

第5回東京都保健医療計画推進協議会改定部会

会議録

平成29年8月10日

東京都福祉保健局

(午後 16時00分 開会)

○榎本保健医療計画担当課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第5回東京都保健医療計画推進協議会改定部会を開会いたします。

委員の皆様には、大変お忙しい中、ご出席いただきありがとうございます。

議事に入りますまでの間、私、医療政策部保健医療計画担当課長、榎本が進行役を務めさせていただきます。よろしくをお願いいたします。

着座にて失礼いたします。

初めに、委員の皆様の出欠等についてでございます。

本日は、東京都看護協会の渡邊委員、国立がん研究センターの石川委員から、欠席のご連絡をいただいております。また、永田委員の代理といたしまして、東京都薬剤師会の森田常務理事にご出席をいただいております。また、長瀬委員より、おくれてご出席との連絡をいただいております。

次に、本日のオブザーバーの方をご紹介します。

前回の第4回改定部会から各疾病事業の個別検討を行っておりますが、本日は、今回個別検討を行うがん、災害医療、へき地医療の各協議会の代表の方にご出席をいただいております。

まず初めに、東京都がん対策推進協議会予防・早期発見・教育検討部会の津金昌一部会長でございます。

続きまして、同協議会相談・情報検討部会の江口研二部会長でございます。

続きまして、東京都災害医療協議会の山本保博会長でございます。

最後に、東京都へき地医療対策協議会の石館敬三会長でございます。

同協議会、古賀信憲副会長でございます。

続きまして、本日の資料について確認をさせていただきます。

本日は、がんと災害医療、へき地医療についての資料をお配りしております。資料3-1から3-3ががん、資料4-1から4-3が災害医療、資料5-1と5-2がへき地医療についてでございます。参考資料といたしまして、国指針との対比表がございます。議事の都度、資料についてご説明をいたしますので、落丁等がございましたら、事務局にお申しつけください。

また別途、机上に現行の東京都保健医療計画の冊子と国指針がとじてあるオレンジ色のフラットファイルもございます。議論の際には、ご活用いただければと思います。

資料については以上でございます。

それでは、これからの進行を河原改定部会長をお願いいたします。

○河原部会長 それでは、ただいまから協議のほうを始めたいと思いますが、先ほど事務局からお話がありましたように、前回の改定部会から、各疾病事業ごとの個別の検討に入っております。前回のときもお話し申し上げましたが、本改定部会では、国が示した指針案、疾病事業ごとの協議会等の検討内容を踏まえながら、次期保健医療計画に盛り

込むべき内容として、課題や取組の方向性についてご意見をいただければと思っております。それでは、よろしくお願ひしたいと思ひます。

では、議事のほうに入りたいと思ひます。

まず、がんについて、事務局からご説明をお願ひいたします。

○三ツ木齒科担当課長 それでは、がんにつきましてご説明させていただきます。

先に東京都がん対策推進計画の検討体制とスケジュールについて説明をさせていただきますと思ひます。恐れ入りますが、資料3-3を先にごらんいただけますでしょうか。

今年度は、国のがん対策推進計画の改定となります。あわせまして、東京都がん対策推進計画の改定作業を進めているところでございます。本対策計画は、保健医療計画と整合を図りながら策定を進めているところでございます。

資料3-3の表、最上段でございすが、国の計画です。6月2日に第3期がん対策推進基本計画案が出されまして、夏の間に関議決定が諮られる予定であります。その後の詳細につきましては、何も示されていないという状況がございします。一方、本計画策定の進行状況でございすが、内容が多岐にわたりますことから、東京都がん対策推進協議会のもとに、四つの部会と一つのワーキンググループを設け、細部の検討を進めております。各部会とも2回目の部会を開催している最中でございします。今後、東京都がん対策推進協議会では、計画策定に向けた検討をこちらの協議会のほうで進めてまいります。

それでは、予防のほうから始めさせていただきます。

○中坪健康推進課長 では、資料3-1をごらんください。こちら、がんの予防について説明させていただきます。

まず、現状（これまでの取組を含む）ということでございます。

現状、（1）から（3）がございしますけれども、（1）がんの予防、こちらは一次予防についてでございます。こちらにつきましては、健康づくりの一環として、第二次の東京都健康推進プラン21で進行管理してございしますけれども、野菜や食塩などの摂取量、身体活動量等についての指標については横ばいでございします。また、成人の喫煙率については減少傾向でございします。

次、（2）は、がんの早期発見。こちらは二次予防ということ、いわゆる検診系でございしますけれども、がん検診の受診率は、5がん対策検診に・・・、それぞれについて40%というところでございします。また、新たに国が精密検査受診率90%の目標を設定する予定となっているところでございします。

（3）がんを予防するための健康教育。こちらにつきましては、学校におけるがん教育は、こちらは学習指導要領に基づき、これまでには生活習慣病対策という疾病予防と関連づけて指導が行われてきたところでございします。

2のこれまでの取組状況でございしますけれども、一次予防のがん予防につきましては、生活習慣や喫煙の健康影響等に関する各種普及啓発を実施してまいりました。また、禁

煙希望者や受動喫煙防止に関する対策などを実施してきたところでございます。

がんの早期発見につきましては、検診受診等早期発見に対するまずは広い普及啓発を行っていくとともに、下の丸、実施主体であります市区町村実施の検診の精度管理に対する技術的・財政的支援や職域での研修も多く実施されておりますので、そちらの浸透を行いました。

また、がんを予防するための健康教育につきましては、児童・生徒向けのリーフレットの作成及び配布を行ってきたところでございます。

右でございます。

課題といたしましては、がんの予防につきましては、がんを含めた生活習慣病予防のための生活習慣についての正しい知識の普及啓発、これを引き続き行う必要があると考えております。また、禁煙希望者への支援でありますとか、国の動向を注視しつつ受動喫煙防止対策の強化に向けた検討を行う必要があると認識しております。

がんの早期発見。がん検診につきましては、検診受診率50%達成に向けまして、区市町村支援でありますとか、普及啓発等を一層進める必要があると考えております。また、区市町村が科学的根拠に基づく検診を行うための支援でありますとか、精密検査受診率90%達成に向けた体制整備を行う必要があると考えています。また今後、国が策定予定であります職域向けガイドラインに基づいて、職域でのさらなる具体的な取組を検討する必要があると考えております。

がんを予防するための健康教育につきましては、こちらについては、具体的には学習指導要領に載ってくるという動きもありますので、学校でのがん教育につきましては、外部講師活用などによる適正な実施と指導内容の充実を図る必要があると考えております。

今後の方向性ですけれども、めくっていただきまして、取組とかかわっておりますので、めくっていただけますでしょうか。取組1から3まで記載してございます。個別に説明させていただきます。

まず一つ目は、科学的根拠に基づいたがんを遠ざけるための生活習慣に関する取組の推進を行っていきたいと考えております。こちらについては、先ほど申したように、健康推進プラン21、あわせて予防というところで取り組んでまいりますけれども、例えば適切な量と質の食事をとる人をふやすでありますとか、日常生活における身体活動量をふやすでありますとか、適正体重を維持している人の割合をふやすであるとか、リスクを高めるような飲酒をしている人の割合を減らすなどの情報提供等を引き続き行っていきたいと考えております。また、多様な広報媒体を活用した効果的ながん情報の普及啓発でありますとか、生活習慣を改善した・・・環境づくりを目指していきたいと考えております。次に、成人の喫煙率減少と受動喫煙防止対策の推進でございます。こちらにつきましては、喫煙の健康影響に関する普及啓発の推進であるとか、禁煙希望者の禁煙しやすいような支援の推進。未成年者が喫煙しないための健康教育の推進であるとか、受動喫煙防止対策の推進を行っていきたいと考えております。

次に、取組2でございます。がん検診の受診率向上施策の推進と科学的根拠に基づくがん検診の実施及び質の向上でございます。こちらにつきましては、ここに記載がございますように、検診受診率については50%、精密検査受診率については90%という目標を達成するために、検診受診率につきましては、区市町村実施のがん検診の受診率向上を目指した効果的な取組の支援でありますとか、職域におけるがん検診の実態把握、また、国が作成予定のガイドラインにつきましては、対応を検討していきたいと考えております。下の精密検査受診率目標90%のほうにつきましては、まず、全ての区市町村で科学的根拠に基づくがん検診を実施していただき、また、職場におけるがん検診の実態把握、受診しやすい環境整備等の支援を行っていただきたいと考えております。また、取組1、2に重なるところですがけれども、がんの原因の一つのウイルスや細菌の感染、関連ウイルス対策であるとか、子宮頸がんの普及啓発等、子宮頸がん検診等の普及啓発等も引き続き行っていただきたいと考えております。

最後、取組3でございます。あらゆる世代に対する健康教育の促進ということで、こちらにつきましては、ことしの3月に中学校の学習指導要領が改訂されまして、新たになんかについても取り扱うというところが具体的で記載されたというところが大きいかと思っております。こちらにつきましては、平成33年度に全面実施ということになっておりますけれども、そちらに向けまして、学校における健康教育の推進でありますとか、2種がん経験者などとの連携対策の構築などを進めて、がん教育のさらなる推進を進めていきたいと考えております。

