

第 1 回

東京都保健医療計画推進協議会

会 議 録

平成 2 2 年 1 2 月 2 1 日

東京都福祉保健局

(午後 5時59分 開会)

○馬神課長 恐れ入ります。定刻となりましたので、ただいまから平成22年度第1回東京都保健医療計画推進協議会を開会いたします。

本日は、委員の皆様方には、大変お忙しい中、ご出席下さいまして、誠にありがとうございます。

議事に入りますまでの間、私、医療政策部医療改革推進担当課長の馬神が進行役を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

まず、始めにマイクのご説明をさせていただきます。この会議室のマイクでございますが、真ん中にごございます赤いボタンを押していただきますと、このようにランプがつきます。これで電源が入っている状況となりますので、ご発言の際はボタンを押していただきますよう、よろしくお願いいたします。

次に、本日の資料についてでございますが、議事の都度、資料についてもあわせてご説明申し上げますので、落丁等がございましたら、事務局にお申しつけ下さい。よろしくお願いいたします。

それでは、今回の協議会より新たな任期となりますことから、委員の皆様のご紹介をさせていただきます。お手元にお配りしてございます、資料1、東京都保健医療計画推進協議会委員名簿をご覧ください。委員の皆様の役職につきましては、こちらをご覧くださいまして、この度はお名前のみのご紹介とさせていただきます。

それでは、名簿の順番にご出席の委員のご紹介をいたします。

橋本廸生委員でございます。

河原和夫委員でいらっしゃいます。

田嶋尚子委員でいらっしゃいます。

島田美喜委員でいらっしゃいます。

内藤裕郎委員でいらっしゃいます。

弓倉整委員でいらっしゃいます。

稲波弘彦委員でいらっしゃいます。

高野直久委員でいらっしゃいます。

永田泰造委員でいらっしゃいます。

山元友子委員でいらっしゃいます。

菅原寛貴委員でいらっしゃいます。

西川圭子委員でいらっしゃいます。

羽田由利子委員でいらっしゃいます。

飯山幸雄委員でいらっしゃいます。

秋山隆委員でいらっしゃいます。

斉藤道夫委員でいらっしゃいます。

西田みちよ委員でいらっしゃいます。

大坪冬彦委員でいらっしゃいます。

清水稔委員でいらっしゃいます。

赤穂保委員でいらっしゃいます。

荒井伸幸委員でいらっしゃいます。

なお、田中委員、北澤委員、植松委員につきましては、所用のため本日欠席されていらっしゃいます。

このため、本日は24名中21名のご出席となっております。

次に、事務局職員を紹介させていただきます。

中川原医療政策部長でございます。

高橋医療改革推進担当部長でございます。

山岸医療政策担当部長でございます。

吉田医療政策課長でございます。

椎名歯科担当課長でございます。

越阪部救急災害医療課長でございます。

飯田事業推進担当課長でございます。

田口医療調整担当課長でございます。

竹内災害医療担当課長でございます。

田中医療安全課長でございますが、本日、所用のため、代理で佐藤課長補佐が出席しております。

前川医療人材課長でございます。

佐藤看護人材担当課長でございます。

櫻井精神保健・医療課長でございます。

それでは、ここで中川原医療政策部長から一言ご挨拶を申し上げます。

○中川原医療政策部長 改めまして、医療政策部長の中川原でございます。新しい任期の初回にあたりまして、一言ご挨拶申し上げます。

委員の先生の皆様方におかれましては、日頃から東京都の保健医療行政に多大なご協力、ご理解をいただき、厚く御礼申し上げます。

また、大変お忙しい中、東京都保健医療計画推進協議会の委員にご就任いただきまして、重ねて御礼申し上げます。

本協議会につきましては、医療法に基づく医療計画だけではなく、東京都の保健医療に関し、施策の方向を明らかにする東京都保健医療計画の円滑な推進を図るために設置されております。

今年度は、平成20年3月に計画を改定いたしましてから3年目となりまして、5年計画の半分を過ぎたというところでございます。この間、救急医療、周産期医療、小児医療の問題、それから医師不足の問題など、医療をめぐる状況は大変厳しいものがございまして、引き続きその状況は変わっていないと考えてございます。

こうした状況の中で、都はこの計画におきまして、救急医療、周産期医療、小児医療などにつきまして、事業別に医療体制の取り組みの基本的方向を定めております。これに基づきまして、こうした医療をはじめとする喫緊の課題に対しまして、国の対策を待つことなく、速やかに対応すべく、緊急的な取り組みを進めてきているところでございます。

本日は、それらの東京都の取り組みに関しまして、ご報告させていただきまして、ご意見を頂戴できればと考えております。

この協議会のご意見を今後の保健医療計画の施策の推進、さらには今回の任期の間にございますけれども、計画改定についても、ご検討をお願いすることとなりますので、次期計画改定におきまして、そうしたご意見を反映させてまいりたいと考えております。委員の先生方のお力添えを賜りますよう、重ねてお願い申し上げます、挨拶とさせていただきます。どうかよろしくようお願い申し上げます。

○馬神課長 それでは、今回の協議会から新たな任期となりますことから、委員の皆様には、まず座長を選任していただく必要がございます。

資料2、東京都保健医療計画推進協議会設置要綱の第5の2にございますとおり、座長は互選していただくこととなっておりますけれども、いかが取り計らいましょうか。

○内藤委員 座長の互選についてご提案させていただきたいと思えます。座長にはこれまで副座長として、また前回の保健医療計画改定の際には、改定部会の部会長としてご尽力いただきました橋本委員にお引き受けいただければと思えますが、いかがでしょうか。

(異議なし)

○馬神課長 ありがとうございます。それでは、橋本委員、座長席へお移りいただきます。

では、早速で申し訳ございませんけれども、橋本座長から一言ご挨拶をいただければと思えます。

○橋本座長 橋本でございます。ただいまご指名をいただきました。先輩がたくさんおられる中、大変、恐縮でございます。役割を果たしてまいりたいと思えますので、どうぞよろしくお願いいたします。座らせて頂きまして、続きをご挨拶申し上げたいと思えます。

この協議会は今、部長からお話があったように、東京都保健医療計画の総合的、かつ円滑な推進を図るために設置されているということでございます。それが一つの存在の理由だと思えます。

それから、この2年間というのは、これまでの評価を含めて次回の改定に向かって動き出すという、そういう大きい時期で大きな役割を担うことになると思えます。

医療計画というのは、行政的には昭和60年に医療法が改正されて、各都道府県の知事が責任を持って医療を計画的に進めていくということで設置されたもので、25年経つわけです。

東京都との関連で申し上げますと、昭和60年よりちょっと前から、実は議論を始め

ていまして、医療を地域でやっていくという計画をどうするか、どういう性格の計画なのかということも含めて議論しました。大学で我々研究会をつくって、その中に東京都の方に数人入っていただいたという記憶があります。それから、東京都医師会にも入っていただいて、いろんな議論をいたしました。

その中で、やはりこの計画の性格というものはどういうものかという議論があって、それは、一つは法律で決まれば行政計画という言い方になるでしょう、という言い方をしましたけれども、やはり医療というのはそうではないだろうと。先ほど、部長さんの方からもそのようにとれる表現がございましたけれども、やはりその地域にとって医療を確保していくという上では、さまざまな資源が協力してやっていくという、いわば社会計画のそういう性格を持った計画であるという、そういう仕組みであるという、そういった合意がなされて、進んできていると思います。

最近では行政計画なのかなという感じがどうもしているところもありますけれども、本旨に立ち返って、東京都の医療をつくり上げていくために、必要な資源が協力していく、そういう場であることをぜひ推進したいと思っております。

東京都らしいものをつくりたいなど、座長としては願っております。東京都らしいということは、一つは、東京都が持っている日本の中での、行政の中の位置づけの問題があると思います。ある意味では先進的であるということ、逆にリーダーシップをとっていく。全体のいろんな都道府県のリーダーシップをとっていくということになると思います。

そうすると、将来医療がどう変わっていくかということを見据えて、何か先に手を打っていくという、ある種のモデルをつくっていくようなことも、我々の役割かなと思っています。

アシモフという人が、かつて計画というのは未来から現代を評価することであると言いました。多分、そのことは我々に課せられた課題かなと思っております。ぜひご協力いただいて、いいものをつくりたいと思います。委員の皆様方、ぜひ積極的なご発言をいただいて、この会をいいものにしたいと思っております。

私は単なる進行役かな、くらいに思っていますので、ぜひよろしく願いいたしたいと思えます。よろしく願いいたします。

○馬神課長 ありがとうございます。それでは、これからの進行を橋本座長、よろしく願いいたします。

○橋本座長 それでは、議事次第に沿って進めたいと思えますけれども、まず最初にしなければいけないこととして、副座長の指名をしたいと思えます。

資料にありますように、設置要綱の第5の2によれば、副座長というのは座長が指名することになっております。そこで、私が指名させていただきたいと思えます。

副座長には、前回より本協議会の委員となっていていただいており、保健医療政策に造詣の深い河原委員をお願いしたいと思えます。委員の皆様、いかがでしょうか。

(異議なし)

○橋本座長 それでは、河原先生、よろしくお願ひいたします。

それでは、一言ご挨拶をいただければと思います。

○河原委員 ただいま座長から副座長に指名していただきましたが、私の使命としましては、座長の橋本先生を補佐し、そして、良い医療計画をつくるために全力を尽くすというふうを考えておりますので、何とぞよろしくお願ひいたします。

○橋本座長 ありがとうございます。それでは、会議次第に従ひまして、議事を進めてまいりたいと思います。

まず、東京都保健医療計画の進捗状況について、事務局からご説明をお願いします。前回、委員でなかった方はちょっとお分かりにくいかと思いますが、昨年度は、報告事項がものすごくたくさんあって、かなり時間もオーバーしたし、それから説明もかなり詰まっていたという状況がありますので、事務局の方からご配慮いただきまして、今年度から少なくとも2回に分けてするということの合意を得ております。そんな形で今日は進めさせていただきたいと思います。

