を実施させていただいております。
- 細川委員 そういった事業が実施されていることもぜひ書いておいていただきたいのですが、昔に比べれば物凄くよくなっているなとは思いますが、それでもなおかつ、まだそういう残っている部分の課題が医療職の確保だけということがちょっと気になります。もう少し島しょの人が何で困っているか、何もかもできるわけではありませんが、その辺の問題意識を書かれるといいかなと思いました。
- 河原部会長 今のは貴重なご指摘だと思います。確かに東京の本土並みにするということは、まずは不可能だと思いますけど、やっぱり今ある資源プラスアルファで何が問題点かということの解決方策についての記述が必要かと思えます。

ほか何かございますか。

あと、例えば今運用しているヘリコプターとかで困ったような事例はないんですか。例えば昔拡張型心筋症の方を送るときに、それは栃木から東大病院へ送るときなんです。自衛隊で一番大きなCH-47チヌークでも周りの医療機器、点滴とか、モニターとか、倒さないと入らないんです。だから、そういう構造上の問題とか、なかなか表にあらわれないようなところで隊員の方も苦労されているんじゃないかなと思ったりもしたんですけど、こういうあたり、いかがですか。救急と絡むと思いますが。

○遠藤救急災害医療課長 機体の構造的なお話は、恐らく今先生ご指摘の点というのはあるかと思うんですが、この1年、2年の搬送実績だけ見ますと、今のところそういった例の報告はございません。

○畠山東京消防庁救急部救急医務課長 ちょっと加えさせていただきます。東京の救急の最初のところにも写真を書いておりますけども、東京消防庁につきまして、救急専用ヘリといういろいろな任務をかねているヘリコプターでございまして、基本的には防災・消防というのがメインですが、救急車のかわりといいますか、傷病者を運ぶに必要な構造だけは一応整えております。

島の先生方あるいはこちらからお連れする先生方が医療機器を載せていくような場合についても対応できるように、構造的にはつくられております。ただ、高度とか気圧の関係で、その傷病者に対してどういう治療が必要かというようなことについての航空医療については、専門の先生方と定期的に学会等で勉強会をさせていただいているというところでございます。

以上です。

○河原部会長 ありがとうございます。

東日本の地震のときに、太平洋側から秋田大学とか山形に送るときに、奥羽山脈を越えるときに、自衛隊のヘリで困ったらしいですよ。油圧システムがないから、循環器とか呼吸器が弱い人は大変だったみたいです。

いろいろまだ、こうなればもう災害医療とかとも絡んできますけど、それだけへき地一つ例にとっても議論の幅が非常に広がってくると思います。

ほかに何か。一つお願いしたいのは、細川委員がおっしゃったようなこと、あるいは永田委員がおっしゃったように、ほかにも絡む領域が出てきますから、出てきた議論に対しては、対応するがん、あるいは循環器のところでも拾い上げていただくような形でへき地の問題を取り上げていただきたいと思います。ほかよろしいですか。

高野先生、歯のほうは、へき地は大丈夫ですか。

○高野委員 そうですね。以前、国のへき地予算を3年間ぐらいだと思っておりますが、日大が受けて行った記憶があります。今はそれがなくなったせいか、整備も設備も、通信とか画像を送るというのは結構うまくいかないときがあると聞いていますので、まだ十分ではないと思います。

○河原部会長 ほか、よろしいですか。

国の対比表を見れば、ほとんど東京都として取り組んでいるということでクリアしたと思いますが、今出てきた話題について、計画の中で進化させた記述なり、議論をお願いしたいと思います。

へき地に関しましては、また後でも結構ですので、ほかの項目とも絡んできます。ですから、次の項目以降で、またご発言いただければありがたいですが、時間の関係がございまして、次に急性心筋梗塞医療について進みたいと思います。

じゃあ、事務局のほうからお願いします。

○遠藤救急災害医療課長 続きまして、急性心筋梗塞医療についてご説明をさせていただきます。

1、現状及びこれまでの取組状況でございます。

東京都では、急性心筋梗塞の患者が発症した場合に、速やかに専門的な医療につながる体制を確保するために、東京都CCUネットワークを構築してございます。このネットワークには、現在65の心臓疾患専門の治療施設が参画しておりまして、東京都医師会、東京消防庁、東京福祉保健局でネットワークを構成しているものでございます。

CCUネットワークでは、心疾患患者を発症初期の危険な時間帯に速やかにCCUに収容するために、東京消防庁の救急隊の選定先算定が迅速となるように、都内を7ブロックに分け、輪番制で患者の受け入れや救急隊からの相談体制を確保しているところでございます。

また、このネットワークで、医師や救急隊や看護師が参加するCCU研究会を開催いたしまして、あわせて心臓病の患者の家族さんを対象といたしまして、AEDの講習会を実施しているところでございます。

次に、平成22年度から、「急性大動脈スーパーネットワーク」事業を開始しております。これは急性心筋梗塞よりも死亡率の高い大動脈解離などの急性大動脈疾患に対しまして、効率的な患者搬送システムを構築し、循環器内科と心臓血管外科が協力して、緊急の診療体制をとるものでございます。

現在、CCUネットワーク加盟65病院のうち、36施設がこのスーパーネットワーク事業に参画しております。

課題でございます。

1点目でございますが、急性心筋梗塞につきましては、今後ともCCUネットワークにおける連携体制を持続的、安定的に維持・運営していく必要があると考えております。

また、2点目でございますが、急性大動脈スーパーネットワーク事業につきましては、開始後まだ間もないこともあり、医師や施設等により手術の実績等にばらつきがございまして、こうした点を踏まえて、一層の充実を図っていく必要があると考えております。



す。

施策の方向性でございますが、2点挙げさせていただいております。

急性心筋梗塞の患者が速やかに専門的な医療につながる体制を確保する。また、CCUネットワークを中心として、患者が退院後、在宅等において安心できる生活を支援していく。

資料2枚目に、CCUネットワーク参画医療機関の全都の配置図をプロットしてございます。

簡単ですが、説明は以上です。

○河原部会長 ありがとうございます。

あと、資料2-3以降も国の指針との対比で、都としては取り組んでいるということによろしいですね。はい、ありがとうございます。

それでは、急性心筋梗塞に関して、いかがでしょう。

ただ、国が言っている取り組みというのは、東京都としてはすでに実施しているわけですが、その取り組みの中にも課題があるということなので、そのことをこの場でいろいろご提案していただいて、議論したいと思います。

何かございませんか。

○高野委員 直接的ではないかもしれませんが、この在宅療養の可能ということの中で、合併症や再発の予防ということの治療が書かれておるんですが、その再発とか合併症においては、歯科の場合は心内膜炎に対する歯周病の絡みがありますので、その部分については、何らかの形で書き込まれるといいのかなと思いました。

○河原部会長 事務局のほう、いかがでしょう。歯科の部分、歯周病関係、ほかの慢性疾患とも絡んでくると思いますが。

○遠藤救急災害医療課長 歯周病をはじめとした生活習慣病が心疾患に与える影響というのは、以前から言われているところでございますので、保健医療計画全体の記述の中ではしっかりと記載させていただきたいと思います。

○河原部会長 まだ詳しく見ていないんですけど、国指針には、歯周病関係の事項は心筋梗塞の部分ではないんですか、取り組みのところにもないんですかね。別に結構ですけど、国の指針に記載されている内容については取り組んでいるということだけで、東京都の取組みについては十分だというわけにもやはりならないですよ。

ほかに何か。

○細川委員 心臓リハビリテーションという言葉があるんですが、専門でないので、実際に何をやるかはよく見えないんですけど、急性期については、東京はかなりできているなという気がするので、逆に、退院していくところでの機能について教えていただければ。

○遠藤救急災害医療課長 心臓リハなんですけど、資料2-4の1ページの8ですね。こちらが心臓リハが実施可能な医療施設ということで、数だけですが39、それから心臓

リハの②のほうだと2ということでございます。ですから、スーパーネットワークの病院数に比べて、心臓リハが院内でできるという病院は、まだネットワークの数まで達していないという状況でございます。

心筋梗塞の場合、在院日数が最近是非常に短くなってきていて、恐らくもう10日前後で退院していくという状況です。病院内で本格的なリハビリをやらないと退院できないという、そういう特質を持った疾病ではないと理解しております。

○河原部会長 何か心臓リハに関してご専門の先生はおられないんですか。じゃあ、それは置いていて、ほかに何かございますか。

○長瀬委員 国の指標のところ、資料2-4のところ、ストラクチャー指標として禁煙外来を行っている医療機関数とか、プロセスのところ、喫煙率とか、それから糖尿病患者とか、脂質とか、高血圧とかいうのがありますよね。これは前に比べてよくなっているのでしょうか。ようやく今指標が出たわけですけども、これは比較しているのでしょうか。予防のほうですよ、これ。

○新倉保健医療計画担当課長 ここに今、記載させていただいているのは、3月に示された国の指針において収集すべきデータでございます。まず直近のものについて、全国データ、都道府県別データが示されたものを拾ってあります。ですので、すべての項目を経年比較というところでは、まだ国からもデータが示されておられません。

○長瀬委員 これからですね。

○新倉保健医療計画担当課長 そうですね。国のほうの説明会で、この指標のとり方について確認いたしました。まず今回の計画で全国必須項目については各都道府県がデータを押さえて、今後これを追跡していく、というようなことを説明会のほうでも申しておりました。

○河原部会長 ほかに何かございますか。

○山元委員 資料2-3のほうにもありましたけども、発症後の速やかな専門的治療が可能な体制ということですが、この65施設に搬送される患者については30分以内にほとんどが専門的な治療を受診しているような状況なんでしょうか。

○遠藤救急災害医療課長 畠山課長、データはありますか。

○畠山東京消防庁救急部救急医務課長 発症後ということですので、救急隊が到着したときに、確認がなされてからということではないので、細かいデータが実はとれていないところがあります。

ただ、救急要請があつて、現状に到着してから医療機関に収容するまでであれば、30分以内には、ほとんど収容されていると考えております。

○河原部会長 私どもも昔、地図情報で分析しましたが、ほとんどは30分以内ぐらいに搬送されていると思います。

ほか、関連することでも結構です、何でも。

○林委員 アウトカム指標の年齢調整死亡率、全国レベルで39位とか、44位と低いで

すが、これは何で低いのかなということと、それから、各65施設のばらつきがある  
とのことですが、各施設における死亡率の差といった、そういうデータはあるんでし  
ょうか。

○遠藤救急災害医療課長 ちょっと見にくい資料で恐縮なんですが、死亡率については順  
位が低ければ低いほど全国的にいいというご理解をいただければと思います。

○林委員 ばらつきは。

○河原部会長 例えば、地域性とか。

○林委員 病院間の。

○新倉保健医療計画担当課長 すみません、このデータにつきましては、都全体のデータ  
しか国からも示されておらず、地域別が把握できていません。

○河原部会長 ほかに何かございますか。

例えば、こういう問題が抜けているとか、いろいろご指摘いただければ、また事務局  
のほうで、それをまた俎上に上げるような形で、できれば持っていきたいと思いた  
すが、いかがでしょう、何か。

○高野委員 先ほど、医科のほうに禁煙外来というのがあるんですけど、歯科のほうは、  
直接ではないですけど、禁煙支援の研修会を終了した人数が500以上を超えてきて  
います。難治性の場合、一応禁煙外来のほうにご紹介するという形で体制をとって  
いますので、その辺も触れていただいてもいいのかなと思いました。

○河原部会長 ほかに、いかがですか。

○細川委員 参考資料2のほうの急性心筋梗塞のところ、年齢調整死亡率については下  
げるといふ目標なんですけど、ここのところは停滞しているようなんですけれど、何か要因  
というか、またはどこかブレイクスルーができないところがあるのか、何かお考えは  
ありますかでしょうか。

○遠藤救急災害医療課長 死亡率につきましては、東京都は今、かなり全国的にも低いと  
ころまで来ております。ただ、これでいいということじゃなくて、もっと死亡率を下  
げていくために、今後ネットワークの機能強化等に取り組んでいきたいというふう  
に考えております。

先ほど、林先生からご質問のあったところとも通じるんですが、1年間のデータでこ  
のCCUネットワーク加盟施設に入院した心筋梗塞の患者数、約4,650です。そ  
のうち亡くなられた方が279、死亡率6.0%というのが、今あるデータの直近の  
数字になっております。ですから、一定程度というか、死亡率については、相当低い  
ところまで抑えられているんじゃないかと思えます。

見た感じで恐縮ですが、圏域によってそんなに大きい死亡率の差というのはないよう  
に思います。

○河原部会長 ほかに、どうぞ。

○永田委員 すみません、話の腰を折りまして。ちょっと禁煙外来のほうに話を戻したい

んですが、医療のほうで禁煙外来をやる、これはもう当然のように記載していいと思うのですが、実はセルフメディケーションの分野で禁煙支援をしている、そういうグッズも販売されておりますし、多分練馬区は実施しているはずで、薬局を使ってそういう管理も行っています。

セルフメディケーションと医療というその二つの両面で見ますと、ここにそぐうかそぐわないかはちょっと難しい問題があるんですが、薬局も禁煙を支援をする立場に入っているし、さらに、当然処方せんは薬局で受けているわけで、医療機関だけが支援をすることは、それはそれでいいんですが、薬局としても薬剤という面でそういう支援をしているということがございます。