以上でございます。

- 三ツ木歯科担当課長 では、引き続きまして、がん医療について説明させていただきます。資料3-2をごらんください。

現状とこれまでの取組です。

現行計画策定の平成23年に比べまして、75歳未満の年齢調整死亡率、主要死因別のがん死亡者数の割合は減少傾向にありますが、がん死亡者数、それから患者数は増加しております。

次に、これまでの取組ですが、がん医療体制等の推進と患者家族の不安軽減を軸に、資料に挙げさせていただいております取組を進めてまいっております。

医療体制の推進といたしまして、拠点病院等の整備、それから患者在宅移行支援事業の実施、医療連携手帳の作成。緩和ケアの提供体制といたしまして、緩和ケア研修会の受講促進、緩和ケア推進事業の実施、緩和ケア連携手帳の作成。特に小児がんに対しまして支援体制といたしまして、小児がん診療連携ネットワークの整備、小児がん拠点病院の整備、東京都小児がん診療病院は現在11カ所ございます。小児がん拠点病院は2カ所でございます。それから、東京都小児がん診療連携協議会の設置に取り組んでおります。

患者・家族の不安の軽減といたしましては、がん相談支援センターによる相談支援、

ピアサポートを拠点病院2カ所で開催、東京都がんポータルサイトの開設、治療と仕事の両立支援事業の実施を行っております。

資料、右上でございます。課題です。患者数の増加、円滑な在宅移行の推進から、医療提供体制の課題。迅速かつ適切な緩和ケアの提供と緩和ケアに関する知識の普及から、緩和ケア提供体制の課題。多様化する相談ニーズや就労支援からの患者・家族の不安軽減に対する課題。また、国の案でも示されておりますが、AYA世代などのライフステージに対応した医療相談・支援体制の課題。都といたしましては、AYA世代とあわせて、就労支援を含めて働く世代への対応を検討していきます。

これらの課題に対応する方向性といたしまして、資料の今後の方向性、4点を挙げております。1枚おめくりいただけますでしょうか。

これらの課題に対する今後の方向性です。集学的治療の実施と地域との連携による質の高い適切ながん医療の提供への取組といたしまして、患者増を踏まえて、適切に集学的治療が提供されるための医療提供体制の確保、拠点病院等における多職種によるチーム医療の充実と強化、拠点病院から地域医療機関に患者が安心して円滑に移行するための具体的取組の検討の実施、地域における医療従事者等の人材育成と多職種連携の充実と強化に取り組んでまいります。

2点目の方向性と取組です。がんと診断されたときから患者の希望する場所で切れ目のない緩和ケアを提供するために、拠点病院等において、診断時から苦痛のスクリーニングが実施され、基本的緩和ケア及び多職種連携による緩和ケアが適切に提供されること、地域医療機関の医療従事者の基本的緩和ケアに関する知識・技術の向上と多職種連携による医療提供体制の充実・強化、緩和ケア病棟の機能分化と緩和ケア病棟以外の病床における病状変化時の受け入れ体制の確保と充実、都民、患者・家族への緩和ケアに関するさらなる普及啓発の実施に取り組んでまいります。

3点目の取組、がんに関する悩みや不安の軽減と情報提供の充実について。相談・支援と就労支援を軸といたしまして、がん相談支援センターの周知徹底と、必要とする情報提供ができるよう、さらなる質の向上と充実・強化を図ってまいります。多様な相談ニーズに対応できますよう、既存のがん相談支援センター以外の相談支援窓口などの情報収集と整理、患者への提供など、確保・充実に取組みます。就労支援といたしましては、就労している患者さんが、がんと診断され、すぐに退職を選択しないよう働きかける病院内での体制づくり、介護者も含めて、就労継続が可能となる企業の環境づくりの促進、新規・再就職の機会の確保、患者の自立に向けた取組の充実を図ってまいります。就労しながら治療する患者の負担軽減のため、医療提供体制の検討も行ってまいります。都民、企業に対する理解の促進に努めてまいります。

4点目の取組です。1枚おめくりいただけますでしょうか。ライフステージに応じた適切な医療提供・相談支援の実施についてです。小児・AYA世代のがん患者、働く世代のがん患者、高齢のがん患者の各世代特有の課題に対応していく必要がございます。

まず、小児・AYA世代につきましては、東京都小児がん診療ネットワークを生かしました医療の提供と、ネットワーク参画病院と地域医療機関との連携強化。小児在宅医療に対応できる医療機関が多くない状況から、小児在宅医療に対応可能な人材等の育成を図ります。AYA世代のがん患者さんにつきましては、小児がん診療科と成人診療科のどちらで治療しても適切な医療が受けられるよう、両診療科の情報共有等を促進していきます。また、晩期合併症や二次がんの発症などに対して適切な支援体制が提供できるよう、検討と体制構築を図っていきます。年齢が介護保険の適用外になることから、在宅療養などに係る負担に対しての必要な支援の検討を行っていきます。働く世代のがん患者さんが仕事と治療が継続できるよう、現状把握と必要な支援、医療提供体制の検討を行ってまいります。高齢のがん患者さんに対しましては、安心して療養できるよう、病状急変時の受け入れ体制の確保と充実を図ります。認知症などを併発する患者に適切な支援が行えるよう、地域の医療従事者・介護従事者の育成に取り組めます。また、がん相談支援センターと連携し、区市町村が設置する在宅療養支援窓口でがん患者の相談に対応できるよう、体制を整えてまいります。

以上でございます。

○河原部会長 ありがとうございます。

それでは、がん対策推進協議会の各部会長から補足の説明等ございますか。

津金先生、いかがでしょう。

○津金部会長 国のほうのがん対策において、予防と検診にシフトしてしまして、避けられるがんを避けるというようなことが、まず施策の主要テーマになっています。そのために、やはりがんの最大の原因であるたばこですね、たばこへの対策を徹底することが最重点課題だと思っていまして、これだけでがんの4分の1は予防可能だと推計されています。そのために、具体的には、やはり都民の喫煙率を減らすとともに、公共の屋内空間における受動喫煙の被害、これをゼロにするということが重要であり、公共の屋内空間を禁煙にする法規制というのが今や国際社会のスタンダードであるのみならず、2020年にオリンピック・パラリンピックを迎える東京が、IOCやWHOと交わした約束でもあり、予防・早期発見・教育検討部会としても、その実現に向けて強く提言していきたいというふうに考えます。

以上です。

○河原部会長 ありがとうございます。

江口先生、いかがでしょうか。

○江口部会長 がん医療の医療体制としては、東京都の中で、地域ごとの諸事情を考慮して、また人口動態を考慮して、連携体制を構築していくと。特に目標としては、切れ目のない療養、切れ目のない治療ということで、例えば後方病院の整備とか、そういったもの。あるいは終末期をどういうふうに過ごすかといったようなことも含めて、どうするかということになっております。

それから、情報の面では、セカンドオピニオン等、あるいは、最近ではゲノム医療の遺伝子カウンセリングといったようなことも話題にのぼってきていますけれども、こういうものに関して、どのような将来的なニーズがあるかというふうなことも含めて検討するということにしています。

それから、今の情報社会ですから、ポータルサイトを中心として、どうやって情報のアクセスを簡単にして、そして、なおかつ利用度の高いものにするかといったようなことが検討されております。

それから、緩和ケアに関して言いますと、ここにもありますように、基本的な緩和ケア、これはプライマリのレベルでの緩和ケアということですが、これは全てのがんの患者さんを療養する医療従事者の方々に習得してもらおうというふうなことを中心に考えております。

以上です。

○河原部会長 ありがとうございます。

それでは、質疑のほうに移りたいと思いますが、ただいまのがん対策につきまして、何かご質問あるいはご意見等ございますか。いかがでしょうか。

はい、どうぞ。

○渡辺委員 三つあるんですけれども、がんの予防で、3-1ですね、課題のところの（1）の丸の2に、「国の動向を注視しつつ」という言葉は要らないんじゃないでしょうか。というのは、この秋にも受動喫煙防止対策というものが上程されることになっており、予定ですけれども、この改定部会でこれを決めて出したときには、もう既に決まっている可能性が高い。そして、国の動向は別に注視しなくてもいいと思います。ですから、この文言は取っていただきたい。

そして、現状の左の1の（3）と課題の（3）に「がん教育」とありますけれども、ここのところは、やはり先ほどもずっとありますけれども、具体的に「喫煙防止教育等」と入れていただきたいのが一つ、それと、やはり先ほど言葉では入っていましたが、感染症でがんになるって都民の方は余り知らない方も多くいらっしゃると思うので、もし、できましたら、「喫煙防止及び感染症等、がん教育において」というふうに入れていただくと、非常にわかりやすくなるんじゃないかと思いますが、いかがでしょうか。