それでは、事務局からよろしくお願ひいたします。

○馬神課長 それでは、すみません、座ってご説明をさせていただきます。

それでは、お手元に配付しております東京都保健医療計画の冊子の6ページ目をお開きください。

こちらに、3、計画の進行管理という項目がございます。計画につきましては、こちらにございますように、本協議会において、事業の達成状況について評価を行い、進行管理を行うこととなっております。今年度は計画の3年目でございますが、計画に基づく多数の取り組みを進めているところでございます。今、座長の方からもご説明ございましたとおり、年1回の会議ではご報告し切れないことから、本日の開催に加えまして、3月にも、もう1回協議会を開催させていただきたいと考えております。

本日の会議では、今年度大きな動きのあった事業等を中心に取り上げさせていただきまして、4疾病5事業、ご存じのとおり4疾病である、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、5事業であります救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療でございますけれども、本日はそのうちの5事業部分と、医療人材の確保、感染症対策についてご説明させていただきます。

次回につきましては、残りの4疾病の部分、それから在宅医療等の取り組みについて取り上げさせていただきまして、加えて計画全体にかかる進捗状況と計画に掲げている指標の達成状況についてご報告させていただきたいと考えております。

また、お手元に参考資料といたしまして、本年1月に策定いたしました東京都地域医療再生計画、これをお配りしてございます。昨年度の協議会でご説明させていただいたところでございますけれども、こちらは、二次医療圏を原則とした地域における医療課題の解決に向けて、国の地域医療再生臨時特例交付金により、各都道府県に基金を設置

して実施する事業となっております。

東京都では、特に多摩地域と区東部保健医療圏における小児医療と周産期医療、さらには医師確保対策、新型インフルエンザ等の医療について、計画を策定しております。こちらの計画の進行管理につきましても、本協議会で行うこととなっておりますので、本日の各事業の説明の際にあわせてご説明いたしますので、よろしくお願いたします。

それでは、担当の課長より各事業についてご説明をさせていただきます。

○越後部救急災害医療課長 改めまして、医療政策部救急災害医療課長の越後部でございます。私の方からは資料3、資料4ということで、二つの項目について説明をさせていただきます。

それでは、まず資料3-1、迅速・適切な救急医療体制の確保に向けて、これは救急医療の東京ルールでございます。こちらのご説明をさせていただきます。

本年3月、前回の協議会でも若干、触れさせていただきましたが、その進捗状況についてご説明をいたします。

復習いたしますと、左側の現状にありますように、高齢化の影響等を受けまして、この10年くらいの間に救急患者の搬送が20.8%増加しているというような救急搬送患者に対しまして、救急医療機関は19.7%減少というような状況となっております。

このような中で、病院の選定困難事案が、20年度、19年度の数値を出しておりますが、6%程度発生しているというような状況です。東京都は、救急の全搬送件数が約60万件というように、他都市に比べまして非常に多く、6%と言えども、その件数は3万5,000、あるいは4万とかなりの件数に上るわけでございます。

このため、右側に記載してありますとおり、ルールⅠからルールⅢを定めまして、病院選定に時間を要する事案を対象として、救急患者を迅速に医療の管理下に置くことを目的といたしました救急医療体制を確保しているところでございます。

このルール1の救急患者の迅速な受け入れの定義なんですが、救急隊が患者の搬送、あるいは受け入れに対しまして、5つの医療機関に要請をしたものの、受け入れの医療機関が決まらなかった、また、時間の目安としては、20分経過した場合というような状況のときに、東京ルール事案の適用ということになります。

各二次医療圏域の二次救急医療機関などのご協力をいただきまして、受け入れ調整の核となります東京都の地域救急医療センター、このセンターの指定をいたしております。前回の報告時は36カ所というような数であったのですが、12月1日現在59カ所にそのセンターが増加しております。これは、東京ルールの開始当初、12の医療圏のうち、7つの二次医療圏でスタートしましたが、この東京ルールが本年7月からすべての全12の医療圏で運用が開始されたということによるものでございます。

また、各医療圏では受け入れ機関が決まらない場合、主に都内全域の受け入れの調整にあたります救急患者受入コーディネーターも消防庁の司令室において、24時間、365日その業務にあたっているというような状況でございます。

右側の下段には、昨年8月31日から本年10月末までの実績がございます。1万4,000件というような実績となっております。

それから、小さなボックスなんですけれども、矢印の右側のボックスですが、約1万4,000件の東京ルール事案のうち80%、約8割がその患者が発生した二次医療圏内での受け入れができていたという状況です。これは、救急患者を二次保健医療圏の中で受けとめるという東京ルールの目的の一つ、これが達成できたのかなと我々事務局としては考えております。

また、全搬送の先ほど申し上げました約6%だった発生割合も、21年8月31日から10月31日までの一番下の欄の割合のところがございますが、2.4%というように減少をしているところがございます。これも地域の二次救急医療機関の救急に対する意識の高まりの表れではないかと考えているところがございます。

ただし、救急搬送に要する時間の短縮というのも目的の一つですが、119番を受けてから、受け入れ医療機関の医師への引き継ぎ、これまでに要する平均時間は若干伸びているという状況でございます。地域での受け入れ、今、申し上げましたように、二次医療圏での受け入れがスムーズにいつているにもかかわらず、平均搬送時間の短縮にはまだまだ至っていないという状況でございます。今後とも搬送機関であります東京消防庁さんとも、より一層の連携を図りながら、搬送時間の短縮に努めていきたいと考えております。

次ページの資料3-2でございますが、今ご説明をいたしました都が指定しております地域救急医療センターの一覧表でございます。各医療圏別に運用開始日、あるいは医療機関名、指定年月日等を記載させていただいております。

表のところに、固定/当番というような二つの形態がございますが、地域センターを通年で行う固定型と複数の医療機関が輪番で行う当番型の別をここに記載をいたしております。

1ページおめくりいただきまして、資料3-3になりますが、これは各地域センターを東京都の地図上に落とした配置図になります。各医療圏のボックスの中に星のマークの記載がございますが、右下の凡例にあるとおり、二次保健医療圏内で関係機関が一堂に会して行います救急に関する協議を行う場としての、地域救急会議の幹事病院というようなことでの役割を担っていただいている病院に、星印のマークをつけさせていただいております。59の医療機関の地図上への配置となります。

続きまして、1ページめくっていただきまして3-4でございます。今、申し上げました約1万4,000件の実績を二次保健医療圏別に記載した内訳でございます。

表の左側をご覧くださいと、収容先の内訳といたしまして、圏域内受入、圏域内の一時受入、圏域内の一時受入といたしますのは、例えば、病床が満床であるけれども、診察はいいよということで診察は行って、そこで入院の必要性が出た場合、転院搬送を行うというような意味で、一時受け入れをしているという数値を記載しております。そ



の下が同様に圏域外の受入、一時受入と。その小計の下に不救護という項目がありますが、これは、病院の選定中、あるいは受入病院が決まったものの、患者さん、あるいはそのご家族等、同伴されている方が、自ら辞退したというようなもので、全体の3.7%がこの中に含まれているという状況でございます。

下から2段目の1日平均件数をご覧いただきたいのですが、これが多い地域としては、区の東部地域、それと区の西北部、多摩地域では北多摩南部地域というのが上位に来ておりまして、1日発生件数約5件前後というような形になっています。

また、逆に少ない方は、西多摩医療圏の1日平均0.4件、それから北多摩西部の1.2件などとなっております。全体では1日33.1件という発生件数でございます。

ただし、最近は年末というような影響もあるのか、アルコールなどが原因となるようなものもありまして、今は40件をちょっと上回るくらいの実績で、微増しているのかなという状況でございます。

続きまして、資料4に移らさせていただきます。小児救急医療施策の充実・強化についてでございます。救急医、産科医などと同様に、小児科医の不足に伴いまして、小児救急の確保というのが現時点での課題になっております。こちらの事業は、先ほど、説明をいたしました地域医療再生計画にも盛り込んでいる事業でございます。

まず、地域における医療体制の強化策といたしまして、Iでございますが、24時間365日空床を確保するという小児の二次救急医療機関、この参画、あるいは参画をしているのですがその中で強化をしていくもの、を促進するために、医師の確保経費に対する財政支援を新たに行っているところでございます。

また、医師を派遣する側となります大学に、調査研究のための寄附講座を設けまして、新たに二次救急に参加する小児医療機関へ医師を派遣し、その派遣した病院の地域において小児の調査・研究を行うケースに対して、大学医局の研究講座に対する支援もあわせて行っているところでございます。この二つの事業を一体的に行うことによりまして、多摩地域などの小児医療の充実に努めているところでございます。

二つめ、迅速・適切な重症患者対応ということで、こども救命センターを創設いたしました。これは、他の医療機関では救命治療、またその治療の継続が困難な小児重篤患者を、いつでも必ず受け入れ、小児の専門の高度医療を提供するというので、こども救命センターと呼んでおりますが、都内の4つのエリアに区分しまして、各エリアに1カ所、全都で4施設を8月末に指定させていただいたところでございます。その運用を9月1日から開始しております。

指定いたしました具体的な施設は、ここにも4施設の括弧の中に記載をしておりますが、この3月に新たに運営開始をいたしました都立の小児総合医療センターを含めまして、4カ所記載の施設を指定したところでございます。

右側に図がいくつかありますが、その上の図に、こども救命搬送システムという図をお示ししております。重症以上の小児救急患者が発生した場合に、直近の、現在24カ

所指定をしておりますが、救命救急センターへ搬送いたします。そこで、蘇生的治療など、初期の救命治療を行った後、引き続き救命治療等継続的な集中管理が必要というようなことで、救命センターの医師が判断した場合に、こども救命センターに収容依頼を行うというような搬送のシステムとなっております。依頼を受けました各こども救命センターにつきましては、必ず受け入れを行うことにしております。