最初、部会長がおっしゃっていたように、第4回のころですかね、それぞれの立場における役割を明記するという形で進めていくということは、たしか合意されていると思いますので、それぞれの立場で何ができるのかというものを医療計画の中に入れていただいたほうがわかりやすいかなと。

私たちも医療機関にすべてをお願いするということでは仕事を含めパンクしてしまいます。我々も受けられるものはちゃんと受けて対応をするという体制を組むべきではないかなと思いますので、計画上にはそういう明記をしていただければと思います。

- 河原部会長 たしか、今ご指摘のとおりだったと思うんですが、やっぱり冒頭に申しましたように、各分野の専門の方が来られていまして、それぞれの方がこの医療計画にかかわっているわけですね、内容的に。ですから、ぜひ各分野の意見というのを挙げて、その解決策に向けて何らかの提示をしていくという形で医療計画をまとめるほうがいいと思うんですけど。そのあたり、もう一回いかがですか。確認したいんですが。
- 新倉保健医療計画担当課長 そうですね。各5疾病・5事業、あと在宅のところにつきましては、それぞれの記載各論ということで書かせてもらいますし、後は、例えば行政機関を初めとして、民間病院、あと一般診療所、歯科診療所、薬局それぞれの役割というところが、実は各論編と別のところで記載するところも、今の医療計画の中でも記載しております。各それぞれの都民の責務というところも含めて記載がございしますので、そのあたりも少し5年前と状況はやっぱり変わっておりますので、充実させていきたいというふうに思っています。
- 河原部会長 じゃあ、そういうふうに進めたいと思いますので、ぜひ皆様方あるいは皆様の所属されている団体からも意見をどんどん事務局のほうに、終わってからでも結構ですので、また、それが次回の討議資料になってくると思います。
- 細川委員 たばこの話なので、禁煙外来それから予防教育、そういったことが非常に重要と思うのですが、たばこについては、がんのところでお話が出るかなと思っていまして、がんは別にまた計画もつくるわけなので、そこでもう少し詳しく検討していただくとうれしいかなと思っています。

- 河原部会長 それは、がん基本計画のほう、医療計画の中のがん、どちらなんですか。
- 細川委員 どちらにしても出てくると思うんです。特にたばこについては、やはり大変大きな問題なので、もちろんCOPDとか、そういったことまで言われるようにはなっていないので、たばこで一つ項目を立ててもいいような重さがあると思います。私としては禁煙教育だけじゃなくて、受動喫煙防止も含めた対策として、もう少し取り組んでいただきたいという思いがあるので、それをどこかでまとめてくれるとありがたい。あちこちでたばこが関係しているという感じがするので。
- 河原部会長 ただ、事務局も本当に気の毒なのは、勝負して書かないといけないわけですよ。だから本当に、例えばがん基本計画でやるんだったら、プラン21のほうを軽くするとか、あるいは廃止するとか、そういうふうなことまで考えないといけないと思いますが、永田委員のご指摘については、組み込まれるようにしたいと思いますので、よろしくお願いします。
- ほかに急性心筋梗塞、何か。
- 長瀬委員 できるのかできないのかわからないですけど、課題のところ、施設や医師により大動脈瘤の手術実績等にばらつきがあると書いてありますよね。これはどうするんですか。このばらつきを行政としてはどう考えるのですか。
- 遠藤救急災害医療課長 手術につきましては、ネットワークを構成しておりますので、そのネットワークを活用して、実績があるとか、あと上手な先生を中心として、まず研修会とか、技量を上げていくという取り組みはできると思います。
- あと、受け入れにつきましては、このネットワークの中で搬送先の調整というのは、一定程度、今後やっていけるのかなと考えております。
- 河原部会長 この分野というのは技術集積性が高い分野ですか、心臓手術に関しては。高いところとそうでもないとか、いろいろ議論があると思うんですけど。
- 長瀬委員 僕もよくわかりませんが、天皇陛下の手術をしたところと、別なところとは差があるのかなと思ったりしますけども。課題に記載されているので、どういう方向で考えているのか、ということを知りたいんですけど、今のお答えでよろしいんだろうと思いますけど。
- 河原部会長 だから、そこを2に課題で挙げているとしたら、3の施策の方向性で、それに対応する形の施策が必要になってきますよね。
- 遠藤救急災害医療課長 大動脈瘤になるんですが、2年間の実績で100例以上の手術をしているという施設が2施設、それから50から100例、これが9施設、それから25例以上、これが18施設、残りは25例以下ということになってございます。多少まだ施設のほうで患者が集中しているというような傾向がございまして、全体のレベルの底上げをしていくということは必要だと思っておりますので、選択と集中というのは、もちろんある話だと思うんですが、ネットワーク全体としてどういう体制が一番いいのかということを考えていきたいと考えております。

○河原部会長 このあたり、多分心臓関係は技術集積性があると思うので、症例数が多いほど腕がよくなる傾向があると思いますが、そもそも日本の心臓外科とかは専門医の数が多く、専門医療機関が多いんです、ほかに比べれば。だから技術がもともと集まらないんです。幾ら指定しても、数が多いわけで。だから、それは根本的な問題がありますけど、ここではそれを議論できませんけどね。

それから、次、お願いします。

○山元委員 現状のところにもありましたけど、心臓病患者や家族にAEDの講習会を実施しているということですが、実際はきっとAEDによって心筋梗塞の患者さんの救命率というのは上がっていると思いますが、学生とか一般の方たちも、今ほとんどAEDの講習会をやっていますけど、今後の方向の中に都民の方が、もっとだれでもがAEDを使ってというような形は一緒に盛り込まれるのでしょうか。

○遠藤救急災害医療課長 国の指標にもAED講習会というのはございまして、今東京都におきましては、東京消防庁を中心に、AED講習会、それからあと教育庁でも、災害防災教育の中で心肺蘇生とか、AEDの講習が総合学習の時間で必須という方向性が出ております。そういった形で、保健医療計画のほうにも従来どおり、AEDのことは触れさせていただくことになると思います。

○河原部会長 あと、この国のほうの指標、AEDに関してどうなっているか知りませんが、AEDに関しては、AEDの利用状況が場所によって差があるかどうか、例えば同じ交通量、同じ乗降客数の駅のターミナルがある、あるところでは使われていないとか、へんぴなところにあるのかわかりませんが、とかそういう個々のAEDの使用状況というのが本当の指標になると思います。どこの県でも、AEDの設置台数をふやすとか、講習会をふやすとかいうプロセス指標を重視していると思いますが、AED自体の使用状況というのは、いかがでしょうか。

○遠藤救急災害医療課長 すみません、使用状況を把握している統計データは、存在していない状況です。

○稲波委員 急性心筋梗塞とは違って、大動脈瘤の緊急度は心筋梗塞よりは一層高い訳です。そこで大動脈瘤では、早期発見といいますか、小さいころに見つけておくことが非常に重要かと思えます。早期発見に関してはどうなっているのでしょうか。

○遠藤救急災害医療課長 先生ご指摘のとおり状況だと思うんですが、保健医療計画につきましては、急性心筋梗塞について、5疾病・5事業の中で章立てをさせていただいて、その心筋梗塞に対応する形として、東京都はCCUネットワークを構成しております。そのCCUネットワークを活用して、心筋梗塞よりも一歩進んだ取り組みをしようということで、大動脈瘤等、大静脈のほうに対応を始めています。平成22年から対応を始めたという状況でございまして、確かにご指摘のように、予防面というのは非常に重要だと思うんですが、施策としてその部分まで十分にカバーしている段階には現状ではございません。

○河原部会長 よろしいですか。

○桑名参考人 心筋梗塞や大動脈瘤破裂だけに限りませんが、こういう議論を行う場合に、基準となるものがないとなかなかまとめるに難しいと思いますので、例えば学会で出しているガイドラインに基づいて治療をされたものなのかどうか、その辺も均てん化していくという意味ではとても大事になる、アウトカムを判定する、質の判定なんかでも必要になってくると思いますので、ガイドラインのあるものはガイドラインをベースに行われているかどうかというのを検討しておいたほうがいいと思います。

○河原部会長 質のほうに入っていくような議論になると思いますが、この医療計画、10分野ございますけど、資料2-1、これが、例えば急性心筋梗塞のいわば体系ですよ。今までの取り組みと課題と次期医療計画でやるべき施策の方向性という形になると思いますが、いろいろご意見あると思うんです。これは私からの提案なんですけど、2番目の課題、これ、事務局が把握している課題だと思いますが、各所属とか、各専門分野の方、それぞれの所属の代表でもあるわけですし、ご意見を、課題を一つで、最大一つ。優先度が一番高い課題を、これは強制ではありませんが、もし挙げていただければ、その課題のところ、各委員の皆さんの意見を反映できると思うんです。課題を挙げれば、そこから次の施策を考えていくことができると思うんです。

ですから、優先順位が一番高いやつを一つ、複数、5個とか上げると事務局が大変になりますから、各分野の委員が少なくとも、少なくというか、最大一つ。これだけは絶対、例えば急性心筋梗塞で東京都の医療を改善する場合の課題を上げていただければ、事務局のほうも整理しやすいのではないかなと思います。

冒頭に申しましたように、やはりその課題を挙げていただいても、国レベルの問題とか、大きな制度の中で解決しないといけない問題で、なかなか都レベルではできない問題もありますが、できるものに関しては次期医療計画で取り組んでいくという形で議論をしたら、いかがでしょう。よろしいですか。

以下、急性、救急医療、周産期と、きょうの議論は続きますが、先ほどのへき地にも戻って、課題を最低一つ、別に上げなくても結構ですが、ぜひこれは課題としてあるということを示していただければと思いますが、事務局のほうにお送りする形でよろしいですか。

○事務局 はい。

○河原部会長 じゃあ、そういうことでお願いします。

○桑名参考人 宿題ですね。

○河原部会長 宿題。1題だけ、複数はだめ。一番重い宿題と思うのを上げていただければと思います。

そうすれば、取り組みは今までのことを書いたらいいわけで、課題を徹底的に分析して、できるものは次の施策体系につなげていくという形でやれば、国の指標に合わせつつも東京都としての独自の医療計画ができると思います。

じゃあ、そういう方向で進めさせていただきますが、急性心筋梗塞、ほかにはいかがですか。後で出させていただきますので。

- 畠山東京消防庁救急部救急医務課長 先ほどご質問のありました都民の方々がAEDを実施している率ということなんですけども、参考資料、東京消防庁の救急活動の現況という中の70ページのところをご覧いただきたいと思います。70ページのところに、これはあくまでも現状に到着した救急隊等が現認した応急手当の種類ということで、都民等による応急手当、右側のその他の3行目にAEDの装着、心電図測定と書いてあります。こちらのほうが東京消防庁の22年の集計なんですけれども、61万7,819人の傷病者を搬送したうち、AED装着等があったのが749名の方が実施していたという、ちょっと一つの数字としてご覧いただければと思います。

以上です。

- 河原部会長 ありがとうございます。

ですから、こういう数字を示していただくと、AEDが実際にどういう働きをしているかということとかがわかると思うんです。ちょっとほかの分野になりますが、災害医療とか、母子の周産期にしても、例えば周産期母子センターを、9カ所ある都道府県は9カ所現状維持とかを目標にしているんですよ、今の計画は。DMATの研修会をふやすとか、トリアージ研修をふやすとか、全然本論ではないところを数値に挙げて、それも実行可能な数字を挙げているということが今の計画の47都道府県の問題なんです。

だから、本論は、例えば災害医療だったら災害時に人を死なせなくすることです。そうすれば、予防的に耐震化も、これはほかの分野になりますが、耐震化にもいけないし、あるいはDMATはもちろんそうですが、病院のインフラのことも出てくるわけです。水とか電気の確保とか、あるいは医薬品の確保とか、そうすれば、DMAT研修とか、トリアージ研修というのは、暴論の議論になってしまうんです。ほとんどというか、大多数の都道府県の医療計画というのは、実現可能な数字、それも暴論の数字を持ってきているという印象を受けます。

ですから、大きなことをすべて持つてくる必要はないので、優先順位を決めて、これだけは絶対やろうということで取り組めば、私はいいのではないかなと思いますけど、そのあたりもこれから議論していきたいと思います。

あと、CCUというか、急性心筋梗塞に関しては何かございませんか。

それでは、時間の関係がありますので、次もちょっと関連しますが、救急医療について進みたいと思います。事務局からお願いします。

- 遠藤救急災害医療課長 続きまして、救急医療についてご説明させていただきます。

1、現状及びこれまでの取組状況でございます。

一つ目、東京都の救急医療体制でございますが、資料3-2に、初期、二次、三次救急の一表をつけてございますので、あわせてご覧いただければと思います。



初期救急でございますが、実施主体は区市町村となっております。東京都は包括補助事業等により、区市町村を支援することにより体制を確保しております。

二次救急医療体制でございますが、東京都の委託事業として休日・全夜間診療事業を実施しております。全都で253施設、590床の病床を確保いたしまして、休日及び平日夜間の二次の救急患者へ対応を行っております。

それから、三次救急医療体制といたしましては、現在全都で救命救急センターを25カ所指定しております。区部17カ所、多摩8カ所という内訳になってございます。

続きまして二つ目、救急医療の東京ルールの推進でございます。

資料を1枚おめくりいただきまして、A3で3-3という資料をつけてございます。こちらの資料の右側をあわせてご覧いただければと思います。

迅速・適切な救急医療を確保するために、平成20年11月、救対協の報告を受けまして、21年8月から救急医療の東京ルールを開始しております。東京ルールは、救急患者の迅速な受け入れ、トリアージの実施、都民の理解と参画により迅速適切な救急医療を確保するものでございます。