○河原部会長 事務局、いかがでしょうか。

○中山事業調整担当課長 受動喫煙の関係を担当しております、福祉保健局の中山と申し上げます。ご説明させていただきます。

渡辺委員、貴重なご意見をありがとうございました。まさに課題のところの「国の動向を注視しつつ」というところでございますけれども、これ、実は津金先生からも今ご意見がありましたけれども、まさにがん協議会の予防部会のほうでもかなり議論になっているところがございます。おっしゃるとおり、国のほうが、実はこの間閉会いたしま

した通常国会で法案を出すというようなお話がありましたけれども、今、ちょっとそれが停滞しているという状況にあるのは皆様ご存じかと思えます。また、東京都のほうといたしましては、いろいろ報道されているところでございますが、議員提案ですとか、受動喫煙の強化をしていくというような動きもございます。そういった東京都の動きも踏まえまして、こちらのほうの課題の書き方も検討していきたいと思っております。ご意見ありがとうございます。

○中坪健康推進課長 追加で、がん教育について補足させていただきます。

がん教育につきましては、説明でもありましたように、学習指導要領に、中学校においては追加されたというところでありまして、それも踏まえまして、教育庁を中心として、東京都がん教育推進協議会というもので、医師会の先生も含めた議論が進んでおります。ですので、そこでの議論で、あわせて感染症及び喫煙対策を含めて取り組んでいくかというところで議論を進めていきたいと考えております。感染症につきましては、今回の資料にはございませんでしたけれども、もちろんメジャーな予防できる疾患の原因の一つというふうな認識はございますので、それについては盛り込んでいきたいというふうには考えているところでございます。

○河原部会長 はい、どうぞ。

○福内委員 今、がん教育についてのご説明があったんですが、あらゆる世代に対する健康教育の促進と書かれていて、今のご説明の中では、中学生を中心にといったようなご説明があったかと思うんですが、ほかに何か議論されていたり、何かこんなことをやっていったらどうかというようなことがありましたら、教えていただければと思います。

○中坪健康推進課長 今、中学校につきましては、学習指導要領に「がん」という言葉が盛り込まれたということでございますが、それ以外に、小学校も高校も含めて、いわゆる公立学校においては「がん教育」というところが始まっているところでございます。あわせて、それ以外のやはり普及啓発というところでは、若い世代が中心ですけれども、それこそ働いている世代というところに対する健康教育等も考えておりますので、職域を通じた教育なども考えているところでございます。今年度から、職域に対しては、東京都では普及啓発をするという事業も始まっておりますので、職域からの普及ということをご想定しているところでございます。あと、もちろん市区町村への普及ということもあわせてお願いしたいと思っております。

○河原部会長 ほか、何かご意見、ご質問ございますか。

はい、どうぞ。

○竹川委員 がん医療は、専門的に、東京都内であれば、どちらかというところ、もうどんなに距離があっても、専門の領域の治療にかかれますけれども、緩和ケアに入ったときに、これは早急に進行するがんの場合、緩和ケアにすぐに入っていく場合、より地域、ここには地域ということが、がん医療の資料3-2の緩和ケアの提供体制のところに入っていますけれども、より地域というのを具体的に、家の近くというのが一番具体的になる

んでしょうけれど、自分がその立場になったときに、または自分の家族、周りの方がそういうふうになったときに、よりわかりやすい緩和ケアの医療機関とか、そういったことをもうちょっと具体的に示せるといいのかなという感じがします。

○河原部会長 ありがとうございます。

これはいかがですか。何か、「ひまわり」かなんか、そういうところでお知らせしています。

○三ツ木歯科担当課長 拠点病院の相談支援センター等では、ご案内をしているところがございます。

○河原部会長 ほか、いかがでしょう。予防の話も出ました。今は医療の話が出ましたけれども。今回、予防も含めて医療計画の中で記述するという流れになっていると思いますが、いかがですか。事業推進区域とも絡んでくるとは思います。地理的な単位でなかなか決めづらいものですよ。

医療圏は、もちろん二次医療圏ですから、この資料3-2の内容を実践するときに、既に事業推進区域的な考えでやられていると思いますけどいかがでしょうか。

○江口部会長 先ほど申し上げたように、二次医療圏にほぼ拠点病院があるわけですが、それ以外に東京都の指定した診療連携病院がありますので、都内のほぼ全域は、それでカバーができます。地域で考えてみると、拠点病院の相談・支援とか、あるいは拠点病院を中心として連携体制を組んでいくというような形で行われています。

○河原部会長 ありがとうございます。

今ご説明いただきました医療体制の中で、資料3-2の医療内容が実践されているという趣旨だと思いますが、いかがですか。

○竹川委員 すみません。追加というか、さっきの言い直しなんですけれども、拠点病院とかでは、がんの治療というふうになると思うんですね。高度急性期で、じゃあ、それを治療する場合、今、やはり入院期間とかの問題で、すぐ出なくてはいけなくて、もう緩和ケアが必要に、急に2週間ぐらいでなりましたといったときに、拠点病院で緩和ケアというのは難しいと思うんですね。そうすると、地域にある緩和ケアの病床を探すとか、そういう行動に都民が動かなくてはいけない。そのときの連携というか、アナウンスがきちんとできるということがすごく重要だと思うんですね。もう医療機能で分かれてきていますので、今。

○河原部会長 もう既に拠点病院とか、医療資源は、かなり東京都の場合充実してきていると思いますので、あとは連携とか機能分化の話になると思いますが、それが機能連携推進区域の話にもつながってくると思いますが、いかがですか。

はい、どうぞ。

○山本委員 東京都歯科医師会の山本でございます。

医療連携という点では、周術期の口腔ケアということで、東京都で非常に多くの予算を使っただいて、我々も人材育成をして、ようやく600医療機関ぐらいが、周術

期の口腔ケアができるというふうな医療機関として、がんのポータルサイト等に載っているようでございます。私のほうにも、そういった形で、口内炎に苦しんでいらっしゃる患者さん等が、実はやっぱり東京都のサイト等を見て来ましたというふうなお話がありますので、少しずつ、そういった面では、今の体制でできているのではないかなというふうに思うのと、そのポータルサイトがもっと充実すると、よりいいのではないかなというふうに思っております。

以上です。

○河原部会長 ほかに何かご意見ございますか。

きょうの資料の論点、うまく整理されていると思いますが、今までの意見をまとめますと、それをいかに高機能にしていくかということ、連携の話とか、機能分化の話、この医療計画の中で話し合っていく必要があると思います。

それで、がんの事業推進区域、これはもう一回言いますと、なかなか二次医療圏でもちろんおさまりませんよね。全都的に対応することも必要ですし、あるいは地域に帰った場合の緩和ケアとか、地域での往診とか、あるいは外来も機能を持つがん診療の病院とか、考えますと、この区域が事業推進区域ですとはなかなか言いづらいわけですね。この委員会としては、資料2のがん医療に関する事、あるいは資料3-1の予防に関する事、これらを有機的にうまくつなげ合わせることで機能が高めることが、事業推進区域に該当するかなと。前回、周産期とか母子ですか、8ブロックとか、あるいは4ブロックの話で、事業推進区域が進んできましたが、がんに関してはなかなか難しい。重層的にがん医療の機能が重なってくると思うんですが、事業推進区域について何かご意見ございませんか。

もしなければ、今までやってきて大きな問題はなかったわけですから、そのままの現行の事業推進区域の考え方で進めるとして、機能については、この資料3-1あるいは資料3-2に示している事柄、これを連携あるいは機能分化によって高めていくというふうな解釈をしたいと思うんですが、いかがでしょうか。よろしいですか。

(異議なし)

○河原部会長 それでは、がん医療に関しては、きょう、たばこの問題とか、感染症とのがんの関係とか、あるいは緩和ケアの設置単位、どういうところにつくればいいのかとか、あるいは周知徹底の方法をどうするかとかというご意見をいただきました。いずれも資料3-1あるいは資料3-2の論点をさらに補強していただくようなご意見だったと思います。また、事業推進区域については現行のままということで、あと、きょうの論点に出てきた資料の論点ですね、機能をそれぞれ高めて、東京都全体のがん医療あるいはがんの予防機能を高めていくということにさせていただきたいと思います。よろしいですか。

(異議なし)

○河原部会長 ありがとうございます。

それでは、次の話題ですが、災害医療についてでございます。これにつきまして、事務局からご説明をお願いいたします。

○清武災害医療担当課長 災害医療担当課長の清武でございます。

それでは、災害医療についてご説明いたします。まず、資料4-3をごらんいただきながらご説明申し上げます。

これまでの取組を含めまして、災害医療体制についてご説明いたします。なお、この体制については、東京都保健医療計画と整合させまして、地域防災計画と医療救護ガイドラインにて定めているものでございます。

まず、ごらんの図でございますが、首都直下地震等が発生した場合に、被災地域が広範囲になることも想定されるため、区市町村を支援できるよう、二次保健医療圏を単位とした体制を整備しております。

中段でございますが、さらに全域、各二次保健医療圏、区市町村で、それぞれのごらんのコーディネーターを設置いたしまして、情報の一元化と、迅速・的確な医療救護活動推進体制を整えております。