ただ、そうはいつでも、万一何らかの事情により収容が困難な場合というようなものの発生も考えられるわけですが、その場合については、セカンドコールのルールもつくりまして、4カ所のこども救命センターが連携して、必ず受け入れを行うこととしております。9月の運用開始から現在まで、約60件の重症事案がこの4つのこども救命センターの搬送実績となっております。

3点目は、小児医療ネットワークの構築です。こども救命センターの指定もしております、ただいま申し上げた都立小児総合医療センターと東村山にあります多摩北部医療センター、これは保健医療公社が運営している病院でございますが、この間で遠隔支援を活用して、重症患者管理システムの構築であるとか、あるいは空床情報の共有などを行う。

また、北多摩北部の圏域においては、二次の医療機関と初期、一次の医療機関、この間におきまして、在宅障害児の支援体制の検討を行うなど、小児医療のネットワーク、モデル事業にも着手をしているところでございます。

今後、これらの小児医療への取り組みの中で明らかになってきます課題であるとか、問題点など、これにつきましては、黒丸の一つに掲げてございます小児医療協議会、こちらにおいて検証するなど、小児医療体制の充実に向けた協議をこの協議会において行っていくこととしております。

私からは以上でございます。

○田口医療調整担当課長 医療調整担当課長の田口と申します。私からは、へき地医療体制の整備についてご説明させていただきます。資料5をご覧ください。

東京都のへき地である2町7村11の有人離島からなる伊豆小笠原諸島には、2万8,000人余りの方々が居住しております。それぞれの島には、公的医療機関が整備されておまして、28人の医師が勤務しております。しかし、医師が1名しかいない5つの島をはじめ、どの島も少人数で専門領域のみならず、あらゆる疾患の診療を行う必要があり、医師にとっては大変厳しい環境となっております。

そこで、東京都はこの離島での診療を支援するために、島しょ地域医療用画像電送システムを平成22年6月から全島に導入しております。11の公的医療機関と島しょ基幹病院である都立広尾病院とを結んで、島で撮影したレントゲン写真、CT写真、内視鏡写真等の医療用画像を広尾病院の専門医に読映していただいて、ヘリコプターによる救急搬送の必要性や治療法などの指導・助言を受けることができるシステムで、本年10月新たな機器に更新をいたしました。

資料の右側をご覧ください。新しいシステムの画像電送機能の改善点は、IT機器の性能の進歩やソフトの改良によるところが大きくなっておりませんが、主に、使いやすさの面で改善を図っております。

今回の更新の大きな変更点は、画像電送機能にWeb会議機能を付加したことです。これは、島しょ勤務医師のアンケートから得られた要望などをもとに導入を検討してきたものですが、すべての島の医師と都立広尾病院の医師が参加して、多地点参加型のテレビ会議を行うことができる機能です。この機能を用いて、離島勤務医師が島にいながらにして、広尾病院医師と症例検討会を行ったり、広尾病院内で行われる臨床講義や研究会に参加したりすることができるようになりました。

実際に利用してみますと、やはり電話などと違い、顔を見ながら、資料なども提示しながら話し合えるので、とても島が近くに感じられるようになりました。離島に勤務する医師は、学会などに参加する機会も限られ、また大病院のように、多数の医師とディスカッションをしながら治療方針を話し合うということもできません。ともすれば、孤独感との戦いにもなります。この負担を少しでも軽減して、離島という地理的ハンディを克服するツールとして活用していこうと考えております。

以上です。

- 飯田事業推進担当課長 次に、事業推進担当飯田が周産期の関係を説明させていただきます。資料6をご覧ください。周産期医療関係では、体制整備計画、5カ年計画を10月29日に策定いたしました。これは、中長期的な観点から周産期医療体制の確保を図ることとして、この計画は保健医療計画とも整合性を図ることとされております。

左側に現状と課題が書いてあります。出生数は増加しておりますけれども、それ以上に低出生体重児2,500グラム未満児が多くなり、平成21年度では出生1,000人に対して94.6、今や10人に1人は低出生体重児が産まれています。一方で、医学も進歩しまして、新生児死亡率は非常に低下しています。

しかしながら、それを支えるべく高度医療の機関は都心に集中していますが、その都でも分娩取り扱い施設は、平成2年に約400あった施設が平成20年には179と半減しているという現状があります。また、そこに働く医師も産科医、小児科医とも減少している現状がございます。そういう中で、周産期搬送体制の整備というのは必要でございますが、今後は圏域を越えた、いわゆる東京都内のみならず、他県からの搬送も今、現状として受け入れておりますので、そういうシステムの構築も急がれるということです。

また、新生児死亡率が低下しているということもございますので、NICUに入院した児が長期に入院しているということもございまして、NICUの入院児の在宅療養への移行支援というの必要な課題となっております。

また、これら周産期を支える医療、看護等のスタッフが不足しておりますので、育成確保ということも急がれるということで、右側の計画、申し訳ありません、すでに（案

)は取れております。計画の概要でございますけれども、東京都における必要病床数・周産期センターの機能といたしまして、まず、東京都では出生1万に対して30を目標にNICUを整備していこうということで、平成22年の今現在261あるNICUを26年度末までに320に拡大していくと。このNICUの増床については、地域医療再生計画でも掲げているところでございます。

また、地域周産期センターに母体救命などにも対応できるMFICUを整備するとともに、総合周産期センターにおいては、母体救命対応機能を強化していくということでございます。

次に、周産期搬送体制でございますけれども、現在ございます救命が必要な母体を必ず受け入れるという東京都母体救命搬送システム、いわゆるスーパー母体搬送システムと、あわせて周産期コーディネーターのシステムがございますが、この二つの機能を強化していくということと、圏域を越えた搬送調整体制を検討していくということでございます。

次の3番目ですけれども、分娩取り扱い施設が非常に少なくなっているため、限られた医療資源をいかに有効に使うかというのが課題になっておりますので、一次、二次、三次がネットワークをつくり、顔の見える連携づくりのもと、例えば、健診はクリニックで、分娩は病院といったセミオープンシステムなども活用して、連携を深めていくというような医療連携の推進でございます。

4番目の多摩地域における周産期医療体制は、多摩地域の医療再生計画でも掲げておりますが、スーパー総合周産期センターを今、区部に三つあるものを、多摩にも一つ指定していくことと、多摩にはきめ細かいネットワークグループを構築し、また、多摩の新生児連携病院もつくっていくということでございます。

5番目としましては、NICUに入院している児を在宅等に円滑に移行する支援といたしまして、病院側に対して入院児支援コーディネーターを設置し、院内外または地域と連携を強化することや、NICUから在宅へつなぐ中間的な移行支援病床を運営するということです。

また、地域におきましては、保健・療育・福祉等の連携により、退院前から地域で受け入れられるような支援体制をつくっていくということです。

6番目には、医療人材の確保でございますけれども、何といたっても少ない新生児科医の確保と、産科・新生児科の医師の処遇改善、また助産師の活用にもなりますが、院内助産師システムによってチーム医療を推進していくという目標を掲げております。

7番目でございますけれども、周産期医療情報センターの機能体制といたしまして、母子保健医療の各周産期センターから集められた貴重なデータを収集、解析をしていくということと、あわせて都民への情報提供と普及啓発になります。特に、都民への情報提供ということであれば、妊産婦さんで健診を受けていない未受診妊婦は、例えば、母体搬送でも搬送困難事案になりやすいので、未受診妊婦の減少のための受診促進や、特

定妊婦に対する支援というものを行っていくということを計画に掲げて、5年間の計画といたしております。

以上でございます。

- 櫻井精神保健・医療課長 続きまして、障害者施策推進部精神保健・医療課長、櫻井でございます。

本日、公表いたしました東京都地方精神保健福祉審議会の論点整理について、ご報告させていただきます。

東京都では、精神障害者を地域で支える医療提供体制の整備に関しまして、具体的な方策を検討する場といたしまして、東京都地方精神保健福祉審議会を設置しております。今期は21年6月から審議を行っており、昨年11月には中間のまとめという形で意見具申をいただきました。

その後のご議論を踏まえて、精神科医療の課題解決に向けて、早期に推進すべき事項、そして精神科医療体制の整備に向けた今後の検討の方向性について、論点を取りまとめられました。以上、その内容につきましてご報告をさせていただきます。

まず、早期に推進すべき事項といたしましては大きく四つございます。まず、1番目としまして、訪問型支援事業の本格実施。いわゆる、アウトリーチ支援事業でございます。都内には三つの精神保健福祉センターがございますが、そちらの医師や保健師、福祉職の多職種チームで、区市町村や保健所と連携いたしまして、地域で暮らしていらっしゃる精神障害者の方に対しまして、訪問型、訪問して支援を行う、そういった体制を早期に本格実施することが必要であるということでございます。

また、その際にアウトリーチ支援と緊密に連携して、症状が悪化される前に、入院に直ちに行くのではなく、その前の段階でタイミングよく精神障害者の方を受け入れて、医療的なケアもできるような、そういった短期の宿泊できる施設、そういったものもあわせて精神保健福祉センターの方で行いながら、一体的な形でアウトリーチの支援事業、これを本格的に実施すべきというものでございます。

この前段の流れといたしましては、昨年11月にいただきました中間のまとめで、こういったアウトリーチ支援について取り組むべきということをご提言いただいて、それを受けて今年度、現行体制の中でモデル事業としてやっております。その実績を踏まえまして、いち早く本格実施をするべきというご提言をいただいております。

2番目としまして、地域精神科医療ネットワークモデル事業の実施による地域医療連携の構築でございます。こちら昨年11月にいただきました中間のまとめで、精神科に関しましても、地域で患者さんを支える連携づくり、そういったものに取り組むべきということをご提言をいただき、それに基づき今年度、来年度と2カ年モデルで都内に2圏域でモデル事業を実施しております。そちらの取り組みを着実に進めて、精神科の患者さんに関する地域医療連携をつくっていくものでございます。その着実な実施と、それを評価・検証し、それを通じまして、全都においても地域特性に合った精神科医療