医療機関の選定が困難となった救急患者さんの迅速な受け入れのために、受入調整を行う「地域救急医療センター」、この制度を創設いたしまして、このセンターは現在77病院まで拡大しております。

資料の3-5、3-6に、センターの一覧と、あとそのセンターの場所を全都でプロットした資料をつけさせていただいております。

資料3-3にお戻りいただきまして、また各地域で救急医療機関が相互に連携・協力していくための体制を構築するために、この地域センターが中心となりまして、地域の二次救急医療機関等をメンバーとする地域救急会議を創設いたしております。この救急医療センターと地域救急会議というのは、二次保健医療圏を単位として置かれるものでございますが、圏域を越えた搬送調整を行うために、東京消防庁の司令室に福祉保健局の非常勤職員として救急患者受け入れコーディネーターを15名配置いたしまして、広域的な搬送調整をフォローしているところでございます。

また、トリアージにつきましては、地域救急医療センターに調整担当の医師、看護師が配置されているほか、東京消防庁で救急相談センター、#7119の相談業務を実施しております。

加えまして、搬送先の選定困難事案の中で、精神の合併症の患者さんというのが多数いらっしゃいますことから、身体合併症の精神疾患や、精神疾患の背景を有する患者を受け入れる医療機関を地域センターとは別に確保して、平成23年の12月より運用を開始しているところでございます。

資料3-1、現状及びこれまでの取組状況三つ目でございます。先日になりますが、平成24年7月6日、救対協を開催させていただきまして、社会構造の変化に対応する都の救急医療体制のあり方について、諮問をさせていただいたところでございます。

今後、救対協の下に部会を設置いたしまして、今後の高齢化とか、救急搬送需要の増加に対応した、二次救急医療体制のあり方について、議論を行ってまいりたいと考えてございます。

課題でございますが、3点挙げさせていただいております。

1点目が、救急医療体制の見直しでございます。高齢化の進展、それから社会的背景を有する患者の増加への対応、あわせて、いわゆる「出口問題」への対応が大きな課題になるというふうに考えております。

2点目でございますが、救急搬送時間の短縮でございます。東京ルール、平成21年から開始しておりますが、残念ながら、搬送時間全体には短縮傾向というものはまだ見られておりません。こうしたことから、重症、重篤患者につきましては、より迅速な搬送を行っていく必要があるというふうに課題として認識しております。

3点目は、救急車の適正利用でございます。

3、施策の方向でございますが、2点。1点目でございますが、いつでも、どこでも、だれでも、その症状に応じて適切な医療を迅速に提供できる医療体制の整備を引き続き促進する。

2点目、高齢化の進展を初めとした社会構造の変化や救急搬送需要の増加に対応した救急医療体制の見直しを行う。

簡単ですが、説明は以上です。

○河原部会長 ありがとうございます。

救急医療に関して、いかがでしょう。

○林委員 この前行われました7月6日の救急医療対策協議会に出席して少し意見を言ったんですけども、たしかなかなか実現できていないということと、社会が変化して、今までとは違う問題が出てきているということと、それから精神疾患の人を精神科では外に出すようになっていきます。そういう問題が出てきて、救急のほうでトラブルがふえることが予想される、それに対してこれからきちんと対応しなければいけないと、部会で今後検討していく、ということでした。

そのとき私が意見を言わせていただいたんですけども、東京消防庁でやっております相談センターのほうに、相当データが入っていると思うんですけども、それを分析してもらいたいと提案いたしました。医療のほうの医療事故、ヒヤリ・ハットというのは、今ある研究者が非常に細かく目標を出すようにしているんです。ある病院では今非常に真剣に取り組んでおまして、非常に危ないという事例はこうだと、どうやったらそれを改善できるかということの一つ一つ挙げて、コンピューターで分析して、いろいろ統計をとりますと、何か問題点がだんだん洗い出されてくるということ、私、講演会で聞きまして、これについてはこれから大切なことだなと思います。

それで、せっかく東京消防庁には相当なデータが入っていると思うので、利用者からどんな問題があったか要因を分析して、次回計画では、そこについて重点的にやった

らどうかという判断材料が欲しいと感じましたので、提案したいと思います。

○河原部会長 事務局のほう、何かございますか。

○畠山東京消防庁救急部救急医務課長 貴重なご提案ありがとうございます。実は、救急相談センターの中で、医長という代表の方2名と、副医長さんを初めとした、あと相談の看護師さんを含めて、そういった分析をさせていただいているところでございます。また国としても、そういった重症度等に関する検討会が今重ねられている最中で、全国的に相談という電話を相手にしたトリアージはいかにあるべきかということで、各段階におけるトリアージの検討がなされております。その際に、東京消防庁で先進的にやらせていただいております相談センターのデータを使わせていただいているというところが一つございます。

あわせて、東京都医師会のご協力もいただきながら、小児を初めといたしました状況を各医療機関さんに相談した結果として、行った先ではどうだったのかというようなことについても、医師会のご協力をいただきながら、これから分析していくというようなことが今始まったところでございます。ちょっとお時間をいただきたいと思います。

以上でございます。

○河原部会長 ほか、何か。

○稲波委員 資料3-8の平均救急搬送時間（初診時傷病程度別）というのを見ますと、これ、非常に興味深いです。重篤だとか重症の方よりも軽症のほうがより時間がかかっている。これは考え過ぎかもしれませんが、救急隊員というのは非常に大変な業務をこなしている。そこで現場に到着してみて、患者さんがあまりにも軽症であると、つい、気が弛んでゆっくりになるのではないかと思うんです。それから救急車を無料のタクシーとでも考えて利用する都民の方は、増えこそすれ、減りはしないなと感じる訳です。

それが課題にある救急車の適正利用ということかと思いますが、これをただすことは、啓発事業だけではやはりどうしても無理があって、一時議論された救急車の有料化。それも安いものではなくて、安くするとかえってお金を払っているんだから使ってもいいだろうというモラルハザードを起こしてしまうことになるだろうと思うので、高い金額での利用料をとることを検討するのはいかがかなと感じます。高くとっても、高額療養費制度があるわけですから、自己負担分は定額化されますし、本体の医療が有料なのにもかかわらず、救急車の利用料が無料であるというのは奇異な感じも致します。有料化には様々な問題もあるかと思いますが、どのような可能性があるのかをお聞きしたいということです。

○細川委員 私も搬送時間が延びているというのがとても気になります。たしか東京ルールにおけるトリアージの実施という中に、搬送のときのトリアージの実施も入っていて、モデル実施を始められたと記憶していたんですが、その辺の、はっきり言えば、

軽い人を断るといふ、そういったことがどれぐらい実行できてきたのか、それでも全然役に立たなかったのか、その辺もちょっと伺いたいのですが。

○河原部会長　じゃあ、今の質問とあわせてお願いします。

○畠山東京消防庁救急部救急医務課長　まず最初に、救急隊は現場に行って軽症だからやる気がなくなるということは、まずございません。特に小児科の患者の場合は、非常に急性増悪する可能性が高いので、どこにそういうものが潜んでいるかというものを救急救命士という資格を持った者を中心にやらせていただいております。

ということで、まず一つは、そういった患者さんの観察結果に基づいて正しく対応している、それに基づいて医療機関を選定しているという前提は、たとえ重症であろうと重篤であろうと変わりません。

ただ、今回の検討する項目の中にあります重症以上の患者さんについての時間短縮というようなことで、課題に書いてございますが、これはここに書いてある内容は、実は中等症以下の患者に対する対応を素早くやらないと、重症の患者さんに対応する救急車を向かわせる時間がかかってしまう可能性があるということなので、必ずしもこの部分だけが課題ではなくて、救急活動全体のバランスを考えなければ、この課題が解決できないという実態がございます。

一つの例が、高齢化の進展というところがございます。高齢化につきましては、在宅利用を初めといたしまして、考え方がかなり違ってきております。極端な場合を言いますと、救急隊がよく苦情を言われるのは、「かかりつけに連れて行ってほしい」と、高齢者の方につきましては、重症の患者さんが非常に多いんです。我々救急隊は心臓を動かす部隊なものですから、穏やかに最後を迎えるというようなターミナルケアのところに呼ばれても、それを聞くわけにはいかないんです。ですので、救命センターに運ばざるを得ないということになりますと、今度医療とは別の分野との関連でなかなか動きづらいところが、というようなところも今後この9タイトルの中で検討していただけるものと期待しております。

あと、時間の問題でございませうけれども、重症の患者さんにつきましては、救命救急センターを初めといたしまして、非常にシステムがはっきりしております。したがって、救命救急センターに意識、呼吸、脈拍のない患者さんを運ぶについては比較的早く、ほぼ1回で医療機関が決まるケースが多いです。ところが中等症以下の場合につきましては、なぜか、大体平均で1回4分の連絡時間がかかるんですけれども、2回以上の連絡を必要とするケースが多々ございます。

そうなりますと、我々として目指すところは、できましたら搬送連絡をしなくても受け入れていただける二次医療機関さんをつくらせていただければ、非常に時間は短くなると思いますが、現実的にはそうはいかない。病院端末機ということで各救急医療機関さんからきょうは診られますよと。丸・バツの情報を32科目に従って入れていただいておりますけれども、実際問題として、丸なのに断られたというような率で言うと

64%、平均で言うならば64%、悪く言うと2回に1回は丸なのに断られている、よく言えば3回のうち2回は受け入れられていると。微妙な数字なんですけれども、それを繰り返して何とか病院さんを当たっているというのが今現在の状況でございます。

したがって、この問題につきましても、医療機関さんの丸・バツ情報の正確性というものと、できましたらそういった搬送連絡にかかる時間を短くしていただいて、収容医療機関が早く見つければ、重症の患者さん以上に限らず、すべての患者さんに早期に収容するということは可能なんじゃないかというふうに考えております。

○細川委員 トリアージは。

○畠山東京消防庁救急部救急医務課長 東京ルールのトリアージにつきましては、あくまでも中等症以下の患者さんで、精神、アルコール、後は社会的な背景です。医療費がとれないというようなものがある程度わかっている患者さんについての対応手段でございます。対象となる患者さんが非常に少ないです。70万件から比べると本当に数%。ところが、その方々に対する搬送連絡は30回とか40回とかかるケースもございます。

そういった意味で言うと、今回この東京ルールをつくっていただいたおかげで、ほとんどが5回以内、5回から10回ぐらいというんでしょうか、以内には必ず病院が決まっているということで、全体の搬送時間に影響は余りありませんでしたけれども、病院が決まるまでの回数については、非常に短くなっている。そういった社会的背景のある患者さんについての病院選定についての連絡時間は少なくなっているというような実感は持っております。まず数字的にもある程度は出るものと思っております。

○細川委員 すみません、そのページじゃなくて、軽症の人をお断りするというほうのトリアージ。

○畠山東京消防庁救急部救急医務課長 現場に到着してからですね。全体の数字がたしか4,000。

○東京消防庁 すみません、今ちょっと数字は持ち合わせていませんが、救急隊は粛々と取り組んでいるところでございます。ただ、これは本人の同意がないと進められないというのが前提ですので、説明はしますけれども、運んでくださいというより、それはもう運んでいくのが実情であります。

○畠山東京消防庁救急部救急医務課長 東京消防庁のほうといたしまして、今各段階におけるトリアージということで、こちらのほうにも配らせていただきました。ご紹介がありましたけれども、東京版の救急受診ガイド、119番する前に都民の皆さん方に正しい救急車の利用の知識を得ていただく、あわせまして、救急隊が現場に到着したときに、これは救急車で運ばなくてもいいよというようなことを、いつもメディカルコントロールという先生方の指導に基づいた一定のプロトコールについて実施はしているんですけれども、本人がどうしても運んでほしいといったものに対してまで、そ

れは無理ですよというところがありませんので、数字的にはやっぱり1,000のレベルでとどまっているというのが現状でございます。わかり次第、数字はご報告させていただきます。

- 河原部会長 今、ご発言の中にいろいろ貴重な点があったと思うんですが、国の指針が救急、例えば二次救急の数とかでやっているのかどうか知りませんが、一つは救急車両の運用率とか、あるいは二次救急を現在やっていて、今のお話にあったように、実際はだめだったというその率ですね。あるいは運んだ方のどれぐらいが軽症であった、重症であったとか、そういう率、数字のほうはむしろ救急医療の内容とか、問題点を整備できると思うんです。

これは逆に、何かいい指標があれば、都道府県の中でいい指標があれば、国に提案してくださいと、何か指針に書いていなかったですか。

- 新倉保健医療計画担当課長 国で示した指標の例とあわせて、それ以外に都道府県が独自に現況把握のためにやるのは一向に構わないというようなことで、そこは指標例ということで。

- 河原部会長 何回も言いますが、国の指針がやっぱり47都道府県のいわば平均値みたいなことをやっているから合わないんですよ。

それで、できれば今の議論の中でも、病院で二次救急がオーケーと、この診療がオーケーと言っているのに、実際に60%ぐらいしか受け入れられていないというのは、一つの指標です、実情を表しています。あとはどれぐらい救急隊員が大変かを示す運用率ですよ。行って帰ってきてまた行くとか、あるいは軽症、中等症、重症度について、搬送した隊員がどれぐらいのランクをつけているかというのも指標になると思うんです。それを都民に知らすことによって、一つ救急車の適正利用も進むと思います。