一番下でございますが、医療対策拠点、医療救護活動拠点という各二次保健医療圏、区市町村それぞれの拠点に各コーディネーターが詰めまして、統括・調整に当たる体制としております。

1枚おめくりいただきまして、資料4-3の2枚目をお願いいたします。医療機関の役割分担についてでございますが、災害拠点病院、連携病院、支援病院、各診療所等の役割を明確化し、的確な医療提供体制を構築してございます。また、医療救護所については、災害時、区市町村において緊急医療救護所、避難所医療救護所を設置し、フェーズごとで推移する医療ニーズに対応した救護所を展開することとしてございます。

資料4-2にお戻りいただきまして、今ご説明申し上げたこと、東京都の資料をごらんいただきながらご説明いたします。

ごらんのように、80の災害拠点病院、25の東京DMAT指定病院をそれぞれ指定するとともに、各医療圏内の基幹または中核拠点病院に地域災害医療コーディネーターを配置するなど、各区市町村を12の医療圏それぞれが支える形で、災害医療の各種事業を推進しているところでございます。

資料4-1にお戻りいただきたいと思います。

今ご説明申し上げたような取組、資料の左側に現状とこれまでの取組状況を記載してございます。災害拠点病院等の耐震診断、BCPの策定、各圏域での図上訓練、DMATの養成研修、医薬品卸の協定など取り組んでまいりまして、右側の欄のように、医療機関の受け入れ体制、医療救護体制、東京DMAT、医薬品等の供給体制についてのごらんのような課題、それから、一番下に四つ項目を出しました、今後の方向性ということをごらんとは捉えているところでございます。

これを踏まえまして、災害医療の各種取組についてご説明申し上げたいと思います。

まず、取組1でございます。医療機関の受け入れ体制の確保でございます。(1)病院の耐震化を推進し、またはBCPの作成を全病院に働きかけてまいります。(2)被害想定や地域の実情等を踏まえた災害拠点病院の整備に取り組んでまいります。(3)NBC災害における患者受け入れに資する、NBC災害に関する研修を実施していくところでございます。

取組2、医療救護体制の強化でございます。(1)都民等への普及啓発、医療機関の役割分担など災害医療に関する普及啓発の実施に取り組んでまいります。(2)区市町村や二次保健医療圏の取組支援として、①区市町村の職員やコーディネーターに対する研修を行う。②として、地域災害医療連携会議や図上訓練を実施し、連携体制の強化を図ります。(3)医療連携体制の整備、①として、災害時小児周産期リエゾンの活動要領についての検討を加えてまいります。②東京DPATの体制整備を推進、連携方法について検討してまいります。③都外医療チームの受援体制や関係団体等との連携方法について検討を行ってまいります。(4)情報連絡体制の強化でございます。情報通信設備の整備と定期的な通信訓練の実施を行います。(5)搬送手段や搬送経路の確保として、①に関係機関と調整して検討するとともに、②SCUの設置の訓練を定期的実施していくものがございます。(6)大規模イベント時における危機管理体制の整備でございます。①これは平成21年4月に策定しました「東京都が主催する大規模イベントにおける医療・救護計画ガイドライン」の見直しを図ります。②多数傷病者の発生時に、医療救護や搬送等が迅速にできる体制の整備に取り組んでまいります。

1枚おめくりいただきまして、取組3、東京DMATの体制強化でございます。(1)隊員を確保するため、引き続き養成研修や更新研修を実施してまいります。(2)東京DMATの早期運用に関する試行結果を踏まえ、体制等について検討を加えてまいります。(3)NBC災害に関する研修の実施と特殊災害チームの体制について検討してまいります。(4)首都直下地震等の災害時に、迅速・確実に行動できる体制について検討してまいります。

取組4、医薬品等の供給体制の強化でございます。(1)卸の車両のうち必要な台数を緊急通行車両として事前登録をいたします。(2)災害時優先携帯電話、業務用無線等を使用して、通信訓練を実施する。(3)実践的な研修を計画的に実施。(4)として、関係機関と医薬品の供給等についての考え方の整理に取り組んでまいるといふところでございます。

資料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。

それでは、災害の部会長の山本先生、何か補足意見はございますか。

○山本会長 私、少しまとめてまいりましたので、説明させていただきたいというふうに思います。

今回の医療計画の改定に当たりまして、我々、東京都災害医療協議会においても、各

委員との間で非常に長いディスカッションをさせていただきまして、それからのポイントというのを少し私なりにまとめさせていただいたところでございます。

今、課長からのお話の補足になると思いますが、BCPについてでございますが、都では、災害発生直後から災害拠点病院が活動できるような、BCPの策定を100%で目指して頑張っていたわけでございますが、これは4-1でお示しさせていただいたとおり、災害拠点病院は91.3%、もう少しのところまで策定済みになっております。今後は、災害拠点病院以外の病院、例えば災害医療圏病院、災害指定病院等の災害の病院も災害直後から活動できるように、BCPの策定を都内の全病院に働きかけていくということが重要ではないかという流れであります。

次に、災害医療の救護体制の強化であります。都は、これまで各地域の災害地域コーディネーターについて、これは島しょを除く12の二次医療圏で地域の実情に応じた体制づくりを進めてきたわけでございますが、今後は区市町村に対する取組を実施して、連携体制の強化を図っていかなければいけないということでもあります。また、災害時における妊産婦とか、あるいは精神障害者等の医療体制の確保、もう一つ、大規模イベント時における危機管理体制の整備も進めていかなければいけないということをごコメントでつけさせていただきます。

3番目は、東京DMATについてでございますけれども、この東京DMATというのは、我々、平成16年度に発足したわけでございます。今、日本DMATがありますけれども、日本DMATの1年前から東京DMATは発足したわけでございます。そして、この東京DMATは、これまで大規模な交通事故等の都市型の災害に出動しており、もちろん、東日本大震災にも出動しております。現在、東京DMATの隊員の養成事業は、1,000人以上の隊員を確保することができております。今後は、首都直下地震等の災害時に東京DMATがさらに効果的に活動できるよう、体制を整備していくべきと考えます。

最後に、医薬品の供給体制の強化でございますが、平成26年度の地域防災計画において、薬事に関する調整を行う災害薬事コーディネーターの制度を発足しました。今後は、この災害薬事コーディネーターを東京都の薬剤師会と連携をとりまして、災害薬事にかかわる実践的な研修を行い、人材の育成に力を尽くしていこうと考えています。

以上のように、災害に対する東京都の保健医療計画の改定案をまとめさせていただいたものでございます。ありがとうございました。

○河原部会長 ありがとうございます。

それでは、質疑のほうに移りたいと思いますが、何かご質問とかご意見はございますか。

はい、どうぞ。

○竹川委員 災害医療は、大規模な地震とか局所の災害とかを対象にしていると思うんですけども、今後の温暖化から来る水害とか、そういったものに少し触れなくていいの

かなというのはいかがでしょうか。

○清武災害医療担当課長 大規模な自然災害については、地震のみならず、水害も発生しているところなので、策定の際には検討に加えさせていただきたいと思っております。

○山本会長 実際には、洪水とか、あるいはゲリラ豪雨とか、あるいは台風の頻発化等を考えると、気象災害と言っていますが、この気象災害に関しても、少し災害医療の分野での重要点として考えていかなければいけないのではないのかというディスカッションはさせていただいておりました。

○河原部会長 ほか、何かご質問等は。

どうぞ。

○西川委員 取組のほうで、都民等への普及啓発というのを項目立てていただいて、これは恐らく25年3月の保健医療計画には載っていなかったと思うので、この項目立てていただいたのは大変ありがたいと思います。

ここに医療機関の役割分担など、災害医療に関する情報と書いてあるんですけども、例えば発災後に欲しい情報というのは、最新の例えば医療機関における患者の受け入れ体制とか、または医療資源の提供体制の状況という、そういう情報を例えば都民が知る、アクセスするための何か方策というものはあるのでしょうか。例えば都民版のEMISのようなものでもいいんですけども、何かそういうものがあれば教えていただきたいと思います。

○清武災害医療担当課長 ご意見ありがとうございます。

災害時の医療体制などについては、主には地域の中に密着した形で、区市町村が地域住民の方に発信していくこととなると思いますけれども、確かにご意見のように、重要なものがございますので、地域の区市町村の行政の皆さんが集まる会議がですね、ここでも触れておりますけれども、これからも二次保健医療圏の中で行政担当者の皆さんが集まっての会議などもございますので、その中で意見交換をして、推進していきたいなというふうに思っております。

○河原部会長 ほかにいかがですか。

はい、どうぞ。

○山本委員 今の西川委員の意見に賛成するんですけど、例えば今の救急医療の中というのは、救急車の使い方等なんかにおいても、かなりでたらめな使われ方をしているような現状がある中で、都民が発災をしたときに、トリアージをするときに、この程度の人には病院前で待っていれば受けられる、この程度の人には自分で何とかしなきゃいけないというふうな、判断をするようなところは、まだまだ都民の方々には行き着いていないんじゃないかなというふうな、情報がですね、そういうように思いますので、その辺についてどうなのかなということと、今回、この文章を見まして、例えば非常に横文字でですね、NBCといったような形のものは、やっぱりどこかにこれがNuclearであるとか、あるいはChemicalとかといったような、そういったものの説明等を入