連携体制の構築を目指すというものでございます。

そして、3番目でございますが、精神疾患の早期発見・早期対応のための連携構築でございます。一般診療科、いわゆる精神科以外の一般診療科の先生方に対して、精神疾患や精神保健医療の制度に関して、研修等を通じて精神保健医療についての理解を深めていただく。また、一般診療科の医師と精神科の医師とが合同で、一診療科では対応が困難な事例に関して症例検討を行うことなどにより、地域における一般診療科と精神科との連携づくりを進めるというものでございます。

背景といたしましては、一般診療科、かかりつけ医の先生の外来に、精神疾患、精神症状が疑われる患者さんが実際かかっているケースも多いかと思えます。そういった患者さんが適切な専門医療に早期につながることによって、早期対応、早期支援ができる、そういった連携体制が必要ではないかという提言でございます。

4番目は、精神身体合併症医療対応の強化でございます。こちらにつきましては、救急における受け入れ困難な患者さんというもののの中に、やはり精神症状と身体症状の両方をあわせ持つ合併症の患者さんという方々が一定程度いらっしゃいます。そういった方々の受け入れが非常に今、困難な現状というものがございます。

その改善のために、精神身体合併症患者に対する救急医療への精神科医の参画を促し、また、そして救急治療が終わった後の転院先もあわせて確保して流れをつくることで、より多くの受け入れ医療機関の確保を図って、受け入れ体制を整備していく、そういった取り組みを速やかに行うというものでございます。

次に、今後の検討の方向性でございます。こちらにつきましては、少しビジョンとして中期的な視点に立っての今後の具体的な検討の方向性ということで、大きく三つの切り口でいただいております。日常診療体制、それから救急医療体制、地域生活支援体制というものです。このほかの部分につきまして、その他ということで、疾病の特徴に着眼したものについても、あわせてご意見をいただいているところでございます。

まず、日常診療体制についてでございます。まず、こちらは精神疾患を発症した後、早期に発見・対応して、患者さんが身近な地域で症状に応じた適切な治療が受けられ、病状の悪化を予防して、救急事例化の防止にもつながる、そういった地域での日常診療体制をつくっていく必要があるというようなことで、具体的には、都民に対する普及啓発、また身近な地域で気軽に相談できる相談支援体制の確保。そして、精神科と一般診療科との緊密な連携のもと、いわば「心と体の二人主治医制」によって、軽度の身体合併症であれば、地域の日常診療体制の中で見ていただく、そういった地域で協働して診ることができるような体制づくりでございます。

そして、日常診療時間帯における地域医療連携体制を整備して、身近な地域、圏域の中で、柔軟な患者さんの受け入れ体制を構築する。すなわち、日常診療時間帯で、急に緊急受診が必要になった、あるいは緊急に入院が必要になった、そういった場合に、精神科の医療体制としては、今まで予定入院や予約受診というのがベースで、緊急対応枠

の対応がなかなか悩ましいところもありますが、そういったところを地域で少し横で連携をつくりながら、地域全体としては受け入れ体制をつくる。そういったものを目指すべきではないかというご提言でございます。

次に、救急医療体制でございます。精神科救急患者さんが、緊急時にもできるだけ身近な地域で、症状に応じた適切な救急医療を受けられるような地域医療連携体制を構築するというものでございます。

背景としましては、精神科の医療体制は、基準病床もそうでございますが、三次保健医療圏、すなわち都道府県単位の広さでの整備というものがされてきたために、地域で連携して患者さんを受けとめる体制というのが、なかなかできにくかったという経緯がございます。そういったこともございますが、救急におきましても、できるだけ身近な地域で受け入れられる、そういった体制づくりが必要ではないかというご提言でございます。

3番目としまして、地域生活支援体制でございます。こちらは、地域で精神障害者の方が保健や医療、そして福祉のサービスを活用して、安定した生活を継続して送ることができる、また、長期に入院した方でも、そういった地域の体制で、地域での生活を営める、そのような体制づくりということで、アウトリーチ支援の普及など、地域の保健医療福祉連携体制をつくっていく必要があるということでございます。

それにつきましては、先ほども申し上げましたが、精神保健福祉センターで行っていくようなアウトリーチ支援、そしてただ実施するだけでなく、そのノウハウを地域の関係機関に技術移転して、身近な地域でのアウトリーチ支援の普及というのを、都内全域で将来的に目指していくべきではないかということでございます。

また、精神障害者の方の安定した地域生活のためには、症状に応じた保健医療福祉のサービスの適切な提供が必要でございます。その際には、当事者の方、ピアサポートの活用や訪問にも対応ができるそういったチーム医療、またチームケアの担い手となるような、例えば、往診医の先生であるとか、精神疾患の方のところにも行っていただける訪問看護ステーションを増やしていく、そういったことも含めて、また、その横の連携もつくりながら、各地域での確保、育成を図っていく必要があろうということでございます。

そして、その他といたしまして、統合失調症やうつ病、依存症、認知症等々、疾患の特性に応じた取り組みが必要なものというものについては、この審議会とは別に、別途それぞれ協議会、検討会等ございますが、そういった検討状況も踏まえつつ、審議会という立場でも必要に応じて対応策を検討していこうというものでございます。

今後、23年度に引き続き審議会では、この検討の方向性を踏まえて、具体的な議論をさらに進めて頂く予定でございます。

以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。まず、救急医療体制、それから小児救急医療、そ

れから島しょ画像電送システム、周産期医療体制整備計画、それから精神保健医療ということで、一つ一つの説明をいただきました。基本的には計画があって、事業があって、その進捗状況という、そういうご説明だったと思います。それぞれについてご質問等あれば、一括で進めていきたいと思います。いかがでしょうか。

どうぞ。

○内藤委員 初めの救急医療の現状なのですが、最近のマスコミの統計によると、東京は確か搬送時間が全国でも最下位に近い方だと。私は消防庁の会議へ出ているのですが、今日は消防庁から荒井救急部長がお見えになっているので、この辺のところはどうしてこうになってしまうかということ、消防庁としての説明があると思うので、一度お聞きしておいた方が皆さんよろしいのではないかと思います、いかがでしょうか。

○橋本座長 では、荒井委員、お願いします。

○荒井委員 東京消防庁でございます。確かに、総務省消防庁が先般発表しました都道府県ごとの119番の入電から救急車が医療機関に傷病者の方を搬送して医師に引き継ぐまでの時間というのが都道府県比較で出ておまして、東京が119番の入電から医師引き継ぎまで51分ということで、都道府県単位でいくと、実は全国で一番長くかかっていると、こういったデータが発表されております。

その51分の中身をちょっと見てみますと、東京において、医療機関に救急車が到着した時間というのは、実は約39分、119番の入電から39分で医療機関のいわゆる病院の玄関前に救急車が到着をしております。では、51分引く39分の残りの12分は何だということになりますと、実際には救急車が医療機関の玄関に着きましてから、傷病者の方をストレッチャーに乗せるなりして処置室に搬入をいたしまして、看護師さんなどが血圧の測定とか、体温の測定とか症状の確認などをすると。実際に医師の方が出てまいりまして、救急隊からどういう事案で、救急隊がどういう処置をしてというような、いわば救急事案についての説明を行って、医師の方に完全に引き継ぎが終わると。そこに病院に到着してから引き継ぎまで実は12分要しているということがございます。

全国統計の中では、実は医療機関への到着の時間と、それから医師の引き継ぎ完了の時間とが、混同されて各都道府県から報告がなされているような状況がございまして、仮に医療機関への到着時間の39分というところで見ますと、全国平均が実は36分でありますので、さほど全国的に見て特別、東京の実情が悪いということにはならないということが言えるのではないかなと思います。

このあたりは、国が各都道府県からデータをとっているとり方の問題も実はあるのではないかなという気はしておりまして、国とも意見交換などを行っているところでございますが、ただそうは言いましても、救急車が119番の入電から医療機関に到着するまで、必ずしも全国的に見ても早い実情にはないということは確かでございます。

交通事情、例えば、道路が渋滞をしているところを救急車がすり抜けていくといった事情とか、あるいはこちらで資料の3-1、3-2などでご説明がありましたと



おり、実際に傷病者の方の症状を観察して、医療機関を救急隊が選定をすると。連絡をとった上で、ご了解をいただいて、実際に傷病者の方を搬送するんですけども、そこで傷病者の方の症状と、それから各医療機関側の事情とのいわばコーディネートに時間を要しているといった実情もあろうかと思えます。

そういったことから、東京ルールを開始していただいて、1年余りが経過したということで、全体として見ると、時間は若干伸びてはおりますけれども、私どもデータでも、医療機関の選定に特に長時間を要しているのは、例えば、救急車が現場について病院に向かうまで2時間もかかっているといったような極端なケースというのは、実は減少してきておりますので、そういう意味では、徐々に東京ルールの効果なども表れてくるのではないかなという感じは持っているところでございます。以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。これに関して何か追加のご質問はございますか。

○田中委員 昔、搬送時間に関して調べたことがあるのですが、その39分の内訳について、消防署に電話してから救急車が現場に到着するまで5、6分です。移動距離が約2.4キロぐらい。それから、救急車に収容して病院に搬送するまでが11分ぐらいです。移動距離が8キロぐらいだったと思うのですが、その間、救急車が来てから、救急車に収容するまでの間が20分あります。それがきちんとした統計をとったわけではないのですが、インタビューで集めたデータで、例えば道が狭くて救急車が入れないとか、それでストレッチャーを現場まで押していったとか、あるいはマンションのセキュリティが高くて入れなかったとか、時間がかかった。そういう問題以外に、確かに病院のたらい回しみたいなのところもありますが、もう一つのケースとしては、福祉的な要素を持った患者さんが入院を断られるというケースもあったと思えます。

ですから、搬送に関しては、電話してから救急車が到着するまでの時間、それから病院に収容するまでの時間というのは、割と短いのではないかなと。間の20分がやはり医療だけでは解決しない、都市問題、あるいは福祉の問題が入っているから、こういう20分ということになっているのではないかなと思えます。