実は私、神奈川の日本で一番救急を扱っている病院の3年間の救急のデータを6万、7万ぐらい分析しましたが、6割は軽症で歩いて帰れるような人が大半でした。それで、さっき先生が有料化の話をおっしゃいましたが、それが法レベルの問題なのか、条例レベルの問題なのかでいろいろ変わってくると思いますが、有料化については、いかがでしょう。

- 畠山東京消防庁救急部救急医務課長 救急利用の有料化については、かなり前からいろいろと議論されております。それにつきましても、基本的には消防で救急活動をした後、お金を下さいという徴収の具体的な問題は多々あると思いますが、私個人的には、今回の保険診療点数の改定の中に、各医療機関におけるトリアージ加算で、先ほど説明がありましたけども、地域救急センターの中にトリアージナースというものに入れての診療加算が新しくなったと。これにつきましては、成育医療センターの小児の部分では既に実施されていたのですが、今後はすべての医療機関でとれるという形がまず一つ具現化されてきたのかなと思います。

もう一つは、いろいろな考え方があるかもしれませんが、同じく、時間外選定療養費、時間外に来た患者さんが軽症であって、救急車で運ぶ必要のない場合については、その医療機関の示された裁量の中でお金をいただくという制度もできていると聞いておりますし、一部実施していらっしゃる場所もあると聞いております。

消防のほうでお金をとるということではなくて、医療の中でとっていただくということで、救急車の正しい利用、あるいは救急医療の正しい利用の方向に持って行っていただいている制度が新しくスタートしてきているのでは、と考えておりますので、お答えになるかわかりませんが、そういった方向に少しずつ進んでいるのではないかと考えております。

- 河原部会長 有料化の話は、やっぱりオールジャパンの問題と考えていいんですか。
- 畠山東京消防庁救急部救急医務課長 全国統計から申しますと、大都市中心の話ではないかなと思います。医療機関さんも地方のほうに行くと、話だけですけれども、ここしか診てくれる医療機関がないというところについては、連絡しなくても連れて行って診ていただけるというのは結構あると聞いております。具体的な数字については、わかりませんが、そういう話はよく聞きます。大都市中心につきましては、逆に言うと、診療科目ごとに傷病状態を観察し、どういう状況の患者さんならどの医療機関のどの施設というところまで考えて持っていかなきゃいけないというようなところは、ちょっと都会の特徴かなというふうに思っております。
- 河原部会長 稲波先生、いかがですか。
- 稲波委員 すみません、先ほどの受け入れ可能と言っておきながら断る例のことに関しましては、東京都病院協会でもより啓発に努めて、受け入れをよりの確・適切に行えるようにしていきたいと思っております。
- 河原部会長 できれば数字を示していただいたほうがいいですよ、後の議論のためにも。
- 稲波委員 私も同意見です。
- 河原部会長 ぜひ。軽症と、あと二次救急で断られたというケースの数字とか、または病院協会とか、医師会のほうに示していただければ、また議論されると思っておりますのでお願いいたします。
- 高野委員 救急医療において、重症例によっては、歯科的な絡みからすると、大体救命が終わった後、口腔外来的なものにかかるということで、あんまり大きな問題はないと思うんですけど、軽症や中等度で、それも休日とか夜間において発生した場合に、搬送までしなくても本来はいいはずなんですけど、その辺のご案内というか、それはどういう体制になっているんでしょうか。
- 河原部会長 いかがでしょう。
- 畠山東京消防庁救急部救急医務課長 救急車の正しい利用の仕方といいますか、自力で行かれることへの推奨ということですか。

○高野委員 実際通報時はすごく痛い、すごくオーバーに表現していたけれど、実際にはそれほどでもないような場合でも搬送を引き受けざるを得ない形なのか、それともその場合でも事情をお聞きしながら徒歩で行くなり、自分で行くような指示をするのか。

あと、受入医療機関も夜間となると限られてくると思うんですが、その辺がリスト化されていて、運ぶなり、どの医療機関に行けばいいという指示ができるのかどうかについて教えてください。何か以前聞いたときに、2カ所かそんなものしかできなかったと思っているんですけど、特に夜間においてだと。

○畠山東京消防庁救急部救急医務課長 基本的に119番通報をしていただいて救急要請があれば向かいます。行った際に、本人の主訴を含めて判断することになりますが、例えばご本人ではなくてほかの人が通報をしたけれども、自分は呼んでいないし大丈夫だよといわれた時に引き上げるような場合はありますが、ご本人が医療機関に連れていってくれという限りは、基本的には運びます。運ぶ先につきましては、指定二次救急医療機関を中心とした医療機関に運ぶというのが原則になっておりますが、ご質問の趣旨はご自身で行かれるようにお話をするというところでよろしいですか。

○高野委員 それだけではなく、救急医療のところ、病院歯科的吗、専門的な医療があるところとないところや、夜間対応の有無等もあると思いますが、そういう事情を把握して運ぶのか、提供医療体制等に関係なく近いところに運ぶかということです。

○畠山東京消防庁救急部救急医務課長 わかりました、すみません。救急車で運ぶ先の医療機関につきましては、救急病院等を定める省令というのがございまして、各医療機関側から、24時間365日救急車による患者受入れについて、手挙げするという制度で、東京都で承認すれば、それが基本的には救急医療機関となります。

そのほかに、ベッドとして救急車で運ばれた患者さんを優先的に見るベッドをあけておく、というような対応を取る機関が指定二次の救急医療機関ということで、休日・全夜間診療事業という事業に参画したところがございます。そちらにつきましては、この中に医療機関の数と救急搬送というグラフがあるんですけども、都内においては約300程度ございまして、そちらの告示医療機関すべてに病院端末機というものを入れさせていただいて、リアルタイムの情報をもらっていると、基本的には、丸のころを中心に運んでいきます。

それ以外に、症状が軽症、観察した結果、自分がかかりつけのある医療機関、それは救急医療機関でないといったような場合についても、あくまでも観察結果に基づいてそういった救急医療機関でなくても大丈夫だというときには、そちらのほうに連れていく場合がありますが、症状でわからないようなときには、災害救急情報センターに救急隊指導医というお医者さんが24時間365日いますので、そちらの先生の指示を仰ぎながら救急告示医療機関ではないんですけども、一般の病院に連れていっていかどうかについて相談を得ながら運ぶという制度もあります。



○高野委員 申しわけない。長くなつてはいけないのですが、要するに歯科的なものとか、口腔だという限定と思われるものでも、それを関係なく送るということになりますね、そうなる。ですから、その辺の把握が、もし明らかに歯科なり、口腔に問題がある疾病だと思った場合、それに対応できるところがわかっていれば、そしてその医療機関が近ければそこに運ぶというのが適切なのかなと思ったものですから、その辺の把握はできているのかなと、そういう体制ができているといいなということも含めてです。

○畠山東京消防庁救急部救急医務課長 病院端末機の診療科目の中に口腔外科ですとか、歯科というのが入っておりますので、そこで丸がついているところには、その症状に応じて運ぶことになっております。

○河原部会長 あと資料3-1ですけど、現状、丸が三つありますが、やっぱり論点は三次救急に負担をかけない意味でも、二次救急を充実しないといけないと思うんです。これで見ればやってきたこと、これまでの取り組みは、253施設、二次救急体制を整備あるいは維持してきましたということだと思いますが、本当は今までの議論にあったように、繰り返しますけど実際は診察してもらえなかった、断られたというのがあって、実際6割ぐらいしか稼働していないわけですよ。だから、本当はこれを受けて、課題のところからそれが出てくると思うんです、二次救急の問題として、三つの課題に三対応して、課題としてより具体的な内容が出てくると思うんです。

あるいは、三つの課題以外での課題としてここに挙げていると思うんですが、課題をもう少し具体的に掘り下げて書かないと、施策が立案できないと思うんです。施策の方向性を書いていますが、ほとんどの今までの医療計画というのは、社会目標の表明で終わっているんです。つまり上のほうの施策はありますけど、その下の具体的な事業計画とか、実施計画が抜けているわけです。もちろん予算措置が必要なものもあれば、要らないものももちろんありますが、医療計画を本当に充実させようと思えば、課題とか施策をより具体的に掘り下げて書く必要があると思うんです。そのあたりが今までのへき地、急性心筋梗塞も含めて、ちょっと掘り下げ方が弱いかなと思います。

ですから、委員の皆様方にも、先ほど課題を一つ挙げてくれと申し上げましたが、現状に対してこれが本当にうまくいっているかどうかということも含めて課題をより具体的に挙げていただいて、施策のほうの議論を進めていこうと思っています。

救急に関しては、ほかいかがでしょう。

○細川委員 たびたびですみませんが、東京の救急医療の一番大きな課題というのは、やはり先ほど畠山さんがおっしゃっていましたが、田舎であれば、もうここしかないから断らないという病院があるけど、東京は隣にあるからそちらに行つてほしいといって断るという、そこがやっぱり一番大きな課題ではないかなと、こんなことを言うと稲波先生に怒られるかもしれないけど、病院が多過ぎるという部分も逆にあるんじゃないかと思うところがありました。

その中で、私は地域責任性みたいなものをもう少し言えないかなと。地域救急医療センターは、その概念を少し取り入れた二次医療圏の中のところは何とかうちで頑張りましょうみたいなことを言うてくださる病院として出てきているとは思いますが、ただ、お医者さんのほうの立場から言うと、結局今ほかの患者が来ていて対応できそうにもないんだけど、でもかわいそうだから受け入れてあげて、それでも何か起こったら責任を問われてしまうと。要するに、対応する能力もないのに受け入れたということで医者責任が問われるような、法曹界の話も出てきているというようなことがあるので、安心して受け入れられない状況も当然出てきているわけです。

だから、そういう中で、善きサマリア人の原則、そういうのはつくっていけないんだろうかと思えます。医者も守りながら、ちゃんと救急患者も受け入れられるような、みんなが防衛的になってしまえば、やっぱり断ったほうが楽なんです。それを断りたくないけど断らないと後で自分に振りかかってくると思っている先生も結構いらっしゃると思うので、そういう地域責任性及び、何だろう、責任免除みたいなことを言うともた法曹界からいろいろ言われてしまうのですが、医療のそういう特殊性をもう少し主張していかないと。この辺は医師会の先生とかのほうはきっとお詳しいとは思いますが、何かそういった突破口がないと、今の東京の救急医療は、やはり断ったほうが楽よという人たちがずっといる限りは、救急隊員が困る状況があんまり解決しないのかなと思っています。重たい課題なんですけど、一番のポイントかなと思っていますので、申し上げました。

○河原部会長 今のご発言に対して何かございますか。

○桑名参考人 地域というお話が出ましたが、この課題にもあります高齢者対策ということで、八王子地域の仲間の病院でなるべく高齢者で慢性疾患を持った方は、大学附属病院には送らず、療養病床を持っている病院で引き受けたほうが救急体制が充実するのではないかという考えから、急・慢連携モデルをやっております。その結果では、療養病床が空いていないために、思ったほど連携はできておりません。大阪でも同じような試みをしてますが、空床が結構あるので連携がうまくできているということでした。

したがって、受け皿問題が重要であり、トリアージから出口までの問題を解決しないと一気に解決できないと思いますが、高齢者の救急患者を慢性期の病院でも受けられるようなシステムづくりをしたいと考えております。

もう一つは、介護保険施設である特別養護老人ホームや老人保健施設から一般病院への搬送が多いのです。そこでベッドが独占されてしまうということがあります。この二つの問題点を何とか解決すれば、受入体制に関してはかなりよくなるのではないかと思います。

○河原部会長 少なくとも課題として出していただければ、また次につながってくると思いますので、ぜひ出していただければと思います。

救急の問題なのは、ご承知のように、入り口の、例えば都市に伴う道が狭いとか、マンションの問題とか、いわば医療計画以外の都市計画に絡むような問題から、後は精神とかホームレスとかいった医療プラス福祉の解決、それを病院のほうに押しつけてといったら悪いですけど、行ってしまうということで病院の疲弊があると。

それからもう一つは、さっきから言いますが、二次救急あるいは三次救急の問題とか救急搬送の時系列で見れば、いろいろ論点が整理されてくると思います。これはなかなか叶わないかもわかりませんが、東京23区に三次救急、救命救急センターが14カ所あるんですね。到達時間、搬送時間だけでシミュレーションすれば、4カ所要らないんです。10カ所でアクセス時間は15分でほとんど搬送できるんです。学園とかいろいろ設置主体の問題ありますが、本当は4カ所つぶして、残りの10カ所を充実して、人と資源を集中したほうがもっといい救急ができるんですよ。それは今の中ではなかなか議論できませんけど、将来的には医療機関の集約、機能の集中化ということも考えていくべきだと思います。

ほか、いかがでしょう。

○白石委員 市町村のほうから救急医療の取り組みということで言いますと、私どもでは、救急医療キットというものをひとり住まいの高齢者と高齢者世帯のところに去年お配りしたんです。この救急医療キットというのは、冷蔵庫の中に、かかりつけ医とか、ふだん飲んでいる薬等を記載したものをに入れておいていただくわけです。そうしますと、救急隊の方が玄関に来て、救急キットがあるというシールを見ていただくと、冷蔵庫に行ってドアをあけていただくと、この方がどこの病院に行っているとか、こういう薬を飲んでいるというのを含めて、救急隊の方にすぐおわかりになるような、そういうセットの配布も実施しているところなんです。これは市町村によって少し差があるんですけども、そういう取り組みもしているということで、ここの救急医療に関するところで市町村の取り組みとしては、そういうものもあるということも記載していただければと思います。