れていただいたほうが、よりわかりやすいんじゃないかなというふうに思います。

以上です。

- 山本会長 ありがとうございます。NBCとかCBRNEとか、アグリゲーションに関しては、現場ではちゃんとやっておりますが、ここでは専門の先生が多いということで、時間の省略もあるので、略語でさせていただきます。

それから、トリアージあるいは救急車の使い方についても、我々は今、現場でトリアージをするだけでなく、都民の皆さんが、家庭内でこういうことが起こったらこういうふうな流れになる、あるいは救急で119番をすぐかけなければいけないというような、都民のトリアージ、そして電話で、相談センターがありますので、そこでのトリアージ、それから、救命士あるいは救急隊の皆さんが現場に行ってトリアージができるフィールドトリアージ、最終的には、病院のところでホスピタルトリアージ、四つものトリアージを組んで、現場から病院という流れができておりますので、それをやはり今後少ししっかり広報していくべきではないのかなというのは、そのとおりだと思います。それも注意しながらやりたいと思います。

ただ、救急車の使い方がでたらめかどうかというのは、多少、私には違うのではないのかというふうに思っております。もちろん、その中に、タクシーがわりに使うのも時々あります。ただ、それは今一つずつ、そういうことはやめるようにという流れを丁寧に説明しながら、適正利用について頑張っているところだろうというふうに思います。

- 河原部会長 ほかに何かご質問ございませんか。

どうぞ。

- 長瀬委員 東日本大震災や熊本地震のときに、どうしても指揮命令系統がずたずたになって、実際に物資が届いているのに、あるいは救護の方が来ているのに、うまく活用できていなかったという話を聞きます。その点をきちんとご対応いただけるような、日ごろの訓練と、もう一つは、ちょっとこれは質問でした、資料4-3の災害医療コーディネーターの指定とありますけれども、この方たちが3人で済むのか疑問です。災害医療コーディネーター、2番目の東京都の災害医療コーディネーター、医師3名でしょう。その下が正副1名ですね。それから、区市町村災害医療コーディネーターとありまして、この方たちが常に訓練して、指揮命令系統をきちんとしておかないといけません、3人で実際のことができるのでしょうか。

- 清武災害医療担当課長 ご意見、ご質問ありがとうございます。

まず、二つ目のコーディネーターのほうから説明させていただきますと、資料4-3に記載させていただきますが、3種類のコーディネーターの方がいるわけでごさいます、まず、東京都全域の医学的な助言をいただける方として、3名の方を都内全域に対応する東京都災害医療コーディネーターとしております。先ほど来、二次保健医療圏ということをお願いしましたが、各区市町村の災害対応を支援するために、二次保健医療圏12名の方、それと、あと補完する方を設置しておりますが、各医療圏

ごとにコーディネーターを配置して、圏域内の区市町村の災害医療の対応について、きめ細かく対応するような体制をとっていると。そこで、区市町村の地域防災計画で、それぞれの自治体が災害対応するわけなんですけど、その災害対策本部に区市町村のコーディネーターに詰めていただいて、医学的な助言をして進めていただくという、それぞれのコーディネーターが相互に連携をとりながら、広域にも支援できるような体制で密接に連携をしていくという体制を既に組んでおります。

ご指摘のように、指揮命令系統の部分でございますが、これは圏域ごとに、3カ年かけて、1カ年4圏域で図上訓練を行いまして、まさにご意見がございましたとおりに、コーディネーターの方にプレイヤーとして加わっていただいて、指揮命令系統を含めた実践的な図上訓練で、その辺について練度を上げていただくということで考えてございます。

それから、先ほど熊本のときということで、指揮命令系統のことについては、熊本の経験を反映した形でガイドラインを修正して、それをまた先ほどご説明したような図上訓練でやってみるということで、教訓を生かしたような取組を考えてございます。

○山本会長 ちょっとだけ補足をさせていただきますと、東京都の災害医療コーディネーターというのは3名しかいないのかという話ですが、この3名の皆さんというのは、東京都の医師会の副会長と、そして大学から2人、医科資格の教員の3人の先生が都の災害コーディネーターで、この人たちは、いざというときには、都の中に入って、都の対策本部の中で指揮命令あるいは調整をするということ。実際には、さっきからお話に出ている地域の医療コーディネーター、これは12の地域、二次医療圏がありますが、そこでの災害医療コーディネーターの皆さんが、現実には一番働いてもらう皆さんではないのかなというふうに思います。そして、3番目に、区市町村の災害医療コーディネーターがありまして、ここでは区の、あるいは市町村の医師会、あるいは市町村の災害の拠点病院等々がこの中に入ってくると。だから、三つの流れになっているので、これが一つになって、災害のときには医療体制をつくるというふうにお考えいただければありがたいと思います。

○河原部会長 都道府県でBCPを一番最初に始めたのが徳島県ぐらいだったと思いますが、徳島県、県庁に1回行ったことがあるんですけど、南海地震の想定で、絶えずBCPに基づいた訓練をやっているんですけど、県庁の職員も、25人に1人か、50人に1人か、どちらかだと思いますが、死亡するんですね、負傷者まで入れると、物すごい数が、要するに計画に定められても出動できない事態も考えながら、BCPを徳島県はつくっているというふうなことがあったんですけど、このコーディネーターも含めて、医療関係者が、例えば地震が起こったときに、不幸にして亡くなって、役割が果たせない場合の代替手段とか代替要員とかを考えれば、災害医療の医療計画の記載自体を、BCPの考えに基づいて記述する必要はないのでしょうか。

○清武災害医療担当課長 ご質問ありがとうございます。

今、BCPと同じような形での策定ということでございますが、BCPは、まだ100%ではないんですけれども、それぞれの拠点病院で取り組んでいただいております、そちらのほうは、ご指摘のように病院の職員の方が被災者というのも念頭に置かなければいけないわけございまして、そのために、これは本当は職員の方が被災しないほうがいいわけなんですけど、ドクターが被災した場合も含めて、先ほどご説明したような、隣の圏域との連携ですとか、隣の区市町村との連携とか、補完するようなことも構築してございまして、それをさらに訓練で練度を上げていくというようなことでやってございますので、BCPの思想とはリンクした形で、計画そのものは、全体としては進めさせていただいているというのは感じております。

○河原部会長 これはぜひ、この部会じゃなくて、私の要望なんですけど、例えば災害拠点病院のBCPと、市町村の例えば消防のBCP、例えば市町村単位とかで動く消防、あるいは都道府県単位とのBCPとか、ほかの組織のBCPと調整をやると思うんですね。あるいは搬送業者をですね、運輸業者とかを、例えばBCPを策定している企業を優先的に選ぶとか、いろいろまだ課題があると思うんですね。

それから、例えばこの医療計画というのは、医療の需給体制ですから、需要と供給のバランスをいかに調整するかという管理だと思うんですが、災害のときには、その需給バランスが大きく狂うわけですよ。例えば地震で多くの人が負傷したときに、救急車の電話が鳴りっ放しというか、なるわけで、救急出動の要請のマックスと医療収容体制とか、そういう需給バランス、有事の需給バランスをやっぱり考慮する必要があるかなと思うんですけど。よろしくお願ひしたいと思ひます。

○山本会長 全くそのとおりで思ひます。

○河原部会長 ほかに何かご意見ございませうか。よろしいですか。

都民の方は、かなり災害に関して、なかなか情報を得るような機会がなかなかないと思うので、ぜひ、PRのほうをうまくやっていただきたいと思ひます。

それから、これは医療計画の範疇じゃないと思ひますけど、例えば都市計画の中で、災害に対してどういふふうな計画を立てているのかとか、やっぱり整合性は要すると思ひますね。要するに、例えば地震を例にとれば、負傷する人が最小になれば、医療需要が少なくなるわけですから、やっぱり耐震だとか、ほかの都市計画とのリンクというか、医療計画の範疇から出ますけど、そういうことも必要かなと思ひます。

それから、民間の例えば保険と地震保険とをリンクさせるとか、例えば耐震化が進んでいるところは地震保険のお金を安くするとか、いろいろ、これからは行政だけじゃなくて、民間の商品ともリンクしたような商品もできると思ひますので、ぜひ、これは平時の医療はある意味で順調だと思ひますが、こちらのほうは、かなり想定外のことも起こると思ひますので、ぜひ、よろしくご検討いただきたいと思ひます。

ほか、いかがでせうか。

○山本会長 ありがとうございます。全くそのとおりで、救急医療の延長線上に災害医療

があるというふうに考えて、その流れの中で、救急医療を今一生懸命やっているということが、災害医療、災害が起こったときに機能するのではないのかなと考えておりました、その基本方針で進んでいきたいというふうに思います。