○橋本座長 ありがとうございます。

その他はいかがでしょうか。いずれにしても、国の問題かもしれませんが、比較できるデータがあるといいのではないかと思います。比較できなかった場合にどうするかというと、空間的に調べるのではなくて、東京都で同じやり方をしているので、時系列で、どう改善されたかというのを見る方法があると思えます。その辺も調べていただければいいかなと思えます。

それから、もう一つは、平均時間というのは、本当はとり方としては間違いですよ。分布がわからないものについては、平均時間でとるという算術平均は間違いですから、そういう意味も含めて、私たちは、昔、多摩の分析をやったときに、累積でどうなっているかという形を見たことがありますけれども、そういうこともおやりになったら、もっといい分析ができるかなと。そのほかにどういう人が、どういうふうに乗られている

かという、バックグラウンドの問題もあつたりする。大変な分析になると思いますので、どこかの大学にお手伝いいただかなければいけないことにはなるとは思いますが、少し比較できるようなことをやってみたらどうでしょうということ。

こんな事例が随分少なくなったというのも、それはそれで一つの成果だというふうに思います。形がかなりよくできてきているかなと思います。

そのほかの事業について、いかがでしょうか。

○稲波委員 二つございまして、一つは、救急医療機関が減少した、この理由はどのようにとらえておられるのか。それからもう一つは、救急車を呼んだ患者さんといいますか、患者さんかどうかわかりませんが、その方々の中で、ここに搬送時トリアージということが書いてございまして、救急医療機関を受診するほどでない患者さんも結構多いという事実がございまして。それに関して、搬送時トリアージのことをどのように今後進めていかれるのか、その2点についてお伺したいと思います。

○越阪部救急災害医療課長 まず、一つ救急医療機関の減少の理由というお尋ねかと思いますが、今、救急告示医療機関の認定等を毎年行っているわけですが、その中で、取り下げというところも出ております。その結果、ずっとこの20%を超しているということなのですが、最近の理由といたしましては、やはり救急医の医師の確保が困難であったと。いわゆる救急医がいたわけですが、その方が辞められて、あるいはどこかに移られて、その後の確保が十分でないというのが一番大きな理由でございまして。

それともう一つは、小さな病院というか、そんなに大きくないところで、いわゆる管理者、院長がおやめになって継承ができないと。病院としては継承するのですが、救急ができないというようなことで取り下げをされるというようなケースの二つが多いのかなと感じております。

○稲波委員 救急医の平均勤務時間の国別の比較はご存じですか。

○越阪部救急災害医療課長 国別の比較ですか。

○稲波委員 日本の救急医は、ものすごく長い間働いているということとか、そういうのはご存じですか。

○越阪部救急災害医療課長 数字的にはちょっと見たことはないのですが。

○稲波委員 ぜひ調査しておいていただくと、今後の施策の参考になるかと思っております。

○越阪部救急災害医療課長 ありがとうございます。

○橋本座長 そういうご要望があったということでよろしく申し上げます。小児救急の場合にはそういうような話がさっきあったような気がしますけど。救急だけに限らず、医師の勤務時間の濃密さというか、そういう問題について、どうぞ。

○荒井委員 では、消防の関係で。不要不急の傷病者の方の救急車の利用があるのではないかとございまして。かねてから指摘をされている課題でございまして、東京消防庁で二つ大きな取り組みをいたしております。一つが、今、先生からもお言葉が出ました救急搬送トリアージというものでございまして、どういうものかと申しますと、

119番が入ってきて救急車の依頼をされたらと。救急車の出動はするわけですが、その出動先で救急隊員が傷病者の方の観察をした結果、一定の基準に該当した場合には、「緊急に医療機関に行く必要がないと思われま。自分で医療機関に受診をしていただけませんか。」ということで、自力受診を促すということでございます。

その基準というのは、例えば、指先をちょっと切った、バイタルサインなどには異常がないと。既往歴などお尋ねしても、特に重大な事態に至るような心配がないといったことで、メディカルコントロール協議会という、私どもの医学的な救急活動について、アドバイスをいただく協議会を設けておりますけれども、そちらで策定をいただいた基準に基づいて、こういった救急搬送トリアージというものを運用しております。

運用実績としては、1年間で約2,200件の該当事案がございまして、現状で自力での、ご自分で医療機関への受診を促した結果、「自分で行きます」ということで、了解頂けるものが約8割ということで、年間にするとう自分で受診をいただいているのが約2,000件弱といった実績になっております。

それから、もう一つ取り組んでおりますのは、救急相談センターというものでございまして、119番とは別に#7119という電話回線を設けまして、こちらは東京都医師会から派遣をいただいている医師の方と、私どもで雇っております看護師などが勤務をしております。現在の病状をお伝えいただいて、救急車で急いで医療機関に受診をする必要があるのか、あるいはご自分でタクシーなどで医療機関に受診をするということに足りるのか、こういったことについて医学的なアドバイスを行っているものでございます。これは相談も含めて、あるいは今、例えば夜中ですけども、医療機関はどこが開いているでしょうかといった医療機関案内も含めて、年間で約30万件ほど、非常にたくさんのお電話をいただいております。

こちらの効果として現在考えておりますのは、平成18年に私ども救急活動を行って、医療機関に搬送をして入院を要しないと初診時の診断をいただいた方が、平成18年は約6割を超えておりました。現在、救急相談センターの運用を開始いたしまして、昨年で約55%ということで、入院を要しない程度の方の医療機関への搬送数値がかなり下がってきていると。そういう意味では、本当に救急車の必要な方の利用の比率が高まってきているといったことが言えるのではないかと考えているところでございます。こういった施策については、今後とも東京消防庁としては、強力に推進をしていきたい大きな二つの柱と考えているところでございます。

○橋本座長 ありがとうございます。かなり丁寧なご説明があったかと思。質問があればどうぞ、簡潔にお願いできればと思。

○西川委員 すみません、今のことに関してなんですけれども、不要不急という救急の問題なんです、救急車ではなくて、私が日頃感じているのは、救急の病院に行った場合に、特に夜間救急が多いんですが、昼間来れないから来るとか、大した様子ではないんだけども連れてきたとか、そういう救急病院に来る患者さんの数が非常に多いような

印象があるんです。患者側の意識向上というのが必要だと思うんですが、そのために何か取り組みとかというのは考えていらっしゃるのでしょうか。お聞かせ願えればと思います。

○橋本座長 どうぞ。

○荒井委員 現在、相談センターで使っております、こういった症状を訴えられた場合には救急車の適用になるか、ご自分で通院をしていただくのが適当であるかといった、今、看護師が使っているプロトコールというのがあるんですが、できれば来年度には、これを一般の都民の方向けに公表できるというようなものを、インターネットなどご覧いただけるようなものをつくっていきたいと思っております。そうすると、ご自分でお子さんが熱を出したとか、ご自身の症状について、本当に救急車の適用ケースなのか、あるいは翌日まで待って、開業医の方が診察の時間になってから通院をすればいいのか、ご自分でも判断ができるようなことができているのではないかなということを今、考えているところでございます。

○橋本座長 ありがとうございます。多分、幾つかの問題があって、救急車を利用するという観点から言うと心配だから行く。そのほかに、もしかすると、一般医療の中で、むしろコンビニ受診みたいな安易に何でもかんでも受けていくという、そういうことに対する医療機関側のそういう教育も含めた動きはあるのかという、そういうご質問であったと思います。それは、全体にかかることですので、また議論をしていきたいと思いません。それでは、ほかの事業はいかがですか。どうぞ。

○赤穂委員 個別の事項ということではなくて、今日は4疾病5事業の中の5事業についてということございまして、計画の進捗状況ということではあるわけですがけれども、今日は現状、課題、あるいはそれと取り組みの報告をいただきましたけれども、スタートがどこで、どういうふうに進捗したかということ言えば、やはりこの計画には、どういうふうになっていて、それが今までの取り組みの中でどこまで来たという話がない限りは、進捗状況の評価もできないなというのが率直なところです。内容はもう十分わかるし、それから、特に政権交代なんかもあって、地域医療再生計画はどんどん取り込むとか、あるいは周産期で不測の事故が起こるとかいろいろあって、計画をつくったときの想定外のいろんな動きが後からいろいろ出てくるということは分かりますから、そういうことも含めてどうなんだという、そういうシナリオで説明していただいたり、議論して、そして計画のちょうど折り返し地点ということであれば、残された期間で、あとはこの計画のどこをどういうふうにつけていけばいいかという、そういう流れがないと、ちょっと議論が散漫になるというか、かなり個別に深く入って全体像が見えなくなるという、そういう心配があるものですから、その辺いかがなものでしょうか。

それから、5事業ということですから、計画で言えば5つめ事業は災害医療ですけれども、今日はあえて精神の動きが報告ございましたけれども、その辺りはどういうふうに計画とマッチさせながら考えればいいのかということをお願いします。

○橋本座長 事務局、お答えいただけますか。

○馬神課長 本日のところ、大きな動きのあった事業ということでご報告させていただきました。3月に開催予定の次回につきましては、計画事業全体を一覧に取りまとめまして、今、ご質問のありましたように、当初の計画、それから現在のそれこそ達成の状況、今後、残された期間で何をしていくかというようなことを整理してお示ししたいと思っております。

○橋本座長 よろしゅうございますか。全体像、進捗状況、ある意味の定量的な部分が見えるようなものは、次回の作業でぜひご披露したいというのが事務局の意向です。それでわかっていただけかなと思います。