○河原部会長 ほか、よろしいですか。

それでは、きょう、河口委員は欠席ですが、河口委員からご意見が寄せられておりますので、救急の部分をちょっと説明していただけますか。資料を配ってください。

○新倉保健医療計画担当課長 先ほど河口委員から連絡がありまして、きょうは急遽欠席ということで、あわせて、救急とがんについてということで、メールでご意見、コメントをいただきました。今救急のところですので、お配りしてある②のほうです。救急について何点かコメントが入っております。

一つ目としては、東京方式、これは東京ルールのことだと思いますが、これの推進には賛成と。ただ患者教育、トリアージは救急上、抑制の両輪ですが、日本では、まずトリアージの徹底が重要と考えますということ。また二つ目、高齢化による救急搬送の増加に対しては、要介護者向けの緊急通報センターを別立てで整備して、救急搬送

システムへの過剰な需要を抑えるべきということでございます。

矢印二つ飛びまして、東京ERの方式についてアピールしなくていいのかということでのご意見もいただいております。

あともう一つ、下でございますが、指標というところで考えたときに、平均の搬送時間の増加を監視できるような指標を入れておく必要があるということでご意見をいただきました。

以上です。

○河原部会長 ありがとうございます。

今の河口先生の意見、また事務局のほうに反映してください。それともう一つは、平均搬送時間の増加、増減を監視すると、これは国のほうの指標にはないですか。

○新倉保健医療計画担当課長 ございます。

○河原部会長 ありますか。

○新倉保健医療計画担当課長 はい。

○河原部会長 じゃあ、これはいいですね。重複するということで、ご意見を議事録のほうに残していただければと思います。

救急に関して、ほかによろしいですか。

このあたりでちょっと休憩をとりたいと思いますが、よろしいですか。まだやっと半分ですので、5時50分から開始します。ちょっと8分ぐらい休憩をとります。

午後 5時42分 休憩

午後 5時50分 再開

○河原部会長 それでは、すみませんけど、再開したいと思います。

それでは、資料4-1が周産期医療でございます。それでは、事務局のほうからお願いいたします。

○中澤事業推進担当課長 それでは、周産期医療の取り組みについての説明をいたします。

初めに、資料4-2のA3の資料をご覧くださいと思います。

東京都の周産期医療対策についてという題名のものです。こちらの左側をご覧くださいでしょうか。現状と課題の部分です。

まず第1として、増加するハイリスク妊産婦、ハイリスク新生児への対応ということ です。

そこに示されている左側のグラフですが、こちらは東京都における母の年齢階級別の出生数です。全体の傾向としましては、20代が減少して、30代が増加しているということです。人数的には30代前半が最も多いですけれども、30代後半が右肩上がりで増加しております。それで、平成21年には20代の後半を抜いております。黒いひし形のグラフ線の部分です。

あと、数自体は少ないんですが、40歳以上というのも一番下の黒丸の点線ですけれども、少しずつ増加している状況です。

資料右側のグラフですが、右側が東京都の出生数、低出生体重児数及び低出生体重児の割合を示したものでございます。

都内の出生数ですけれども、ここ20年間は大体10万人程度で推移しております。それで、平成22年の都内の出生数ですが、10万8,135人となっております。一方で、低出生体重児の数は増加しております、平成20年以降1万人を超えております。

このように出産する母親の年齢の高齢化、低出生体重児の増加などによって、リスクを抱えた妊産婦、新生児がふえており、対応が必要な状況となっております。

その下、課題の2件目ですが、NICU長期入院時の在宅療養等への移行支援への対応です。昨年、都が実施した調査によりますと、平成23年10月1日時点で、周産期センターに90日以上にわたって入院しているお子さんですが、全部で104人いらっしゃいました。うち、1年以上入院しているお子さんが26人という状況です。子供さんについては、生まれてから長期間家族と離ればなれになっている状況であるということ、また周産期の医療ということと言えますと、NICUの病床の有効活用という視点からも円滑な在宅移行に向けた支援が必要というふうに考えられます。

その下ですが、東京都の地図がございまして、こちらはことし5月1日現在の東京都周産期母子医療センター等の配置図です。現在、ハイリスクの妊産婦の受け入れを行う周産期母子医療センターが全部で24施設、ミドルリスクの妊産婦の受け入れを行う周産期連携病院が11施設ございます。都内、全体を八つのブロックに分けて、ブロックごとに一次から三次の医療機関のネットワークを構築する取り組みというのをしております。

右上をご覧くださいと思います。平成22年10月に東京都周産期医療体制整備計画を策定いたしまして、周産期医療対策につきましては、この計画に基づいて事業を進めてきております。

NICUの整備目標を平成26年度末で320床定めまして、計画的に整備を進めてきております。現在288床まで整備が進んでおります。

その下は事業の概要になりますが、これにつきましては、前にお戻りいただいて資料4-1と重複いたしますので、こちらで説明させていただきます。

まず、現状及びこれまでの取組状況のところですが、

1として、周産期医療を取り巻く状況ですが、最近の特徴としては、低出生体重児・ハイリスク妊産婦の増加に伴う周産期医療に対するニーズの増加、また、都外からの患者流入などが挙げられております。

二つ目、これまでの取組状況ですが、まず、周産期母子医療センターにおける受入体制としましては、平成21年3月から緊急に母体救命処置が必要な妊産婦について、迅速に受け入れ先を確保するため、母体救命に対応する総合周産期母子医療センターを指定しまして、母体救命搬送システムを運用しております。また、その母体救命以

外の患者受け入れに関しましては、都内を先ほどの地図のとおり、八つのブロックに分けて、各ブロックにおいて総合周産期センターが行っております搬送調整に加えて、平成21年の8月から助産師の資格を持った周産期搬送コーディネーターを東京消防庁の司令室の中に配置しまして、都内全域の搬送調整の仕組みを運用しております。

さらに、県域を越えた周産期搬送体制に関しましては、ことしの1月から神奈川県と試行を開始しているところです。

次の(2)周産期医療ネットワークグループですが、これは八つの各ブロックの総合周産期センターを中心にブロック内の医療機関と顔の見える関係をつくっていただいて、役割分担と連携を進めていただくためのものです。現在、8ブロック中7ブロックで立ち上げられておりまして、今年度中には全ブロックで連携に向けた取り組みが実施できる予定となっております。

次の(3)NICU等入院児の在宅等への移行支援ですが、これは母体搬送の受け入れ先が見つからない理由として、NICUが満床のため受け入れられないという場合が多く、その背景としては入院しているお子さんが在宅生活等へ円滑に移行できない状況があったため、検討が開始されたものです。また、NICUに長期入院しているお子さんは、生まれてからずっとご家族と離れて暮らしているということから、愛着形成という側面からも、退院して在宅に移行できる状態であれば、お子さんにとってもご家族にとってもそれが望ましいということから、退院支援の取り組みを進めていくこととなりました。

昨年度までの2年間でモデル事業を実施いたしました、その成果等も踏まえて記載されている事業を進めていく予定になっております。

続きまして、課題です。

一つ目、周産期医療体制の強化としましては、ハイリスク妊産婦、ハイリスク新生児への対応の強化を挙げております。

二つ目、周産期搬送体制の整備ですが、母体(胎児)・新生児のリスクに応じた搬送体制のさらなる充実、近隣県との搬送調整の仕組みの検討を挙げております。

三つ目、周産期医療施設の役割分担と施設間連携では、ネットワークグループごとの連携強化。

四つ目、NICU長期入院児の在宅療養等への移行支援への対応では、周産期センターにおける在宅移行支援の充実とともに、在宅移行後の支援の充実や在宅生活を支える地域支援の充実を挙げております。

これらを踏まえて、施策の方向ですけれども、まず周産期センターの機能強化や、リスクのある妊娠・出産に対応可能な二次医療機関の確保とNICUの整備による救急医療体制の強化。周産期搬送体制のさらなる充実。ネットワークグループにおける連携会議の内容充実などによる医療機関の機能別の役割分担と連携の一層の推進。それ

と、周産期センターと地域の関係機関等との連携によるNICU等入院児の在宅への円滑な移行と、安心・安全な療養生活の実現を挙げております。

簡単ですが、周産期医療についての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。

何かご意見とか、ご質問ございますか。

○細川委員 周産期医療の場合は、NICUの出口戦略が非常に重要だと思います。葛飾にいたときに、墨東からのモデル事業の第1例目を受けました。いろいろ難しいことはあったけど、それなりに無事に退院できて、親御さんの愛着もつくれて、結果的にはいい退院支援だったと思うんですが、ただ、そこまで軽い人ばかりではなくて、家では診られない人もいるけれど、NICUまでは必要ない人が、小児病棟に移ったりしていますよね。

そのさらに先、福祉施設みたいな入所施設まで見据えないと、退院できない人に対する対応というのは、やはり医療でずっと構っているわけにもいかないですよ。その辺のところの問題意識は、医療計画じゃなくて保健医療計画だから、少しは記載することはできるのでしょうか。

○中澤事業推進担当課長 ありがとうございます。今お話がありましたとおり、退院支援の部分につきましては、私たちもNICUからということでやってはありましたけれども、ただ、やはり今お話にもあったとおり、病院の周産期センターの中でNICU、GCUと経まして、それで退院の直前になって、GCUからそのまま直接退院される方もいらっしゃる一方で、やはりもう少し小児科の病棟で過ごして、そこで退院の練習に取り組んだりとか、その辺も含めて対応していただいてからということもございます。

ですので、やはりNICUだけではなく、小児科も含めた取り組みというのを考えていかなければいけないなと思っております。

現在モデル事業を総括しているところですが、その中でも、やはりまずは院内の連携、周産期の新生児科と小児科との連携ですとか、そういった形での連携がないと、なかなか進んでいかない部分はあるなと思っております。

あともう一つ、ご指摘のあった、福祉の話の部分ですけれども、これにつきましても、例えば重い医療ケアの必要な重症心身障害のようなお子さんの場合、具体的には、療育のほうの取り組みになるかと思うんですけれども、そちらとNICUの私たちの取り組みとは連携しておりますして、例えば地域資源を担う医療従事者の方への研修事業について一緒に取り組んでいただいたりとか、あとは療育のほうの施策で、NICUの入院時から支援される職員さんに訪問していただいて、在宅生活にうまくつなげられるように取り組んでいただいたりしております。

○河原部会長 ありがとうございます。

○加島副部会長 私、前に町田市の助役を3年勤めていたとき、ちょうど町田の市民病院

の改築がありまして、どうしても周産期と緩和ケアを絶対やるということで、そのとおりやってくれたんですが、そのときにやっぱり周産期の開設に当たって、市議会から、かえって障害を持つ、障害児を増やすことになるんじゃないか、市の中でそれだけ対策がとれるのかというような質問を受けたんです。ちょっと差別に聞こえるんじゃないかと思うようなものもあったんですけど。その当時、加へ先生とか、伊藤病院の、いろいろお話を聞いたら、要するにやっぱり病院の中で、福祉、今のケースワーカーなんか、病院間の連携だけではなくて、福祉施設との連携もある程度やっていると、将来、退院調整においてうまく回転しないのではないかとということで、今どのような状況になっているかはわからないのですが。町田市は障害者対策もかなりよくできていますけど、あの地域であれば例えば島田療育園のようなところとうまくケースワーカーが連携しながら、ある程度長引くようになってきたお子さんを受け付けるというような仕組みをつくっていかないと、なかなか難しいと思います。そういうことについても研修ですとか、ケースワーカーが連携を取れるよう育成する体制というのにも必要かなと思います。

- 中澤事業推進担当課長 周産期の退院支援の部分なんですけども、昨年度まで実施したモデル事業の成果を踏まえまして、今年度から幾つかの取組を始めています。一つはNICU入院支援コーディネーターという役割を担う看護師さん、あるいはMSWの方を周産期センターの中に配置していくことを促進していこうということで取り組み始めております。

そこで、確かに地域の福祉の資源ですとか、数的な問題ですとか、いろいろ難しいことはありますけれども、入院、病院の中での連携等プラス地域との連携ということで取り組んでいただけるといふ、そういう人を少し各周産期センターに広げていければと思っておりますし、先ほどご紹介した療育の関係事業ともタイアップしてやっていければというふうに考えております。

- 河原部会長 東京のように周産期医療が高度化したところは、やっぱり保健医療計画より福祉医療計画みたいな、やっぱり精神も同じと思うんですけど、福祉との兼ね合いというのが非常に、いわゆる周産期の医療計画では必要かなというのが今までのご発言だったと思いますが、ほかいかがでしょう。

- 林委員 医師会でもいろいろディスカッションしているんですけども、要望がありますのは、検診です。妊産婦さんの検診をもうちょっときちんと、漏れている人が大体悪いと、受診しない人は急に悪くなるというのがどうも言われておりまして、これは医師会でやっているんですけども、東京都のほうで何か支援をしてくれないかというような感じがありまして、妊産婦検診の徹底を支援するということが一つです。

それともう一つは、やっぱりこのデータを見てみますと、平成10年ぐらいからだんだん35歳から39歳ぐらいの出生が高くなっています。それと同じように、25歳前後ですか、どんどん減っていますよね。要するに、10年遅くなってきたのではな