○河原部会長 ありがとうございます。

はい、どうぞ。

○西川委員 普及啓発のところに関係するんですけれども、やはり非常事態になった場合のことを考えて、やっぱり一人一人というか、都民一人一人も、自衛手段はやはり講じていなければいけないと思ひまして、例えば慢性疾患のある方は、飲んでいるお薬を少し多目に保管しておく、お薬手帳を手元に置いておくとか、病歴なんかを書いた紙をそこに入れておくとか、そういう自分たちができる自衛手段というのをとることがとても大事だと思うので、その辺も、普及啓発というところに入れていただければと思います。

○河原部会長 はい、どうぞ。

○森田常務理事 薬剤師会の森田です。

西川委員、ありがとうございます。私どもも70%を外来で処方箋を扱っていますので、そのところで、手帳に関しては、災害時、実に有効なものだということで、ずっとお話をしてきました。これからもそれを続けようと思っております。

ただ、先ほど来のBCPに関しましては、各BCPと東京都全体の医療体制のBCP、医療体制のBCPというのはちょっとおかしいかと思うんですけれど、ちょっと、まだ整合性がちゃんととれていないのか、あるいは相互の理解がとれていないのかというところが、ちょっと心配でございます。

それと、安心できる在宅とかいう、どこでも同じような医療を受けられるという今状況に、地域ケアなんかやっておりますが、それに関しても、災害におきましては、その方たちが安心してひとり暮らしを続けられる、あるいは在宅で続けられるということに関しまして、災害医療のほうの動ける方、あるいはけがした方を、積極的に来れる方のケアではなく、来れないという災害弱者のためのケアというの、少し考えていったほうがいいのではないかとこのように思います。

以上です。

○河原部会長 ほかは何かございますか。

災害に関していろいろご意見をいただきましたが、これを現在実施している単位は二次医療圏ですね。島しょ部を除きますが、本土というか、12医療圏で実施していると。そこで、災害拠点病院なんかも、資料にもございますが、整備されてきているという、ハードの部分は、そういう基盤の上に成り立っているわけですが、きょう、資料にお示ししておりますのが、そのハードの上に、いかにソフトを盛り込むかという内容です。基盤として今までやってきた二次医療圏単位の事業推進区域、この考えで、資料4-1以下に示されている、これからやるべき、既にやられていることももちろんありますが、課題を一つ一つ解決するという形で、医療計画の災害部門を検討していきたいと思ひま

すが、事業推進区域については、現行のままでよろしいですか。その単位で。何かご意見ございますか。

はい、どうぞ。

○竹川委員 これは二次医療圏単位ということですよ、災害。組織的なことを考えると、やっぱり東京都で全体を見て、二次医療圏というのは長がいませんので、東京都全域と、あと区市町村ですか。ちょっと、事業推進区域のところだと、中間的なものになってしまうと思うんですけど。

○河原部会長 そうですね。この資料4-1に書いている12医療圏というの、拠点病院なんですよ。拠点病院で、医療機関の整備単位というふうに私は解釈しているんですけど。

○竹川委員 わかりました。それならば、医療機関ということであれば。

○河原部会長 もちろん、さっきのがんと同じように、市町村単位で、例えば福祉避難所的なところに入るべき精神障害者の方とか、難病の方とかおられるわけで、それより広い範囲の外傷とか、そういう単位もあると思うので、やっぱり便宜上、医療法の中にも盛り込まれているので、なかなか都も大変だと思いますので、医療機関が従来整備されている単位の二次医療圏、それを事業、本来なら病床整備区域ですよ。事業推進、区域で言うと複雑になるので、事業推進の都とは、二次医療圏を越えて、あるいは二次医療圏より小さい単位で考えるべきというのは、資料4-1で個々に考えていくしかないかなと思います。医療機関の整備としては、二次医療圏ということ、それを事業推進区域というふうな形でよろしいですか。

はい、どうぞ。

○山本会長 それをあらわしたものが、4-2の地図が出ているのをごらんいただきたいと思いますが、12のところ、黒い枠の中に、黒塗りの拠点病院が書いてありますが、これらの病院を中心とした医療圏というふうにお考えいただければいいのではないのかな。そういうふうに思いますが。

○河原部会長 ありがとうございます。

それでよろしいでしょうか。

そもそも医療圏が複雑になったのは、昭和48年ぐらいに、厚生省のほうで広域市町村圏を医療圏とすと言っていたんですよ。だから、そのときには医療機能とか全然考えていないから、今になっていろいろ矛盾が生じているんですよ。

じゃあ、そういうことで、便宜上、資料4-2にございますが、二次医療圏単位で整備されているというところが、医療機関の整備単位としての定義ということで、事業推進については、もっと広い範囲、あるいは狭い範囲もあると思いますので、適宜考えていきたい。資料4-1の記載を適宜考えていきたいと思いますが、医療機関の今までの整備状況を踏まえて、現行のままにしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、災害はこれぐらいにさせていただきます。

次に、へき地医療のほうに移りますが、へき地医療につきまして、事務局からご説明をお願いします。

- 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。

資料の分野につきましては、先日開催いたしました、へき地医療対策協議会においてご意見をいただきまして、取りまとめましたので、ご説明をさせていただきます。

まずは、当協議会の石館会長より一言いただきたいと思えます。

- 石館会長 東京都へき地医療対策協議会、会長を務めております石館でございます。

東京都保健医療計画の改定に当たりまして、東京都へき地医療対策協議会を7月11日に開催いたしまして、次期計画の骨子について議論をいただき、今後のへき地医療における取組について、さまざまなご意見を頂戴したところでございます。その意見を反映しまして、骨子案を作成いたしました。

そのご説明に入ります前に、特殊な地域でございますので、最初に私から、東京のへき地についての概略を説明させていただきたいと思えます。

資料5-2をごらんいただきたいと思えます。

島しょ保健医療圏の伊豆諸島小笠原諸島及び西多摩保健医療圏の一部でございます奥多摩、檜原の3町8村から成っております。人口が約3万4,000人弱で、東京都全体の0.25%ほどでございますが、面積としては、都全体の約3分の1を占めております。この地域を東京都へき地医療支援機構設置要綱におきまして、医療の確保が必要なへき地として位置づけております。へき地地域の高齢化率は37.45%と高くなっており、人口減少も既に始まっておりまして、東京の将来がこのようなことになるのではないかと、先取りしているような地域と言えるかと思えます。

このような地域でございますが、医療体制としては、奥多摩町と八丈町では、国民健康保険立及び町村立の病院がございます。その他の町村では、国民健康保険立や町村立の診療所が設置・運営されておりますので、医師も確保され、都における無医町村はございません。

東京都は、へき地に住む方々が切れ目なく安心して医療が受けられるようにということで、東京都へき地医療対策協議会とか、その他の奥多摩町や島しょ地域について言いますと、それぞれの二次医療圏ごとに設置されております地域保健医療協議会等を通じまして、さまざまな施策を行っているところでございます。

それでは、骨子案につきまして、事務局から説明させていただきます。

- 田口医療調整担当課長 それでは、資料5-1をごらんください。5-1の資料、一番上の左側にあります、現状とこれまでの取組となっております。現状につきまして、五つに分けてまとめております。

まず、1の医療従事者確保についてですが、公立医療機関の全医師数に占める固有医師、固有医師というのは、町村で直接採用した医師のことを指しております。この数は、島しょ部で29人中6人、山間部で6人中4人となっております。不足分については、

自治医大の卒業医師やへき地勤務医師等確保事業による協力病院からの派遣医師で確保しております。また、看護師については、東京都全体の離職率に比べ、島しょの離職率は高いという現状がありまして、都は無料職業紹介事業や島しょの看護職員定着促進事業、島しょ地域医療従事者確保事業により、へき地町村を支援をしてまいりました。さらに、その他のコメディカルにつきましても、無料職業紹介事業により、必要医師等の確保を支援しております。

次に、2の医療資源についてですけれども、まず、人的資源では、各へき地医療機関の専門職員の数は総じて少なくなっておりまして、例えば薬剤師や放射線技師などは、ひとり職場というようなものも多いというのが現状になっております。また、物的資源としましては、例えばCTスキャンですけれども、これは公立の医療機関、すみません、資料のほう、13施設となっているんですけど14施設に訂正いただけますでしょうか。14施設中、CTが設置されているのは8施設、それからMRIが1施設に設置されているというような状況になっております。そこで東京都が画像電送システムによる診療支援、島しょでは対応できない重症患者のヘリコプター搬送、代替医師や看護師の派遣、専門診療の支援等を行うことにより、へき地の診療を支援してまいりました。

続いて、3のへき地町村の財政力についてですけれども、財政力指数というもので見ますと、東京都の区部1.46、市部1.00と比べまして、かなり低い状況となっております。

それから、4の本土医療機関に入院した島しょ患者の現状についてですけれども、へき地医療拠点病院である都立広尾病院の脳神経外科に入院した島しょ患者を、一例を挙げますと、本土の他医療機関への転院が約42%、自宅への退院が約58%ということで、家のほうに帰りたいという気持ちは強いところがあるんですけども、現地の患者受け入れに当たっての諸問題から、なかなかすぐに島しょには本土から帰れないというような状況になっております。