いかがでしょう。今、全般的な報告の仕方についてのご意見がございました。そのほかよろしいですか。どうぞ。

○菅原委員 1点だけ質問をさせていただきたいのですが、周産期医療のところなんですが、データのとり方なんですけど、東京都の母子保健指標の動向というところに星印があって、その下に東京都の地域特性と周産期医療資源と項目があるんですが、上の星印の統計データが、こちらが平成12年ベースになっている。ところが、下の分娩取り扱い施設の現象を見ますと、これは平成2年から平成20年、かなりロングタームの中で半減しているというデータが出ているんですが、大体12年をベースにしてほかのデータを出してタームを見ていると。この医療計画そのものは5年タームというふうに聞いておりますから、この分娩取り扱い施設の現象をもうちょっと短い期間で、実態も見ていただきたいなと思うんですが、いかがでしょうか。

○橋本座長 事務局、いかがですか。

○飯田事業推進担当課長 ありがとうございます。まず、母子保健統計は毎年とるものですが、この分娩取り扱い施設につきましては、医療施設実態調査というもので5年ごとにとっております。ですので、平成12年に一番近い分娩取り扱い施設のデータがあるのは平成11年でございまして、平成11年の数は259でございました。

○橋本座長 それはわかるのですが、何で平成2年なのでしょう。もしかするとこの実態調査の中で見て、平成2年が一番多いからですか。一番多かったところから見るとこうなっているという話なのかなと私は解釈したのですが、そうではないのですか。

○飯田事業推進担当課長 実態調査で分娩取り扱い施設がある程度明確に表れてきたのが平成2年くらいなので、そこをベースにしておりますので。

○橋本座長 わかりました。そういう事情がございまして。259という、同じタームで言うと、そのくらいの数になっているということです。

ただ、施設数と1施設当たりの取り扱い分娩数というのは多分変わってきている。つまり、昔は有床診療所で多く産んでいて、それでこの1年間の件数も多くなかったのが、それが大きい病院で産み始めているとすると、また数字の意味合いが変わってくるということもあります。ですから、施設数だけでは見れないところがあります。そういう推

計をとっているということでもあります。どうぞ。

○内藤委員 一つ、これは東京都にお願いなのですが、救急医療機関がものすごく減少してきている。国の医療政策によって、やめざるを得ない二次医療機関等が非常に多くなっていますので、東京都の方から国の方にもこの辺の事情を上げて、二次医療機関がもう少し救急医療に携われるような状況をつくるような申し入れをしていただくと、ありがたいと思うんですけども、お願いします。

○橋本座長 どうぞ。

○越阪部救急災害医療課長 おっしゃるとおり、医療機関の運営というのは、基本的には診療報酬がベースになるわけですが、その改定に向けて、救急医療に対する診療報酬という、救急医療管理加算が600点から800点ということで、22年に200点上がったというような状況はあるんですけども、本当に救急に対する評価というのは、その程度のものであって、もう少しそういうようなものを広げるとか、あるいは救急医療管理加算についても、もう少し広く、いわゆる重傷者を見たときだけということではなくて、例えば、1型、2型みたいなものをつくってやっていただくというようなことも含めて、毎年、国に対して要請を行っておりますので、引き続き、そういう形で国に対する提案活動は強化をしてやっていきたいと考えております。

○橋本座長 それでは、次の議事に入りたいと思います。

それでは、医療人材の確保対策及び感染症対策について、事務局から説明いただきたいと思っております。よろしくどうぞ。

○前川医療人材課長 それでは、医療人材課から3件ご報告させていただきます。まず、資料8、今年度実施いたしました厚生労働省が全国規模で行った必要医師数実態調査についてでございます。

この調査は、必要医師数について、二次医療圏、診療科の別にその状況を把握し、求人理由や求人方法の傾向を把握するために実施したものでございます。調査の対象施設としましては、病院及び分娩取扱診療所。調査時点は、平成22年6月1日現在でございます。

調査項目は、3の(2)にございますように、必要求人医師数としまして、各医療機関において診療機能を維持するために、確保しなければならない医師数であって、求人しているにもかかわらず充足されていない医師数と、それから必要非求人医師数としまして、実際には求人を行っていない医師数についても調査をしております。

調査の結果でございますが6番の回収状況。東京都につきましては、回収率が全体で73.5%です。全国の数値といたしましては、下の※印にございますように84.8%となっております。

7番調査結果の概要でございます。必要求人医師数につきましては、全体で1.05倍。必要医師数、つまりこれは実際には求人していない医師数でございますけれども、こちらは1.08倍となっております。

全国の数値といたしましては、欄外の※印にございますように、必要求人医師数とし  
まして1.11倍、必要医師数の倍率としまして1.14倍でございます。

診療科別にこれを見ますと、上位3科としまして、救急、リハビリ、産婦人科となっ  
ております。上位の入り繰りはございますけれども、全国的な傾向もほぼ同じとなっ  
てございます。必要医師数の実態調査につきましては、以上でございます。

次に、資料9でございます。医師の奨学金制度について。これは、平成21年度から  
実施しているものでございます。目的は、将来、都内の医師確保が必要な地域や診療科  
等に、医師として従事しようとする者に奨学金を貸与し、医師の確保及び質の向上に資  
するというものです。

制度は二通りございまして、Aの特別貸与と、それからBの一般貸与がございまして、  
特別貸与は指定大学の地域枠に入学した学生を対象に行うものでございまして、こちら  
は地域医療再生医療計画に指定の事業となつてございます。申し込み資格は都内在住、  
または都内の高等学校卒業生で、指定大学としましては、平成23年度から現在の順天  
堂大学と杏林大学に加えまして、慈恵大学が加わります。新規の対応人数は、平成23  
年度の予定でございますが、順天堂が10名、杏林が10名、慈恵が5名、計25名で  
す。貸与金額は、種別としまして、就学費と生活費となつてございますが、就学費は入  
学金、授業料、施設の設備費等となつてございまして、これは各大学によって違います。  
生活費は月額10万円です。奨学金の返還免除要件ですけれども、これは原則貸与でござ  
いまして、次の各条件に当てはまる場合には、返還が免除されるということとなつて  
おります。まず、小児・周産期・救急・へき地の4医療のいずれかの医療を選択し、都  
が定める都内の医療機関に卒後9年以上勤務した場合、この場合は貸与した奨学金が全  
額免除となります。

Bの一般貸与でございますけれども、これは都内の大学医学部を対象といたしまして、  
5年生、6年生を対象に行います。申し込み資格は、各医学部に在学する5年生、予算  
規模といたしましては、年26名で実施しております。貸与金額は月額30万円となっ  
てございます。

なお、この特別貸与の方ですけれども、4のその他にございますように、平成21年  
度から実施してございまして、徐々に対象大学、人数が増えております。ちなみに、平成  
21年が順天堂大学5名、平成22年が杏林と順天堂大学各5名、平成23年度からは  
先ほど申し上げましたとおり、杏林、慈恵、順天堂大学、合計で25名という数になっ  
ております。

医師の奨学金制度につきましては、以上のとおりです。

次に、資料10でございます。東京都保健医療計画の冊子に、平成19年度から平成  
23年度までの見通しが載っておりますけれども、時点更新ということでご報告させて  
いただきます。

看護職員の需給見通しにつきましては、従来から都が独自に実施してございまして、今

は平成19年度から平成23年度の需給見通しで実施しております。これにつきましては、今般、国が需給見通しの改定を行いまして、平成23年から平成27年までの需給見通しを立てることにあわせまして、この見通しを1年前倒しいたしまして策定したものでございます。

需給見通しの基本的な考え方でございますが、需要数につきましては、病院や診療所等につきましては、東京都の看護職員就業等実態調査、これを平成21年12月に実施いたしまして、その施設管理者の回答結果に基づきまして推計いたしました。

介護福祉関係でございますけれども、これは、東京都高齢者保健福祉計画、この計画介護サービス量に基づきまして推計いたしました。

次に、供給数でございますけれども、三つ要素がございます。新卒就業者数、それから再就業者数、それから退職者数。新卒の就業者数につきましては、他県養成所等の卒業分も含め、つまり人口の横移動も含めまして、都内のこれまでの実績を踏まえて推計いたしました。再就業者数につきましては、先ほども申しあげました就業等実態調査に基づいて、再就業率、離職率をもとに推計いたしました。なお、供給数につきましては、都の施策の一定の効果を見込んで推計してございます。

その結果が右側のグラフになってございまして、平成23年度で下の表にございまして、2,623人の不足が見込まれておりますけれども、これを施策の一定の効果を含めて供給数を上げていくことにより、平成27年度には12万575人で均衡するという見込みを立ててございます。

医療人材課からは以上のとおりでございます。

○吉田医療政策課長 それでは、資料11をご覧くださいませでしょうか。昨年のH1N1の新型インフルエンザに対する今年の秋・冬の対策でございます。

まん延期、インフルエンザが流行したときの医療体制についてですけれども、その体制を考える前提といたしまして、二つございます。前提①、②とございますが、一つは、不急の受診を避け、在宅での療養を基本とすることを都民に対して広く広報してまいります。それから、二つめにつきましては、入院受入医療機関に患者が集中しないように、外来の診療体制の強化を図っていくということです。

下の表は、まん延期の入院医療体制について、1から3の三段階に分けたものでございます。第1段階は、普通の医療機関で入院受入が通常に行われている状況でございます。

第2段階になりますと、通常の体制では入院受入がかなり困難になってくるという状況を考えております。その場合には、医療機関にあらかじめお願いしてございますが、病院ごとにそれぞれ可能な体制があるかと思えます。そちらに例をいくつか出してございますが、スタッフの応援体制を組むとか、緊急でない手術を延期していただく、そういった体制をとることも考えております。

第3段階は、そのような特段の措置をとっていただいたとしても、入院受入機関、こ



れが満杯の状態です。実際には、この場合には、知事により、感染症の緊急事態宣言、いわゆる災害に近いような状況を想定してございます。その場合には応急ベッド、備蓄用のベッドを配るなどということも考えてございます。

その下が外来の診療体制でございます。これにつきましては、第1といたしまして、外来治療を専らとする救急医療体制を確保していくこと、それから、第2としまして、夜間・休日における外来診療体制についても強化してまいります。これにつきましては、区市町村包括補助事業、あるいは、小児の初期救急平日夜間診療事業といった事業により、医療機関が実施することに対して、都として財政的な支援などを行ってまいります。