いかと。例えばそこをもう少し、周産期の異常を予防する観点から、もう少し早くから出産したほうがいいですよというような啓発を、例えば医師会がいろいろやるような事業の中に入れていただいて、地域の人たちに余り年をとって安心して、いろいろトラブルがあるんですよというようなことを啓発したほうがいいんじゃないかということをお願いしたいと思います。

それから、新生児担当医師が相当疲弊して、医師数が少ないはずですよ。仕事が重い、責任が重いので、やりたがらないと。それに対して都も何かやっているとは思いますがけれども、もう少し具体的な何か支援策というか、やっていただきたいなというようなことがありますので、よろしくお願ひいたします。

○河原部会長 やっぱり論点をもっと掘り下げて、資料4-2のように、二つのグラフというのはもう分析されていると思いますけど、これは端的に語っているものです。このグラフがなぜこういう傾向を示しているかについての背後を分析する背景事情、それが先ほどの林委員がおっしゃったことにもつながってくると思います。

それから、流入人口です。流入人口というのは、かなり多いんですか。都外からの。

○中澤事業推進担当課長 私どもで持っているデータとしましては、周産期母子医療センターの患者取扱実績ということで、各周産期センターからご報告いただいているものの集計のみなんですけれども、大体県外からの母体搬送が10%ちょっとです。11~12%ぐらいはいらっしゃる状況です。

○河原部会長 東京都は絶対数が多いから10%といってもかなりの数になりますよね。ですから、そのあたり、神奈川とか周辺県といろいろ取り組みをされると思いますが、医療法の中にも医療計画というのは周辺、県境の問題とかも出てきますから、そのあたりも論点になるのかなと思います。既に取り組みされていると思いますが。

ほか何か。

○山元委員 先ほどの林先生のお話と通じるかもしれないんですけども、妊産婦死亡率が高くなっていますよね。その原因は何なのかというのがあって、やっぱり年齢と、あと検診をやはりきちんとしていただくということが重要なのかなと思うんですけど、妊産婦死亡率がいつの時期に一番、いつの時期の方が亡くなっているのかというのがもしわかったら、そこに対策が立てられるのかなと思いますが、もしわかっていたらお願いします。

○中澤事業推進担当課長 妊産婦死亡についてなんですけれども、範囲としましては、妊娠中または妊娠終了後（満42日未満）の女性の死亡ということになっておりまして、そこで、カウントされた数が妊産婦死亡数ということになります。

○山元委員 それはわからないんですか。その前の妊娠の後期なのか、出産の前後なのかという、そこら辺はわからないんですか。妊娠から出産までの期間は長いわけですから。

○中澤事業推進担当課長 統計上ではそこまで細かいことはわからないかと思いますが。あ

ともう一つ、実際死亡率の数は上がっておりますが、これ、出産10万単位の数なんです。先ほど申し上げましたとおり、都内の1年間の出生数が10万ちょっとですので、一人妊産婦さんが死亡すると1という形で死亡率にも反映されるということがあるので、若干数値が上下しやすい、そういう性質の数値かなと思っております。

○河原部会長 多分、妊産婦は妊娠中と出産前と出産後の42日以内というのは、出ると思うんです、区別が。たしか私が昔国家試験を受けたときは、妊娠中の死亡が高かったような、もう何十年も前ですけど、多分出ると思います。

要は、医療計画というのは、やはり国が指針を示しているのは、数値に基づいてどこが問題かということ把握する計画だと思います。ですから、国がいいか悪いかは別にして、悪いデータがあるとすれば、その背景事情となるような数値を徹底的に分析していただいて、次に、それを課題あるいは改善方策につなげていくのが計画の立て方かなと思います。ほかに。

○長瀬委員 同じことなんですけど、これは手当ばかりなんですよね。ですから、予防ですよ。予防でどういうキャンペーンを張るかという。この間、テレビを見ていたら、卵子が老化する、35歳過ぎたところですかね。これは本当かどうかわかりませんが、テレビの報道だったので。そういうことも一つ、言っているのか。女性が高年齢化して、高齢化で結婚されるのが多いのではないのかもしれないんですけど。

○河原部会長 要は、予防ですよ。予防、入り口の部分で絞り込んで少なくして、医療の負荷を減らしていくというのが戦略だと思います。

○細川委員 卵子は女性が生まれたときから持っているもので親と一緒に卵子も老化し、先天異常なんかもふえてきます、そのことを知らないというのは、余りよろしくないかとは思いますが、知った上で選んでいただければいいのかなと。

そのつながりで言うと、不妊治療の話が出てこざるを得ないかなと思います。不妊治療というのは、安全な出産ではなくて、妊娠をゴールにした医療なものですから、妊娠すれば、その医療機関としては「はい、終わり」みたいなところがあって「後はよそへ行って産んでね」という話になってしまうということが言われています。不妊治療後の妊娠はやはり妊娠管理も難しいし、高齢化していらっしゃれば出産ももちろん難しいというようなことがあって、それでハイリスクはどんどんふえているという部分もないわけではない。今の日本の医療が抱えている問題は、ある意味、欲望の肥大化とも関係があるんだろうとは思いますが。ここまで言うと言い過ぎかもしれませんが。どうしても自分の子供が欲しいという価値観というものやっぱり課題かなと思います。

これは医療の話じゃないので、医療の話にちょっと引き戻しますと、妊産婦死亡とも兼ね合いがあるんですが、私、三十何年前産婦人科の臨床研修をやっていて、年間の妊産婦死亡数はたしか400人ぐらいでしたけど、今は40人ぐらいで激減しました。ただ、ここを見ていると、確かにふえているんですが、このレベルになると、統計誤

差。一人死ぬと、数値がはね上がっちゃうというところがあるので、そういう意味では、産科医療はもう随分よくやっていて、私の感覚では10分の1ぐらいに産科妊産婦死亡率を下げた、やるべきことはかなりよくやったと、一回はだれかが評価してあげなきゃいけないのではないかと思います。

ただ残ってきたものが何かというと、合併症、やっぱりほかの科と絡むところが弱いんです。奈良は脳出血でしたよね、たしか。脳出血に関しては、産科医はだめなんです。だから、非常に難しい他科とかかわる高度なものだけが残ってきちゃったという現状を認識した上で、母体搬送の拠点は産科とほかの科の連携がとれる病院として選ばれているんですよ。

○中澤事業推進担当課長 今ご質問があった合併症の問題なんですけれども、先ほど母体救命の搬送システムのことを少しだけ触れましたけれども、こちらがまさに緊急に母体救命が必要な、例えば産科の重症事例あるいは脳神経、それから循環器等の合併症で、緊急に救命が必要な場合には、基本的には近くの救命センターにということもあるんですけれども、スーパー母体救命、スーパー総合周産期センターという言い方をするんですけれども、都内で今4施設指定しておりまして、それで、23区については毎日当番制で必ず1施設、直近で見つからなければ必ず受け入れるという仕組みになっておりまして、そのための体制をとっていただいているところです。

○河原部会長 ほかに何かご意見ございますか。

○永田委員 すみません、資料4-2の事業の概要の4番のところなんですけれども、先ほどお話があって、NICUに長期入院されている方がいらっしゃるという、それは受け皿がないから長期化しているんでしょうか。

○中澤事業推進担当課長 いろんな側面があるかと思います。今お話があったとおり、地域になかなか受け入れ先がなくて、実質入院されている状況の方も中にはおりますし、後はやはり一つは親御さんの気持ちの問題ですとか、あるいは地域に、在宅に移行して生活を営むには支援が必要になりますが、これまで余りそこら辺の支援についての調整とか、積極的にももちろんやってくださっている医療機関もあったんですけれども、全てがそういう形ではなかったもので、入院のときから退院に向けて少し親御さんと一緒に考えるとか、あるいは地域の機関に少し働きかけるとか、そういうことをすることで、今までなかなか退院できなかったご家族が退院について考えるようになるとか、そういう何というか、少し気持ちを、意識を変えていただくとか、その取り組みも必要と思われまして。なので、退院が今までうまくいかなかった中には、その施設の問題もあれば、支援する側の問題もあれば、親御さんの気持ちの問題もあればということ、さまざまだと思います。

○永田委員 わかりました。そのさまざまの中の一つとして、受け入れて在宅で面倒を見たいと思っても、その施設が受け皿として存在しない、あるいはしにくいという状況を、もしそれが少しでもあるのであれば、例えば4番の丸の三つ目のところなん

ですが、確かに福祉に関係するところの整備というのは重要なんですが、例えばここで言うべきかどうかはわかりませんが、入退院を繰り返すということになってきますと、その病院と地域の医療機関、そして医薬品を供給する薬局等あるいは訪問看護ステーションも当然入ってくるでしょう。さまざまな医療に関係する業種が、多分退院時カンファレンスは点数がついていますよね。そういった実施率は物すごく悪いんです。そういう試みをちゃんとやっていくということで、受け入れ側の直接の介護をなさるご家族の方が安心して、医療の面で見て、まず安心してその体制が確保できるような、要するに取り組みをやっぴりこういった医療計画の中でちゃんと示すべきではないかなというふうに思います。そこが言いたかっただけなんですけど。

○河原部会長　そうですね。おっしゃるように課題のところは認識されていると思うんですけど、もうそれはそのまま書いていただいてもいいと思うんです、もっと掘り下げて。一番担当でご存じだと思いますので、それがこの医療計画の次期計画の中で解決するかどうかはまた別の問題だと思うんです。お金がいるとか、予算がいるとか、あるいは人員がいるとかいう、急には手だてのできないような問題もありますから。ただ、論点というか、問題意識を持って次につなげていくというのは非常に重要だと思いますので、ぜひ皆さん方をお願いしていますように、特に課題のところについては、これだけは絶対やらないといけないというふうなことで、より掘り下げて具体的なものを問題提起していただければ、後はそれを解決に向けて皆さんで議論していくという形でやっていきたいと思いますが、よろしいですか。再確認ですが。

ほか、全体を通じて。

○林委員　資料4-2なんですけども、左側のページの棒グラフ、低出生体重とかですけども、これ、平成12年ぐらいから余り減っていないんですよ。ほとんど横ばいなのではないかと思います。それと恐らく死亡率もそんなに改善していないんじゃないかと、数字はわかりませんが。とすると、今までの対策は余り効果がないということなんでしょうか。例えば、NICUですか、これが140。これをきちんとやるのは、もちろん大事なことですけれども、要するに本当の目標は何をするかということで、低出生体重児をもっと減らすということなのか、死亡率を今40人ぐらいと言われましたけども、それを半分にするのは、相当難しいと思うんです。合併症を減らすといっても、具体的にどうすれば本当に減るかという、都の方策が見えないんじゃないかと思います。本当に何をしたら周産期において効果があるのか、ということです。マスコミが何か騒ぐと、そちらのほうに引きずられるような、どうも傾向がありまして、それが結果的にはいい方向に行っているような感じもするんですけども、もう少し科学的に何が一番大事なのかということを整理しないと、あと5年たっても余り変化がないのではないかという感じがしますので、その辺の議論をお願いしたいと思います。

○中澤事業推進担当課長　新生児死亡率、それから早期新生児死亡率について余り減少し

ていないとの御指摘ですが、実際は、かなり死亡率については下がってきておりまして、日本の新生児死亡率、早期新生児死亡率に関しては、世界の中でもかなり高いレベルと言われているぐらいまで下がってきている状況です。

例えば、早期新生児死亡率、出生千対ということになりますけれども、平成10年が1.5でしたけれども、それが平成21年の段階では0.7に下がっております。

○河原部会長 わかりました。

ほか何かございますか。

○細川委員 周産期医療について、やはり周産期の死亡をどう減らすかというのが一番の課題というふうにも見えますが、地域で今問題なのは、やはり正常分娩できるところが減少していることだと思います。妊婦検診は一応クーポン券もできたし、やってくれるところはあるんですけど、お産をするとなると、かなり前から予約しとかないといけないという状況は相変わらず変わらない状況です。分娩を取り扱うところはまだ減っているのでしょうか。一時期一気に減りましたよね。そういう意味で、成城分娩ですけど、安心してお産ができる医療機関をもう少しふやす方策は、正常分娩の話ですけど、ないのでしょうか。

○河原部会長 もし何かご回答があれば。

○中澤事業推進担当課長 医療施設の数なんですけれども、分娩取り扱い施設等の推移ということで、3年に1回の調査ですが、都内は、診療所、病院全部含めて平成20年の地点で191施設、その3年前の17年が192施設ということで、下がってはきているんですけども、その下がり方が少し横ばいになっているような状況ではあります。ただし20年ほど前と比べると半分ぐらいに減っているかなという状況です。

○河原部会長 全体に医療計画が行政計画の枠組みとしては、一番上に理念とかがあって、次に到達点、ゴールがあって、将来的な目標、それから分野ごとに大きな目標があって、さらにその下に中とか小の目標が各分野、細かい分野にある、と。それを、例えば国で言うベースラインデータで分析して、現状値を把握して、改めて目標値を設定していくわけですよ。それで、目標値を成就するための施策体系が出てきて、その施策を実施するために、さらに下に事業計画、実施計画が出てきて、それで実際に実施して、歯車が回っていくというのがイメージだと思うので、その中で、そういう体系で考えて、どこが弱いかということをもう一回把握して、これは母子というか周産期に限らず、どこが東京の医療が弱いかと。さっき正常分娩の話も出ましたが、そういうところを同定して、そこから解決方策を議論していくという筋道が一番重要かと思えます。