それから、5の自然災害災害の脅威についてですけれども、皆さんもご存じのように、三宅島の噴火、2000年の噴火、また、大島の土砂災害など、へき地では自然災害の影響を受けやすくなっております。

これらの現状を踏まえまして、五つの課題と今後の方向性を記載しております。その課題に対して施策目標を次のページにまとめておりますので、1枚おめくりいただきまして、骨子案についてごらんください。

まず、取組1のへき地勤務医療従事者確保の支援では、先ほどの現状のところでお伝えしましたように、へき地における医療従事者の確保は依然として厳しい状況が続いているため、区市町村が行うさまざまな確保策を今後も引き続き支援していく必要があると考えております。具体的には、へき地勤務を行う総合医療への助成のため、自治医科大学の運営経費等の一部を負担する。また、自治医科大学卒業医師の協力病院の医師をへき地への派遣を着実に実施する。また、自治医科大学入学枠減少により今後さらに不

足する予定の医師を多様な方法により確保していくこと。さらに、へき地医療支援機構が行う無料職業紹介事業の充実や、SNS等を活用したへき地医療の普及・啓発を図っていくことが必要ではないかというふうに考えております。

次に、取組2のへき地勤務医師の診療支援についてですけれども、へき地の医療機関では専門的助言を受けることが困難なほか、自己研鑽の機会が少ないというような続いていることから、引き続き、医師の診療支援を実施していく必要があるとのご意見を協議会でもいただいております。具体的には、島しょ医療機関とへき地医療拠点病院である都立広尾病院を結んでいる画像電送システムの充実を図るほか、代診医師の確実な派遣や島しょ医療機関では対応できない患者の本土への円滑な搬送に努め、また、専門医療の拡充を検討してまいりたいと思っております。

次に、次ページの取組3についてですけれども、医療提供体制整備の支援ですけれども、先ほどお話ししましたとおり、へき地町村の財政力は本土に比べて大変弱いということがありますので、引き続き、診療所等の新設・増改築に要する経費や医療機器購入に要する経費を補助していく必要があると考えております。

以上、取組1から3までは現行の保健医療計画でも取組目標としていたものですがけれども、現在の課題に対応するために、引き続き同じ目標を設定していきたいと考えております。

次に取組4、保健医療福祉の連携の推進についてですけれども、島しょ町村へのアンケートなどから、本土の医療機関に入院した患者について、島しょへの退院の際に必要な現地情報の把握が十分でなかったり、へき地医療機関等への患者情報の提供が不十分な場合があることがわかりました。このため、本土医療機関からの円滑な退院を支援することによって、住みなれた島での生活に少しでも早く戻れるようにしていくことが必要だと思っております。そこで、具体的には、へき地医療拠点病院である都立広尾病院を中心としまして、ICTを活用して、医療・介護の多職種間における顔の見える関係を築くほか、島しょの医療資源やニーズに応じた切れ目ない体制づくりを検討してまいりたいと考えております。

最後に、取組5の災害時における医療提供体制の支援についてですけれども、へき地では、地理的・地形的にも自然災害の影響を受けやすく、また、距離的な問題から、災害時に本土からの支援に時間を要するというような環境にあります。こうしたことから、へき地における災害時の救急災害医療への対応能力を高めるため、現地の体制整備への支援が必要なのではないかと考えており、必要な支援を検討してまいりたいと思っております。

この取組4及び5については、新たな課題ということで、次期保健医療計画において、これらの課題についても取り組んでいこうと考えております。

私からの説明は以上になります。

○河原部会長 ありがとうございます。

石館先生、冒頭にご説明いただきましたけど、補足はございますか。

○古賀副会長 では、かわりに、副会長の古賀でございますけど、私のほうから補足させていただきます。

私からは、協議会で出ました委員からの意見を中心に、取組に沿ってお話、補足できればと思っております。

取組1でございますけれども、医療従事者の確保、支援が引き続き必要としておりますが、医師を派遣する都内の協力病院からは、来年度から始まる新たな新専門医制度、この動向によっては、へき地への派遣が難しくなるというようなご意見も出ておりました、ますます現在以上に医師確保が難しくなるというような状況も考えております。ただ、へき地に興味のある医師も結構いるのではないかと。積極的なアプローチで、若手医師を確保することも必要だろうというようなご意見もいただいております。今後、医師だけではなく、他の医療従事者も含めて、いろいろな方法、多様な方法を使って、医療従事者の確保に努めていきたいというようなことを議論させていただきました。

取組2におきましては、先ほどの医療従事者の確保にもつながる診療の支援、これがもっと充実すれば希望したい勤務者も多いというような報告も受けておりますので、希望し就職するような人もふえてくるのではないかとというようなこともございます。その辺では、先ほど出ました都立広尾病院とを結んでおる画像転送システム、緊急対応を要する事案、そういったことに相談をすぐにできるという心強さがありますので、そのほかの協力病院からも、広尾病院だけではなくて、互いにそういったシステムがつながれば、非常に頼りになるというようなご意見をいただいております。

新たに加わった取組4につきましては、先ほどもありました地域医療ケアでも包括ケアでも、生まれた場所で最期までというような話も出ておりました、本土の広尾病院ですが、入院された患者さんも島に帰りたという希望は多い状況にありますけれども、一旦、島に帰ると、その後の治療がうまくいかず、また戻ってしまうというようなことがございます。そういったような意見が出ておる中で、いかに退院支援をして、島にうまく戻せる状況をつくっていくかと、そういったようなことが出ております。今回、退院する際にどのようなことが現地で問題になったかというアンケートをとっておりますが、その回答結果からも、退院前の情報提供をもっと欲しい、あるいは島側の担当者との事前調整をもっと進めたいというようなことが出ており、本土医療機関と島側の事前の調整、これがうまくなされていないということが浮き彫りにされておりますので、そういったことへの支援をもっと進めるというような意見が出ております。多職種間における顔の見える環境を築いていこうというようなことを含めて、島しょの医療ニーズに応じた切れ目ない医療体制、提供体制を検討してはどうかというような意見が出てきております。病院側からも、前向きに受けとめていただいている意見もいただいております。

最後の取組5の災害時の医療体制整備ですけれども、先ほども災害の項で、いろいろ内地での災害対応につきましては、活発にご議論いただきましたけれども、島しょの東南海地震、その他いろんな噴火災害、土砂災害、いろいろ実際に起きてきている部分もご

ざいます。内地も一緒に被災すれば、内地が優先されて、島しょは取り残されてしまうというような意見もございまして、なかなか厳しい状況にあるというところですが、やはりそういったような状況から考えますと、まずは内地で自助・共助、こういったようなことをしていかななくてはならない。そういった自助・共助をするための仕組みの支援など、ハードの面を含めて、都にぜひ支援してほしいというような意見をいただいております。後回しになるようなところで、搬送についても問題点が出ておりますが、その辺についても、各島でいろいろ対策を立てて、それをいかに内地から援助するかというようなことを議論されております。

特殊な地域の医療対策について、なかなか意見も活発に出て、協議された事項、たくさんございますけれども、取り上げた幾つかのことを補足説明させていただきました。ありがとうございます。

○河原部会長 ありがとうございます。

それでは、ご意見あるいはご質問ございますか。

はい、どうぞ。

○竹川委員 取組2のところ画像転送システムの充実がありまして、「遠隔読影及びWeb会議の機能を活用」というところもあるんですけども、7月の中旬に、厚生労働省からも遠隔診療と遠隔医療の通知が出まして、また新しい解釈等がいろいろ言われていますが、「遠隔診療」という言葉をもうこの時点で入れておいたほうが、やる・やらないにかかわらず、入れておいたほうが、日進月歩で進む領域ですので、そのあたりは言葉を入れておくというのはいかがでしょうか。

○河原部会長 今のご提案、いかがですか。もうかなりこれも決まってきたと思いますが、よろしいですかね。そういう用語の変更で。

(異議なし)

○河原部会長 ありがとうございます。

ほかに何かご意見ございますか。

はい、どうぞ。

○渡辺委員 今の遠隔診療もそうなんですけれども、やはりその地域で皆様が幸せに暮らして、最期をみとってあげるということになっているのではないかと思うんですけども、そのみとりがですね、どうしてもドクターが書かなきゃいけない死亡診断書をナースが代筆して実際には行われているところもあるのではないかと思うんですね。例えば新島村というのが、医師がいないわけで、2,000人の人口がありながら、そういうところもある中で、やはり死亡診断書がないと埋葬もできないということがあると思いますので、そういう事例というのは把握していらっしゃいますか。

○田口医療調整担当課長 委員、申しわけございません。一応、新島村にも、医師、本村というところに、新島のほうに3人、・・・島のほうに1名ということで、必ず常駐していて、24時間、どの島も東京の場合は、一分たりともあけないという体制で一応整