それから、外来体制の強化の3番目といたしましては、すべての医療機関において診療していただくということを徹底することを挙げてございます。

その下の(2)まん延期における医療連携体制でございますが、基本的に患者さんはこちらのかかりつけ医、診療所にかかっていることを大原則とさせていただいております。そちらの診療所で入院加療が必要な患者さん、あるいはもっと重症で脳症、それから人工呼吸管理が必要な患者さんにつきましては、それぞれの医療機関に搬送体制を組んでございます。こういった診療所、入院受入機関、それからより重症な医療機関、これらの医療機関が連携体制をとって入院体制を確保していくということでございます。

また、その搬送方法につきましては、あらかじめ入院受入可能な医療機関について、都で調査し、そのリストを診療所、あるいは関係機関の方にお配りしております。そちらで選んでいただく、あるいは必要な際には119番をしていただいて、搬送していただくと、そのような体制を考えてございます。

インフルエンザの医療提供体制についての説明は以上でございます。

- 橋本座長 今、人材確保のことと感染症対策についてのご説明がございました。ご質問を受けたいと思います。医療人材では、医師のこと、それから看護師さんのことが、説明に多くありました。なかなか難しく、悩みがずっと晴れていかないような領域の話でしたけれども、いかがですか。このように実施されているということでご了解いただいてよろしいですか。なかなか決定的なことは余りないのですが。

資料8の調査については、方法論としてなかなか難しいという批判もございます。どうも足りないことだけは確かという現場の声はありますけれども、どう定量的にそれを判断していくかというのは、なかなか難しいわけでありまして。医科大学が新設されるということも含めて幾つかの動きがあるので、またそれはそれで考え、東京都の医療計画の中にどう反映するかについては考えていかざるを得ないと思います。

それから、女性医師の働きやすい環境をつくるという観点では、東京都の場合どうなっていましたでしょうか。質問になります。

- 前川医療人材課長 医療人材課の方で女性医師の就業支援を、勤務環境改善事業の中で実施しております。それから、少子社会対策部の政策となりますが、院内保育の支援も行っています。また、再就業支援としまして、研修実施の支援等も行っております。

また、短時間正職員の勤務ですとか、それから交代制勤務について、一定の要件を満たした場合に、人件費の補助をするといったような事業も実施してございます。

○橋本座長 利用はどうか。

○前川医療人材課長 3年間実施してまいりましたけれども、今のところ女性の就業支援という項目でやっていただいているのは16カ所の病院でございます。対象としているのが、周産期医療ですとか、一定の規模を持った病院ということで指定しているということもございますけれども、提案方式でございまして、それぞれの職場環境にあわせて、国の定めた事業内容に組み立てて、内容を審査させていただくということになっているので、それぞれの病院の企画力、それから実態をどこまで補助金の事業の中で反映できるかというような課題も多いかと思えます。

○橋本座長 ありがとうございます。まだまだ課題が多い、いろんな施策というんですか、なかなか実績として結びついていかない感じがありますが、これはとても大事な、将来にわたる大事な問題ですので、じっくりこれも考えていかざるを得ないのかなと思っております。

それから、感染症とかはよろしいですか。昨年、いろいろ言われたけれど、そこまで大きなことは起こらなかったということで、いいトレーニングになったかなと思えます。

一つは、これは医療計画と関係ない話ですが、1年くらい経って、振り返ると、感染源になったらしい人達に対する差別だとか、中傷の問題がどうも出てきた。去年が特別だったかもしれませんが、どうも国内発生があったときの学校に対する中傷だとか、子供たちに対するそういった問題がどうもあって、やっぱりそれは東京都では、そういうことが起こらないような体制をとりたいなど、医療計画からは外れるかもしれませんが。永田委員、どうぞ。

○永田委員 インフルエンザの医療提供体制の件ですけれども、(2)のまん延期における医療連携体制に関して、昨年確かに新型が流行ったということで、大きな問題はなかったと思うんですが、一部で医療機関ごとの空きベッドに関して、二次医療圏内での連携体制がうまくいってなくて、1医療機関に集中をしてしまったとか、そんな事例があったようにお伺いしております。この図が悪いとかいう問題ではなく、入院受け入れ可能と、重症化した場合の受け入れ医療機関との連携体制みたいな、そういったものの構築というものは考えられておられるのか、あるいはもうできているのか、その辺についてお伺いしたいんですけれども。

○吉田医療政策課長 地域のブロック会などがございまして、そちらでそのような協議などもしてございます。そのブロック会には、地区医師会、あるいは地元の薬剤師会とか、歯科医師会なども入っていただきまして、その中で協議を進めております。

ただ、地域によってそれぞれの医療機関、医療状況なども違いますので、その地域ごとの特性に合わせた取り組みを進めるような形で、東京都としては、それを支援している状況でございます。

○橋本座長 ご理解いただけただけでしょうか。どうぞ。  
○内藤委員 これは「新型」とついていますが、これは鳥のH5N1のことの想定ですね。

○吉田医療政策課長 実際に鳥、強毒性のことについても考えながら、昨年のH1N1、弱毒の豚の方の対策ということで考えています。

鳥につきましては、さらに国の方も今後ガイドライン、あるいは行動計画を出す予定です。それに合わせまして、東京都も強毒型の対策ということについて、ガイドラインを今、策定している途中ですので、強毒型についても考えてまいります。

○橋本座長 どうぞ。

○内藤委員 これは国の問題だと思いますが、医療機関より先に報道関係から情報が全部出てしまって、医療機関で知るのは後手、後手なのです。報道関係が先に知って、それから医療機関が聞くというのは逆なので、これは東京都の問題ではないと思いますが、その辺をもう少し何とかしてくれないと、医療機関の方が混乱してしまうという状況になります。それから、10ccのワクチンでも使いようがないだろうというようなこともありましたし、それから国にも、その辺のところを強調して都から要望していただきたいと思います。去年の豚のインフルエンザのときには、非常に現場が混乱いたしましたので、よろしく願います。

○橋本座長 そういうご要望があったということで、受けとめていただければと思います。それでは、次の議事に入らせていただきます。

保健医療計画では二次医療圏ごとの基準病床数を定めております。既存病床数の状況と診療所の一般病床の届け出の状況について、報告を受けることになっています。そのことについてよろしく願います。

また、東京都保健医療計画の冊子の217ページにございます地域医療支援病院について、追加承認があったということですので、あわせてそちらの方も願います。

○佐藤医療安全課課長補佐 医療安全課より病床等にかかる報告をさせていただきます。資料12、13-1、13-2、14をご覧くださいと思います。

まず、資料12、東京都保健医療計画上の既存病床数の状況でございますが、直近の平成22年10月1日現在の既存病床数の状況を示しております。この表にございます基準病床数に関しましては、お手元の東京都保健医療計画45ページに掲載されております。その中で、基準病床数とは、病床の適正配置の促進と適切な入院医療の確保を目的に定められており、療養病床及び一般病床は二次医療圏ごとに、精神病床、結核病床等は東京都全域でそれぞれ定めることとされております。

現在の基準病床数は、平成19年度の東京都保健医療計画第四次改定に基づき、平成20年4月1日のものとなっております。

表に示しておりますとおり、基準病床数に対し既存病床数の差である過不足の欄をご覧くださいますと、区中央部では7,551床が過剰であり、西多摩及び北多摩北部も

過剰地域となっており、原則この地域での病院及び有床診療所の開設増床等はできないことになっております。また、精神病床は844床が過剰で、結核病床は170床が不足となっております。

次に、資料13、診療所の一般病床届出状況についてでございますが、これは保健医療計画の46ページに概要が掲載されております。まず、資料13-2、診療所の一般病床設置に係る基準をご覧いただきたいと思っております。平成19年度の医療審議会でご承認をいただいたもので、1としまして、居宅等における医療の提供の推進、2としまして、へき地に設置、3としまして、産科医療の提供の推進、4としまして、小児医療の提供の推進を掲げ、それぞれの条件をすべて満たす診療所に対しまして、許可の代わりに届出により一般病床を設置することができるものでございます。

次に、13-1をご覧ください。平成20年度から、現在まで14の施設がこの制度を利用し、診療所の開設、増床をしており、内訳としまして、産科医療提供が10施設、99床、居宅等医療施設4施設、41床となっております。

次に、資料14でございます。地域医療支援病院の承認状況についてでございますが、これは保健医療計画217ページに掲載されております。地域医療支援病院制度は、平成9年の医療法改正までは、総合病院と言われていたものでございますが、患者が身近な地域で医療を受けられるように、医療法第4条に地域医療支援病院が規定され、紹介患者に対する医療提供や医療機器等の共同利用の実施等を通じて、地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力や地域医療の確保を図るためにふさわしい設備等を有する病院について、申請があったものを医療審議会においてご審議いただき、都知事が個別に承認しているものでございます。

承認要件としましては、一つには、紹介患者中心の医療を提供していること、二つめには、救急医療を提供する能力を有すること、三つめに、建物、設備、機器等を地域の医師が利用できる体制を確保していること、四つめとしまして、地域医療従事者に対する教育を行っていること、また五つめとしましては、原則として200床以上の病床及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること等となっております。

都における地域医療支援病院は、資料にありますとおり、平成10年から現在まで16病院が承認されております。今年度は8月の医療審議会で5病院が承認されました。都では、島しょを除く各医療圏でこの地域医療支援病院を確保することとしておりまして、現在、区中央部医療圏、西多摩医療圏にはございませんが、申請の相談は出ているところでございます。

以上で、病床にかかる報告を終わらせていただきます。

○橋本座長 ありがとうございます。それでは、あわせて事務局から議事の3、次期保健医療計画の改定のスケジュールの話でしょうか。それから、その他で何かあればご報告いただきまして、それらをまとめてご質問、ご意見をお伺いしたいと思います。