そういうことで、これからきょうまだ2課題ありますが、事務局で整理していただいて、次は課題をもとに施策の実際の方向性を具体的に検討したいと思います。

ちょっと時間の関係ありますので、周産期に関しては、また課題とかに意見出しをお願いしたいと思います。

それでは、次に、小児医療をお願いいたします。

○中澤事業推進担当課長 それでは、小児医療の取り組みについてご説明いたします。

資料5-1をご覧くださいと思います。

1点目、現状及びこれまでの取組状況としまして、まず小児救急医療体制の確保についてです。現在、平日夜間に区市町村が実施します小児初期救急診療事業への支援を行っております。また、入院治療が必要な小児救急患者への医療を確保するため、休日・全夜間診療事業として、365日24時間体制で小児科医師が診療する二次救急医療機関を確保しております。

また、既存の医療資源を活用して、一次から三次の小児医療を効率的・効果的に提供するための小児医療ネットワークモデル事業を実施中でございます。

2点目ですが、他の医療機関で救命治療の継続が困難な小児重篤患者の受入要請があった場合、必ず受け入れるこども救命センターを、現在都内4カ所指定しております。平成22年9月から運用しているところです。こども救命センターにつきましては、次の資料5-2の右上の図をご覧くださいと思います。

初期、二次の医療施設あるいは自宅等において重症以上の小児患者が発生した場合、直近の救命救急センター等に搬送されて、蘇生的治療が行われますが、その後の治療継続が困難な場合、こども救命センターが必ず受け入れるという仕組みになっております。

また地図がございますが、こちらは四つのこどもセンターそれぞれを中心としたブロックを示したものです。区の北ブロックが日本大学医学部附属板橋病院、東ブロックが東京大学医学部附属病院、西南ブロックが国立成育医療研究センター、そして多摩ブロックが都立小児総合医療センターと、四つのこども救命センターをそれぞれ核としまして、ブロックごとに地域の二次医療機関とのネットワークの構築を図る取り組みも実施しているところです。

それでは、また資料5-1にお戻りいただければと思います。

現状及びこれまでの取組状況の3点目ですが、小児救急に係る普及啓発の推進を挙げております。区市町村の取り組みに対する支援ですとか、あるいは講演会の開催、それから小児救急に関する初期段階での安心の確保を目的とした電話相談事業を実施しているところです。

次に、課題をご覧くださいと思います。

小児救急医療体制の確保では、小児初期救急医療、休日・全夜間診療体制が十分に確保されている状況とは、まだ言えないというのが課題となっております。

それから2点目、こども救命センターの機能確保ですが、こちらはこども救命センターからの退院や転院先の確保の促進が必要であるということ、それと、小児医療連携ネットワークを通じて、このこども救命センターの事業の一層の周知が課題となっております。

三つ目、小児救急に係る普及啓発の推進ですが、こちらは普及啓発の補助事業をやっているんですけれども、手を挙げている区市町村が余りふえていないことなどを踏まえまして、小児救急医療に関するさらなる普及啓発の必要性を課題にして挙げているところです。

最後に、3、施策の方向です。

こちらは今ご説明しました課題の裏返しとなるんですけれども、まず地域における小児医療実施体制の充実・強化を図っていくこと。こども救命センターの体制確保と小児医療連携ネットワークの構築を図っていくこと。一層普及啓発を推進していくことと、その三つを挙げております。

小児医療については、簡単ですが、以上です。よろしく申し上げます。

○河原部会長 ありがとうございます。

ただいまのご説明について何かございますか。

○細川委員 すみません、1点だけ。小児救急の受診者の95%が軽症であるということはよく知られていまして、結局親の不安にどう対処するかが大きな課題です。東京都も#8000がありますが、ただ時間が限られているのと、本数が少ないので、どうも電話がかからないというところがあって、多分#7119に大分流れているのではないかなと思っています。

そういう意味では、相談体制とか、特に特別区もやはり普及啓発の役割があると思うので、親の教育なり相談、今は教育してもなかなか受け入れてもらえなくて困ったときには誰かに聞くというのが多いので、相談体制の充実をもう少し図れるような方向が出ないかとは思っております。

○河原部会長 何か事務局、ご発言あるんですか。

○河合事業推進担当課長 #8000事業については、時間帯によってちょっとつながりにくいというようなこともあるようで、そちらのほう、相談内容とあわせてきちっと実施状況を確認しながら推進していきたいというふうに思っています。

○河原部会長 さっき細川委員から質問がありましたけど、やっぱりがんまできょうやる予定ですよ。がんがちょっと重くて。

○新倉保健医療計画担当課長 できればちょっとやって、あと時間の関係でもしこの場で議論が出尽くさないところは、また文書、後日メール等でも事務局のほうに意見をちょっといただければというふうにはと考えております。

○河原部会長 わかりました。そういうことですが、座長の不手際で申しわけないのですけど。

○林委員 これも医師会から言われているんですけれども、休日診療体制については充実・継続してほしいということですね。それから、先ほど言いました、周産期医療でも医師会がやっております啓発事業について東京から支援していただきたいと。

それから、小児医療ということで、大ざっぱに言うんだったら、これは小児救急だけ

なんですか、それとも小児医療でいいんですか。

○河原部会長 小児医療。

○林委員 そうしたらワクチンは絶対やってほしいですね。もうともかく東京都は金があるんだったら、ワクチンを何とかやってほしいと思います。

○河原部会長 そうですね。日本のワクチン行政、もう途上国みたいなものですから。ぜひワクチンの記述をお願いします。

ほか小児、何かございますか。

○桑名参考人 東京都は子供を何人産めばいいのかという将来構想があって、それで出生数の目標を決めるというのは乱暴な話かもしれませんが、ある程度数を決めないと、それに対する対応というのはできないのではないのでしょうか。これからも減るのであれば増やしていかななくてはならないのではと思いますし、将来の東京を守るためにどうあるべきかということから周産期と小児医療に関して、記述があってしかるべきではないかと思います。

○河原部会長 いかがでしょう。さっきNICUの病床の整備数も出ていましたけど、やっぱり桑名先生のおっしゃるように、根っこの需給の議論というか、数値の裏づけとか、予測がいますと思いますが、いかがですか、事務局のほうは。

○新倉保健医療計画担当課長 今のご指摘の部分、大変難しい部分だと思います。今まで、例えば都で進めてきている部分は、子供を例えば産みたいと、持ちたいと思った方が安心して産み育てられる環境を整えていくというのが一つ大きな部分であって、医療政策部だけじゃなく、福祉保健局のほか各局でも取り組んでいるところですけども、子供の出生数や出生率をどうするかとかについて、踏み込んで目標なりを設定するという考えは、都でもまだ持ってはおりません。

○河原部会長 このあたり、余談になりますけど、例えば看護師の定員が大学から専門学校まで入れると6万人ぐらい。生まれてくる子供が今104万人ぐらいですよ。女の子が50万人です。そのうち女の子も30万人ぐらいになるといわれています。今のままどうしても看護師定員6万人を毎年確保しないといけないとなれば、生まれてくる子供の、例えば30万人を女の子としたら、進学率2分の1として15万人中6万人が看護に行かないといけないんです。同じような現象が医師、歯科医師、すべてに起こっていて、薬剤師も、これから生まれてくる子供、二、三人に一人は医療か介護に行かないといけない時代になるんです。職種ごとの必要数を考えれば。だけど、そんな社会が成り立つわけがないので、人の数も有限だということを前提にいろいろ議論を、医療従事者も、あるいは子供の数も有限だということを前提に、人口学的にちょっと予測したほうがいいのではないかなと思います。そのあたり、ちょっと事務局のほうで考えてください。それは根本になりますよ、医療の需給バランスの。

ほか、よろしいですか。

それでは、周産期と似たところがありますので、また小児に関しても課題の部分、上



の現状のところを見ながら、課題をもう少し掘り下げて、抜けているものがあれば意見出しをお願いしたいと思います。

それでは、がんのほうに進みたいと思います。よろしく申し上げます。

○小松崎歯科担当課長 それでは、がん医療の取り組みということで、東京都のがん医療対策につきましては、平成20年3月に国のがん対策基本法に基づきまして、東京都がん対策推進計画を策定して、これまでの間、予防から医療までさまざまな取り組みを行ってまいりました。

都のがん対策推進計画につきましては、保健医療計画と同様に今年度改定を予定しておりまして、国のがん対策推進基本計画を踏まえまして、東京都がん対策推進協議会におきまして、現在検討を進めているところでございます。

それでは、資料6-3をご覧ください。

東京都のがんの疾病の動向でございますが、東京都のがんの死亡者数は年々増加してきておりまして、平成22年では32,095名となっております。また、がんの年齢調整死亡率につきましては、東京都がん対策推進計画の全体目標並びに現行の保健医療計画の中でもがん対策全体に係る指標として、この現象を挙げさせていただいております。

②のグラフの左側が全国、右側が都のがんの年齢調整死亡率の年次推移を示しております。

計画策定時において93.9であったものが、平成22年は85.4となっております。計画策定時から9.1%減少しています。これまでの取組状況といたしましては、都のがん対策推進計画に基づいて、予防から医療までの幅広いがん対策を行ってきております。

次に、がんの予防につきましては、資料6-2をご覧ください。

現状といたしまして、成人の喫煙率が20.3%で、男女ともに減少傾向にあります。が、全国と比べますと女性の喫煙率が高い傾向にございます。

また喫煙者のうち、やめたいと考えている人は35.9%に上り、特に女性にやめたいと考えている人が43.2%と男性に比べて多くおります。受動喫煙の機会のある人の割合は減少傾向にございます。また健康的な生活習慣については、東京都健康推進プラン21の目標値に比べると十分普及しているとは言えない状況でございます。

次に、資料の右側をご覧ください。

がんの検診受診率は向上してきているものの、いまだ30%から40%台にとどまっております。国指針に基づく検査方法での検診が多くの区市町村で実施されている一方、精密検査の受診率や、結果把握率については、自治体間で差が見られます。

予防・早期発見についてのこれまでの取り組みとしては、イベント等の普及啓発、受動喫煙ハンドブックの作成配布、職域への支援や、受診率向上に取り組む区市町村への手引きの配布、連絡会の開催や精度管理・事業評価等を実施しているところでござ

います。

次に、がんに関する情報提供の推進・相談支援体制の整備ということで、資料6-3にお戻りください。右上に相談支援センターの状況ということで、がん対策推進計画において患者、家族の不安及び苦痛の軽減ということを全体目標の一つに掲げておりまして、そのための取り組みとして、がんに対する情報提供、相談支援体制の整備を行っているところでございます。

現状としては、すべての拠点病院、認定病院において相談支援センターを設置し、がんの患者や家族に対して相談・対応を行っておりますが、昨年度実施しました東京都がんに関する患者意識調査によれば、拠点病院、認定病院の患者さん約2,800名のうち、院内の相談支援センターについてその機能や場所も含めて知っていた人の割合は22%と、まだまだ相談支援センターの認知度は低い状況にございます。これまでの取り組みといたしましては、センターを設置して、国立がん研究センターの研修を終了した相談員を配置することにより、相談の質の向上を図っているところでございます。また、平日に相談ができない患者さんを対象としては、夜間・休日の相談も実施しております。

次に、治療の初期段階からの緩和ケアの提供についてですが、資料の下段の都内病院における緩和ケアへの対応についての横棒グラフをご覧ください。

これは平成22年度に実施しました東京都がんの緩和ケア提供体制の実施調査からの結果でございますが、身体的な痛みに対応できる病院は8割以上ありますが、精神症状への対応が可能な病院は5割程度でした。都内病院の在宅療養患者の受け入れについては、他施設の患者さんを含め、対応できると回答した施設は、緊急一次入院受け入れについては13.2%、レスパイト入院については8.8%でした。

緩和ケアに関するこれまでの取り組みとしては、すべての拠点病院、認定病院に緩和ケアチームや外来を設置し、治療の初期段階からの緩和ケアについて取り組んでおります。また、がん診療に携わる医師に対する国指針に基づいた研修修了者は約3,200名でございます。

以上のことから、今後の課題ですが、資料6-1の2枚目をご覧ください。

まず、がん年齢調整死亡率についてですが、都のがん対策推進計画では、平成20年から10年間で20%死亡率を減少するということを目標としておりまして、現在5年間で9.1%減と、着実に減少はしてきておりますが、今後5年間でさらに約10%減少させるということを考えますと、目標達成には一層のがん対策の取り組みが必要だと考えております。

次に、がん予防につきましては、禁煙を希望する人が禁煙しやすい支援、受動喫煙防止対策の工夫が必要であることや、がん予防のための生活習慣実践者をふやすための普及啓発や、取り組みやすい環境整備が必要であるということ。検診受診率の向上につきましては、区市町村が取り組む受診率向上施策の取組状況の把握と支援、精度管

理・事業評価を活用し、都民への普及啓発及び区市町村への技術支援等に取り組むことが必要であると考えております。

がんに対する情報提供・相談支援の推進につきましては、相談支援センターの認知が不十分であり、認知度を上げることにより、必要な患者さんやご家族に相談支援センターを活用していただくということが課題かと考えております。

がんと診断されたときからの緩和ケアの提供につきましては、精神的・心理的苦痛に対する適切な緩和ケアの提供が不十分であることや、病院から在宅に至るまでの切れ目のない在宅療養体制が十分整備されているわけではないというようなことが課題として挙げられます。