備していますので、医師が書けなくて看護師がという例は、多分、近年は少なくとも東京の人においてはなないかと思えます。

○渡辺委員 今後はそういうことが起こるということで、厚労省もそれを念頭に入れて、特に特養とか、そういう場でもナースが代筆するというようなことを、遠隔診療でもって死亡診断書を書くというようなことが構想されているわけですがけれども、ぜひとも、やはりそこら辺は、へき地であれば、かなりそういう幸せな最期を迎えるということであるかと思えますので、そこら辺の整備も進めていただきたいと思います。

○河原部会長 はい、どうぞ。

○古賀副会長 すみません。遠隔医療の内地と島の診療所・病院等の関係は、非常に重要な点でございますけれども、それぞれの島の中では、一応、診療所・病院のドクターが24時間体制で、しかも、島といっても、面積がある程度限られていますし、ほとんどナースが代筆するというような状況は、私も今のところ聞いておりませんし、今後も本当に必要なという点はちょっとありますが、一応検討をしていくということ受けておきます。

○河原部会長 ほかは何かご意見ございますか。

はい、どうぞ。

○熊田委員 へき地医療のところの取組4のところ、これは非常にやはり重要な視点だと思うんですね。実際に、生まれた赤ん坊が一緒に入っていくという状況の中では、やはり医療の人材だけで支えていくということは非常に厳しいという状況がある中で、今、介護のほうでは、ちょうど今ですよ、東京都のほうで介護の計画のほうの策定が進んでおりますけれども、特に地域包括ケアというところの中で、実際にここをどう進めていくかというところが、この取組4の制度を決めていくという形になるかと思うんですね。

ちょっと、一つ教えていただきたいのが、現状の島しょの地域包括ケアですとか、あるいは介護職ですとか、そういった関連の職種の方がどの程度いらっしゃるのかということと、あとは実際にそれを進めていくためには、やはり高齢者の保健医療福祉計画のほうでは反映していく必要があるかと思えますので、そういったところもちょっと念頭に置きながら進めていく必要があるのかなというふうに思いました。

○田口医療調整担当課長 ちょっと介護のほうの人数とかに関しては、その辺は、今、ちょっと資料持ち合わせてないのであれなんですけれども、へき地のほうは、ある意味、介護との連携というのは、比較的、実は進んでいる部分もあるのかなと。それはいろいろな意味で、生活圈なり、みんな近いというところがあって、島に1カ所の診療所は必ず島に1カ所の特養ホームと必ず連携していますし、そういう形で、島の中では割と連携が進んでいるところも多いかと思うんですけども、どうしても島の中で医療が完結できない、高次医療機関がないというところで、そことの関係と、島の中での医療・介護、これをつなげていきたいというのが、この取組4の目的になっておりますので。ご指摘

ありがとうございます。

○河原部会長 はい、どうぞ。

○古賀副会長 それに追加でございますけれども、先ほどの協議会の中では、やはり島それぞれによって随分状況が違ふと。一くくりに島しょということで連携はくくれないというような意見もいただきました。ただ、ベースとして、各島とのそういった介護を含めて福祉関係の人材も不足しているということで、医療従事者同様、そういった確保、あるいは教育、そういったようなことに力をもっと入れていきたいということで、東京都はそれを支援していくというような状況になるかと思っております。

○河原部会長 ほかはいかがですか。

はい、どうぞ。

○長瀬委員 小笠原村への災害派遣について教えてほしいのですが、小笠原村で緊急の患者さんが出た場合に、船で24時間以上かかるわけで、自衛隊機で対応しているのでしょうか。

それから、東京都で船が壊れたことがあって、1週間ないし2週間航行不能だったことがあるんですね。その間、なかなかうまくいかなくて、東京都は、船が壊れたとき、どのように対応するか考えておられますでしょうか。

○河原部会長 はい、どうぞ。

○田口医療調整担当課長 緊急の搬送につきましては、今も自衛隊にお願いしている状況で、自衛隊のほうの災害派遣ということの枠組みの中で、緊急性のあるものについては対応していただいております。ただ、それでも、自衛隊の航空機を使っても、かなりやっぱり長時間かかるというところがありますので、なかなか難しい地域ではあります。

船が壊れた場合には、それは民間の定期船が故障したということですか。ちょっと、どの……。

○長瀬委員 実際、私は自衛隊機と一緒に、精神科の急性でぐあいの悪くなった方を迎へに行ったことがあるので、今もそうしているのかなと思ってお聞きしました。それから以前なかなか船が出ないことがありましたが、対策があるのでしょうか。

○田口医療調整担当課長 少なくとも本当に船が壊れて、しばらく行けないとか緊急の支援物資とか、そういう状況があったときには、東京都のほうできっと対策を考えるとと思います。

○河原部会長 はい、どうぞ。

○古賀副会長 追加で、ちょっと資料がありますので。

小笠原村からは、救急患者の搬送は28年度は23件ございます。それ以外の年度でも、40件近い搬送件数もありますけれども、小笠原では、そういったような形で救急に関しては搬送されております。

そのほかの島しょにおきましても、救急患者に関しましては、東京消防庁、自衛隊の応援で、年間、大体二百三、四十から三百近く搬送をされているというような状況にご

ざいます。

○河原部会長 ほかはよろしいですか。

構想区域ごとの構想会議で、この島しょ部の構想会議の話題では、どういう話題が出てきていたんですか。

○矢沢医療政策担当部長 主にやっぱり本土のほうに治療に来て帰れないとか、それから、帰るときの情報がないとか、あるいは、日ごろから島にいる先生方にとってみれば、巡回診療に来てくださる先生が、もっと顔の見える関係といたしますか、島の事情を知ってくださるといいなといったようなご意見とか、そういったことを意見交換させていただいています。

現在の調整会議の中では、じゃあ、具体的にそこをどうやってやったらいいかというところをお話をしまして、この取組4に書いてあるようなことを具体化していくことを念頭に置いて議論を進める予定でございます。

○河原部会長 ありがとうございます。

ほか、よろしいでしょうか。

いろいろ課題を抱えていますけど、医療資源とか、介護資源とか、最大限利用して、地域包括ケアシステム、島しょ部こそ実現する必要があると思います。医療計画の中でも、そういうことを中心に記述が必要かと思います。

これについては、へき地医療、いかがですか。島しょ部以外にも、奥多摩のほうとか、檜原村がありますが、よろしいですか。資料5-1以下の資料ですけど。

この出てきた課題とかというのを解決するような方策、あるいは方向性を示しながら、医療計画の記述を充実していきたいと思いますが、それでよろしいでしょうか。

(異議なし)

○河原部会長 ありがとうございます。

それでは、きょうは三つなんですが、ほかに何かご意見、全体を通じて。よろしいですか。

(なし)

○河原部会長 はい、どうぞ。

○矢沢医療政策担当部長 先ほどの災害医療のところも、考え方は最初から変わっていないと思います。事業推進区域は、そこでいろいろな機能がどう有機的に動いていくかというのを考える単位として事業推進区域、それが固定した区域になるのか、流動的になるのかということとあって、無理して決めると、かえって苦しいものがあるので、そこは無理して決める必要はないということだと思います。

災害については、もともとの単位は区市町村です。それをまとめるのが東京都です。それ2層でよかったわけですが、区市町村ごとの取組はなかなかうまく、いろいろな強弱があったものですから、それを私ども強引にですね、東日本の大震災があった後に、何とか進めたいということで、二次医療圏というものを使いながら、それは東京都の直

轄でできるので、そこを使いながら、区市町村と協力してやっていこうというのがスタートしたので、いわゆるそれも事業推進区域のスタートだったわけです。なので、何も考え方はそこでは変化はしていなく、その二次医療圏に、竹川先生がおっしゃったとおり、行政がないので、そこで、その区域の最も中核となる拠点病院、その先生にコーディネーターになっていただいて、病院の連携で災害医療体制をつくっていこうというのが今の考え方になります。

○河原部会長 ありがとうございます。

いかがですか。よろしいですか。

地域医療構想の延長線上にあって、地域医療構想では、病床整備区域ということで、二次医療圏を活用するということでしたけど、そのときの宿題が事業推進区域の考え方で、これを次期医療計画に反映するという形なので、今、矢沢部長の発言がございましたが、その考えで今後進めていきたいと思っておりますので、よろしくをお願いします。

それでは、事務局のほうにお返しいたします。

○榎本保健医療計画担当課長 それでは、事務局より3点ご連絡いたします。

まず、次回でございますが、第6回改定部会の開催日は、8月18日金曜日16時からとなっております。次回は脳卒中、心血管疾患、糖尿病、救急医療、外国人医療の各項目について、個別検討を行うこととしております。その後も短い期間での集中開催となりますが、引き続きよろしくお願いいたします。

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

最後に3点目ですが、本日、お車でお越しになられた委員につきましては、駐車券をお渡しいたしますので、お帰りに際に事務局へお声がけください。

事務局からは以上でございます。

○河原部会長 それでは、本日の会議はこれで終了とさせていただきます。どうもありがとうございました。

(午後 5時 47分 閉会)