それでは、事務局、よろしく申し上げます。

○馬神課長 それでは、資料15をご覧ください。次期医療計画の改定についてでございます。左側に国等の動向といたしまして、昨年からの国の動きを整理しております。1番目の枠は、精神保健の関係でございますが、精神医療について、4疾病5事業として位置づけることについて検討すべきであるという検討会の報告が出ているというものでございます。

2番目から5番目の枠は、地方分権、地域主権の動きの中でございますけれども、それぞれ、例えば地域医療支援病院等の整備の目標に関する事項でございますとか、病床数算定に当たっての補正の基準でございますとか、幾つかの項目につきまして規制緩和の一環として項目が挙げられております。

そのような国の動きを受けまして、3番目の枠でございますが、全国知事会において、構造改革特区の共同提案をしたということでございます。

国の最新の動きといたしましては、法律案の審査が行われておりまして、5番目でございますが、地域主権改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律案といたしまして、今までの戦略大綱等にございましたとおり、地域医療支援病院の整備の目標、その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項、また医療提供体制の確保に関し必要な事項について、努力義務とするような法律案が、現在、衆議院で閉会中の審査になっているという状況でございます。

また、国の医療計画の見直し等に関する動きでございますが、つい先週になります12月17日に第1回の検討会が開かれてございます。この検討につきましましては、平成23年度中を目途に検討結果を取りまとめることとなっております。

都といたしましては、このような国の動向も見据えながら、右のスケジュール（案）を考えております。22年度につきましては、始めに申し上げましたが、3月に第2回の推進協議会を開かせていただき、その際に、計画の改定部会を設置させていただきたいと考えております。23年度、来年度でございますが、まず計画策定の前段階として、医療機能実態調査を実施していきたいと考えております。実態調査の内容につきましては、改定部会の中でご議論いただきまして、それを推進協議会にご報告いただき、また、医療審議会の方に協議会の内容をご報告するというような形で進めていきたいと思っております。

24年度、実際の策定の時期になりますけれども、改定試案策定まで部会の方を6回程度、開催させていただきまして、それを推進協議会に報告し、医療審議会に推進協議会の内容をまた報告するというような流れになります。25年度から新しい保健医療計画のスタートになりますので、24年度、できれば24年内には内容をかためて、各種手続を進めていきたいと考えております。

以上でございます。

○橋本座長 再生計画について、お願いします。

○吉田医療政策課長 それでは、報告事項の最後になります。資料16をご覧ください

と思います。先ほどから、何度か話が出ております地域医療再生計画につきまして、ちょうど先週、国の説明会がございました。その概要をまとめてございます。

国の動きですが、去年は二次医療圏を中心に、地域医療再生計画を立てるということでしたが、今回につきましては、三次医療圏、東京都全体を基にして計画を立てるということになってございます。

その下の欄にございます、国の地域医療再生臨時特例交付金の概要でございますが、交付金の規模が全体で2,100億円になってございます。これにつきましては、三次医療圏、東京都全体で考えなさいということになっておりまして、事業対象につきましては、地域の実情において自由に決定して構わないということですが、期間が平成25年度まで、本年も含めると4年間でございます。実質的には、来年度からということになりますので3年間の計画になるかと思えます。

この基準額でございますが、二通りございまして、一つにつきましては15億円、52の三次医療圏の中で考えるということ。もう一つが、実際には120億円の範囲内で、1の基準額を超える額について考えると。加算額と申しておりますけれども、その二通りがあるということでございます。

右の方にまいりまして、地域医療再生計画の内容ですが、計画期間は先ほど申し上げました平成25年度までで、都道府県単位、三次医療圏での作成ということでございます。それから、高度・専門医療機関などの整備・拡充など、地域の医療機関の機能の強化、医療提供体制の課題解決について施策を定めることとされております。

その下の方の、実際の計画の作成手順ですけれども、都道府県が医療審議会などの意見を聴取いたしまして、国に提出するということになってございます。

実際のスケジュールといたしましては、今後、関係機関等からもご意見を頂きまして、年明け1月28日に予定しております医療審議会にも諮っていきたくと考えております。そして、3月中旬には国へ提出ということになります。国ではそれにつきまして、有識者会議などを開きまして、交付額の内示、決定という手順になると、このようなスケジュールになってございます。

雑駁ですが、地域医療再生計画につきましての説明は以上でございます。

- 橋本座長 ありがとうございます。残りの議題をまとめて説明いただきました。何かご質問、ご意見ございましたら、いかがでしょうか。どうぞ。
- 稲波委員 地域医療支援病院に関してなんですが、これは各二次医療圏に1つ設けることを目標に掲げておられます。しかし、それを達成しようとするあまり、地域医療支援病院としての本質的な要件を満たしていない病院を指定するようなことになってはいけなく、私は強く感じます。実際には病床規模に比して、新患数が他院の数分の1程度と極端に少ない病院（それは本来の新患を門前診療所に誘導して、本体の病院の新患数を減らしている訳ですが）が指定されている様です。この様に地域医療を実際には支援していないような病院が指定されるようなことがあってはいけなく、と感じます。

それから、医療審議会のメンバーです。非常に多くの部分が病院医療に関して審議されているにもかかわらず、病院を代表する委員の数は非常に少ない。この委員の構成は見直していただくことが必要なのではないかと考えています。以上であります。

○橋本座長 2つありました。後ろの方はご要望ということでお聞きいただければと思いますけれども、どうぞ。

○吉田医療政策課長 では、1点目の地域医療支援病院のことにつきまして、私の方からご回答させていただきます。

国の方でもはじめの頃の条件では、確かに二次医療圏に1カ所ということを目指してございました。350近い二次医療圏がある中で、なかなか達成できなくて、その基準を国の方も緩めてきております。そういう意味で、先生のご指摘のように、地域医療支援病院としてのしっかりした基準、病院としての性格、地域医療にどう適するかという、そういうことから判断していきたいと考えてございます。

○橋本座長 よろしいですか。ふさわしくない病院があるのではないかとということに近い表現だったと思いますけれども、もう一つ、違った見方としては、その地域でそういう病院がないということの地域にとっての意味合い、その二次医療圏の中で医療を提供していくときにしっかりとした紹介をしたり、そういった機能が十分に発揮できるような病院が、もしかすると存在しないということの方が大きい問題かなと思います。

○稲波委員 しかし、資格のないものがあることが、税金を無駄に使うことになり、公正な競争を阻害することにもなるのです。

○橋本座長 その議論は分かりますが、地域の問題として考えたときに、そういう機能を持った病院がないことの意味合いみたいなことの方が多分大きい影響があるだろうと。

○稲波委員 それは言えます。ただ、東京都の地域の二次医療圏の決定そのものの議論にもなってしまうかもしれないので、そんなところで。

○橋本座長 ご意見ありがとうございます。どうぞ。

○内藤委員 資料12で見ると区中央部は7, 500オーバーなのですね。

○橋本座長 病床数の話ですね。

○内藤委員 当然、特定機能病院が、この中に6病院あるのだと思うのです。特定機能病院というのは、ほとんど全国区の病院で、地元がなかなか入院できないような病院がそろっているんで、前の改定するときにもお願いしたんですが、この数の中から、特定機能病院を抜いてもらわないと、地域の病院としてというのはできないと思うし、その結果も受けて多分、区中央部は資料14の方の地域医療支援病院がつかれないのです。その辺も含めたら、これは状況的に区中央部のようなところを、特定機能病院は東京都全体的に相当多いですから、14、5あります。ですから、そこを抜いてカウントしてもらわないと、なかなかできにくくなってしまうのだと思うのですが、それはどうお考えでしょう。

○吉田医療政策課長 先生がおっしゃるように、区中央部というのは本当に全国的にも特

殊な地域で、特定機能病院がたくさんあり、全国から患者さんが集まるということで、私どもも、国にこのことについて単純に全国の基準で割り当てるのは無理だろうということを経三申してごさいます。国もこの医療計画について検討する中で、地域の実情に合わせた形ということを経少し言い出しておりますので、私どもとしても変わっていくのを期待しているところでごさいます。

- 橋本座長 確かに医療圏の問題も含めて見直しの検討会ではそういう議論も出るわけです。どうなるかわかりませんが。そもそも東京都の医療計画の最初のころから、バチカン市国みたいなものだから、別にカウントしようという議論はあったわけです。しかし、実際全く利用していないかという、それはそれでそうでもない実態もあるみたいですから、参考値として少し取り除いた場合とか、いろいろなケースで計算したものをを見せていただくのも、我々が考えていく上での一つのステップかなとも思っています。そのほかいかがでしょうか。なければ、最後に事務局から何かありますか。

- 馬神課長 長時間にわたりご議論ありがとうございました。本日、参考資料といたしまして、平成23年度主要事業予算見積概要をお配りしております。こちらは、福祉保健局の予算要求の概要についてまとめたものとなります。この内容は都庁内の協議を経まして、最終的に予算案となってまいります。またその際には別途、情報提供させていただきます。

事務連絡となりますが、先ほど申し上げましたとおり、次回の協議会を3月中旬に予定しております。恐れ入りますが、机上に平成22年度第2回日程調査票をお配りしております。ご都合のつかない日につきましてご記入いただいて、後日ファクス等でお送りいただければと思います。また、今日お分かりになる方は、今、ご記入頂き、お席に残していただいても結構でございます。

最後に、本日使用しました資料につきましては、お持ち帰りいただいても構いませんし、お席に残していただければ、後日、郵送させていただきます。この医療計画の冊子につきましては、会議用となっておりますので、恐れ入りますが、席に残していただきますよう、よろしくお願いいたします。

事務局からは以上でございます。

- 橋本座長 ありがとうございます。時間がオーバーしてしまって申しわけございません。実際には議事が多いので、二つに分けたにもかかわらず、やはり伸びてしまいました。ぜひ活発なご意見をいただきたいということと、時間の制約があるということの板挟みになるのかなと思います。次回以降もぜひよろしくお願いしたいと思います。

本日はこれをもって終了させていただきます。ありがとうございます。

(午後 7時53分 閉会)