これらを踏まえまして、現時点での施策の方向性でございますが、一つは、がんの予防・早期発見の推進というところで、成人の喫煙率の減少、効果的な受動喫煙防止対策の推進、がんを遠ざける科学的根拠のある生活習慣を実践する人の増加、がん検診の受診率向上施策の推進、科学的根拠のあるがん検診をすべての区市町村で実施及び検診の質の向上等に取り組むということを挙げております。

もう1点、がん医療の充実ということでは、高度ながん医療を総合的に展開し、患者及び家族の不安を軽減するための取り組みを進めてまいりたいと考えております。

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。

ただいまのご説明に関して、何かご質問等ございますか。

○細川委員 時間もないので1点だけ、たばこなんですが、たばこ対策が非常に、あらゆる医療の予防の中で重要になってきていまして、ここに書かれているのは、禁煙支援と受動喫煙防止はあるんですが、防煙といえますか、たばこを吸い始めない教育の話はここでは記載しないのでしょうか。がん対策基本計画ですから、そちらでは当然書かれてくると思いますが。

それからもう1点は、これは言うに困るかもしれないんですが、去年、石原さんが4期に立つときに、飲食店の受動喫煙防止の条例の話がありましたよね。あの話はどのようなのでしょうか。飲食店での受動喫煙率が下がってきたとはいえ高い。これをどうするかというのは、やっぱり一つ大きな課題であって、論文によれば、飲食店も含めた受動喫煙の防止策、禁煙化をしたところ、3年ぐらいで心筋梗塞がかなり減ったとか、死亡がかなり減ったとか、そういうデータも出ているわけで、実際にもう傷害的な環境になっていると思うんです。ですから、その辺の対策は方向性を出せないものかなと感じております。

○事務局（吉川） すみません、本日、健康推進課長の広松が欠席のため、成人保健係の吉川と申しますが、どうぞよろしく申し上げます。

まず、一点目についてですが、現在、がん対策基本計画、東京都の計画の改定の作業で、私どもは予防と検診の受診率向上に向けての部会を設置し、検討している最中で

ございます。そちらでは当然国の基本計画に基づきまして、成人喫煙率につきましても、目標として何らかの形で掲げていきたいなと思っております。

また、未成年に対する対策では教育庁とも連携の上今後検討していきたいと思っておりますので、部会のほうでの検討を踏まえて、計画のほうに定めていきたいと考えております。

飲食店の受動喫煙につきましても、これまでどおり、東京都ではハンドブックの作成ですとか、さまざまな取り組みもしてきましたけども、やはり数値目標として、今回国の基本計画でも定められておりますので、具体的に数値をどうしていくか、また数値の把握についてどうしていくか、対策についてどうしていくかにつきましても、部会のほうで検討して、保健医療計画のほうにも反映していきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○河原部会長 資料6-2で、右のほうで、がん検診受診率の推移とありますけど、要は平成12年、悪いところはもう10%台のがん検診もあったわけですよ。今22年にしても35%ぐらいと。これじゃあ何の効果もないと。まして、がんのこれは市町村ですよ。健康増進法に基づく検診ですから、例えば医療機関、人間ドックで受診したとか、がんの検診の実態すらわからないんです。だから、そのあたりで戦略が立てられないんですよ。

それともう一つは、この受診率を妨げているのは、例えば市町村の補助金の制約があるのかということも背後にあると思うんです。例えば定員何人までしかやっていないとか。

後は、もう一つは、がん登録です。がん登録のシステムをせっかくつくっているのいうまくやらないと、そこからデータをとってきて、分析して、がん対策を講じるのが本当に科学的根拠に基づく行政だと思うんですけど、そのあたりいかがでしょう。

○事務局（吉川） まず、この資料6-2の2番（1）の受診率のデータですが、こちらは区市町村のデータだけではなくて、東京都全体の受診率ということで考えております。

○河原部会長 これは健康増進法に基づく検診だから、例えばそのまま医療機関の人間ドックへ行ったとか、医療機関に直接行ったとかいうようなところが把握できないんです、今のシステムで。

○事務局（吉川） そうですね。実態としては、確かに把握は難しいと考えておりますが、この調査自体は、職域で受けた方、健増で受けた方、もちろん人間ドックで受けられた方も含めた受診率ということで把握している調査になっております。

○河原部会長 だけど、健康増進法に基づくと書いていますけど。

○細川委員 これは対象率の調査だから、調査としては全数とっているんです。

○河原部会長 だけど、こんなに低いんですか。じゃあ、この低いことが大きな問題ですよ。

○河原部会長 すべての始まりが、ここに大きな問題が出てくる。

ほか何かありますか。

○林委員 我々の検討会でも、検診データがかなりよくないということなんですよね。実際、市区町村できちんとしたデータがとれていないような感じでした。それから、いろいろな区から、医師会から言われることは、受診券の個別送付、要するにクーポンですね。これが非常に受診率の向上に合ったということなんで、ぜひこれを入れてほしいです。東京都は主導すべきだとまで言われておりますので、ぜひクーポン化をしていただきたいと思います。

それから、がんの在宅医療とかのほう、あるいは緩和ケアの地域化とか、それに関してですけれども、板橋医師会はいろいろな取り組みをやっておりまして、訪問看護ステーションをもっと強化しようというのが結論ですが、色々な先生の意見を聞きますと、がんはやはり、かなり医療的な専門性が高いんです。地域包括では医療の、特にがんの特殊なのはまず無理だという意見が出ております。そういうところへ相談に行っても、福祉的などころはいいんですけれども、がんのいろんな状態に会うんですよね。それはやっぱり訪問看護師さんじゃなきゃだめだという意見が強くありまして、それじゃあどうしたらいいかという、例えば板橋区医師会の例なんですけれども、医師会で訪問看護ステーションをやっているんですよね。そこを中心に訪看ステーションの動きを一つにまとめようかというような動きになっておりまして、そうすることにより全体のレベルアップにつながるのではないかと、という話がございます。それを、東京都モデル事業として、必ずしも医師会主導でなくても構わないのですが、例えば医師会の範囲で訪看ステーションの経営母体が色々ありますけれども、それを地域ごとに集めていただいて。その上で訪問看護ステーションと医師会の連携をもっと密にする。そうすれば、緩和ケアで地域の患者への対応が可能になると思います。また拠点、認定協力病院がありますけれども、地域の方は病院の相談室へすぐ相談なんて行かれないです。この前NHKでもありましたけれども、結局どこへ行ったらいいかわからないという現状がございます。結局患者さんは、特にがんを持った家族やなんか本当に右往左往して困っていると思うんです。

やはりある程度のレベルでもって、構築した体制を周知すれば、やっぱりがんを背負った人は心強いのではないかと。やはりがんについてはある程度専門性が必要だろうと思いますので、ぜひそういうスタイルをご検討いただければと思います。

○河原部会長 ほかに何かございますか。

○高野委員 がん医療の支援医療としての歯科ということで、口腔のものというのは周術期とか、化学療法とか、放射線療法にかかわることで、結構連携が進まなければいけないと思うんですが、その辺を進めるというものも組み入れていただければと思うんですが。

○河原部会長 その点よろしくをお願いします。

○山元委員 林先生の意見には賛成です。看護協会のほうでも訪問看護ステーションをもう少し拡大していこうと考えておりますので、その点では、医師会の先生方と協力してできる、そういう体制ができればと思います。今高齢者の方たちで、在宅でと言われても、結局介護する人もお年寄りで、両方の立場の方が不安の中にいるという状況があるというのも聞いておりますので、そういうところをどうサポートできるかというところで、やっぱり先生方のご協力がないと、そこは訪問看護ステーションだけではできないところがありますので、そこを強化するやり方をやっていけたらいいのかなというふうに思っています。

それともう一つ、予防のところでも子宮頸がんのワクチンの接種を早い時期からやっていくということも、これもがん対策推進計画のほうに入っていくことなのかもしれないんですけども、そこも入れていただきたいと思います。

○河原部会長 ほか、いかがでしょう。

○永田委員 林先生、ぜひ薬剤師会もそういう中に入れていただければと、疼痛管理の点がありますので、それが言いたかっただけです。

○河原部会長 ほか、よろしいですか。

今ご意見いただいたように、もう都の医療資源とか、あるいは質に関しては、ほかの都道府県から見ればはるかに先を行っているわけです。後は、今まで構築したシステムをもう一回点検して、どう組み合わせればうまくいくかという、対応部品を組み合わせ、新しい製品をつくったらいんです。新たに発明する必要はないんです。だから、今までの施策をもう一回見直して、どういう組み合わせとか、どういうところを改善すれば目標達成するかを検討することが一番労力を使わずに、所期の目的を達成すると思うんですよね。

ですから、そういう観点でももう一回、がん医療あるいはそのほかの計画も見ただければと思いますが、ほか、いかがでしょう。

○桑名参考人 がん医療に関しては治療の面で非常に進歩しております。副作用が少ない薬がどんどん出てきて、治療医としては長く投与するようになりました。患者さんも新薬に期待して治療を望みますから、緩和ケアとの連携ができにくくなっているという面も一部ではあります。

ですから、治療医と緩和ケア医との連携の面で、例えば主治医、副主治医というような形がとれば、初期から患者さんや家族の不安を軽減することができるので、具体的に施策に盛り込むことをお願いしたいと思います。

それからもう一つ、国のがん対策基本法で、今回就労問題ということが出ていますので、就労に対する支援というの、これは医療とはちょっと違うかもしれませんが、把握しておかなければいけないことではないかなと思いました。

○河原部会長 ご意見ありがとうございました。じゃあ、そのあたりもお願いします。

○小松崎歯科担当課長 就労支援に関しましては、がん相談支援情報提供部会のほうで一

緒にあわせて今検討しているところでございます。

それから、治療医と緩和ケア医の連携というところは、緩和ケアの地域での取り組みというところで、今年度から緩和ケア推進事業という拠点病院が中心となって、圏域の関係の職種の方々みなでお集まりいただいた緩和ケア推進会議のようなものを立ち上げて、そこで課題等を出していただきながら解決していくような取り組みを進めているところでございます。

○林委員 がんの死亡率なんですけども、5大がん、6大がんで、たしか東京都のデータだと思いますが、乳がんとたしか肺炎だと思うんですけども、余り改善されていないです、確か。その要因を少しきちんと調べていただいて、特に乳がんなんかは難しいみたいな、複雑にいろいろありますが、治療法もあるんですけど、どうも余り実態として効果が上がっていないということなので、そこをきちんと研究してもらいたいと思います。

○河原部会長 また何か論文とかいろいろあると思うので、ちょっとそのあたりの関係する論文があれば参考にしていただければと思います。

ほか、それと河口先生のがんに関するところ、ちょっとご説明をお願いします。

○新倉保健医療計画担当課長 先ほど、救急のときにお配りさせていただきました。がんについても、本日欠席の河口委員からコメントをいただいております。

①がんについてというところで記載がございます。一つ目としては、禁煙を政策とする点については賛成と。禁煙は医療経済学では、最も費用対効果が高いプログラムであるということ。

二つ目といたしまして、がんの検診率の向上については、マーケティングの技法を導入したトライアルを乳がん等で実際されると聞いているという、ちょっとここは確認しなければいけないんですが、従来の方法よりも効果があると思うので、こちらを十分に活用されることが望ましいんじゃないかということ。

そして、もう一つ三つ目、都における最大の問題は質よりも量であると考えているということです。下のほうに記載がありますが、今後のがん患者増加の予想に対して、療養病床を整備するか、地域包括ケアで対応するかという選択肢があるが、国の方向性は地域ケアのほうで、当方も同じ考えであるということで、ご意見を承っております。

以上です。

○河原部会長 あと数値に関しては、国の指針とちょっと外れるような数値ですけど、こちらのほうもちょっとプラスアルファで、ひょっとしたらこちらのほうが有効かもわかりませんので、ご検討いただければと思いますけど。

ほか、がんはよろしいですか。

ちょっとまだ議論が不十分だというふうなことがあれば、次の在宅とかを検討するところでも、またちょっと意見というか、議論を蒸し返してもよろしいですか。

○新倉保健医療計画担当課長　そうですね。後はこちらがその場で答えられるかどうかの部分があるんです。出席できる職員も限られますが、そのあたりの中で最大限に対応したいと思います。

○河原部会長　それでは、意見出しのほうはがんも含めて、課題中心に一人1課題で、具体的に書いていただいて、事務局のほうに寄せていただければと思います。それをもとにどういう政策がいいかということを議論してみたいと思います。もちろん実現可能なものも、可能でないものもあると思いますが、それは議論していきたいと思います。

それでは、きょうは長い時間ありがとうございました。事務局のほうにマイクをお返ししますが、よろしくをお願いします。

○新倉保健医療計画担当課長　すみません、事務局から連絡事項です。

まず1点目ですが、次回の改定部会第7回でございますが、ご案内させていただいてますとおり、今週木曜日12日14時からとなっております。議題は災害、精神、在宅の3項目を予定しております。よろしくお願いたします。

また、席上に用意いたしました保健医療計画の冊子、あと国指針のファイル、この2点については、席上にそのまま残しておいていただければと思います。

東京消防庁の資料については、そのまま持ち帰っていただいて結構でございます。

事務局からは以上でございます。

○河原部会長　どうもありがとうございました。

(午後 7時09分 閉会)