

平成19年度 第2回 東京都保健医療計画推進協議会改定部会

会議概要

- 1 開催日時 平成19年5月15日(火)午後6時から午後8時まで
- 2 開催場所 第一本庁舎33階 S5会議室
- 3 出席者 **【委員】**
橋本座長、田城委員、近藤委員、稲波委員、高野委員、
粟野委員、飯山委員、土屋委員、田中委員(以上9名)
【都側出席者】
細川福祉保健局医療政策部長、吉井参事(医療改革推進担当)、佐藤医
療政策部医療政策課長、吉田医療政策部副参事(医療改革推進担当)、
重村医療政策部医療政策課保健医療計画担当係長、他福祉保健局、病
院経営本部関係職員
- 4 会議次第
 - (1) 開会
 - (2) 議事
 - (1) 東京都保健医療計画第四次改定の構成案について
 - (3) 報告事項
 - (1) 平成18年度東京都医療機能実態調査の結果について
 - (2) その他

会議録

【橋本部部长】 それでは、時間より多少早いのですが、出席予定の委員の方がおそろいになりましたので、第2回の改定部会を開催したいと思います。本日はお忙しい中を御出席いただきましてありがとうございます。

議事に入ります前に委員の出欠について事務局から報告をお願いします。

【吉田副参事】 それでは、委員の皆様の出席につきまして私のほうから御報告いたします。

まず、前回の改定部会で御欠席され、本日お見えになっている委員の方を御紹介します。
田中光義氏、瑞穂町保健課長でございます。

【田中委員】 田中でございます。第1回目のときには出席できませんで申しわけありませんでした。私、自治体の町村の代表ということなんですけれども、今、町村は4町村でございます。今年度瑞穂町が幹事だということで、この席に出席させていただいております。どうぞよろしく願いいたします。

【吉田副参事】 ありがとうございます。

また、本日は台東区の健康医療担当部長の永見委員が御欠席ということで連絡いただいております。

以上でございます。

【橋本部長】 ありがとうございます。

それでは、引き続きまして、本日の議事の確認ということさせていただきます。

事務局から事前に皆様にお送りいたしました改定部会の今回の開催通知の中には議事が2つ記載されておりました。まず1つ目としては、計画の四次改定の構成案ということでお示ししたいということでの議事でございます。もう一つがございまして、基準病床数の考え方についてということを経験で予定しておったところでありまして、この2番目につきましては、多少最近の国の方向性とか、ちょっともう少し見たほうがよろしいだろうという、そういう私と事務局との話し合いがありまして、それは改めてすることとして、本日は議題に掲げさせていただきました(1)の構成案についてということを中心に御議論いただくことにしたいと思います。議題(2)については、また改めて適切な時期にお願いしたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

これについて何か御意見がありましたら、一応お伺いするだけですけれども、お伺いしておきたいと思いますが、よろしゅうございますか。

(「異議なし」の声あり)

【橋本部長】 それでは、そのようにさせていただきます。

それでは、本日の資料の確認をまずお願いいたします。

【吉田副参事】 それでは、本日の資料を確認させていただきます。

まず本日の会議次第でございます。

資料1といたしまして、東京都保健医療計画第四次改定の構成案でございます。参考資料といたしまして、平成18年度東京都医療機能実態調査の概要と結果報告書でございます。

次に、前回の改定部会で御要望のありました病院の種類別病床数、この資料をおつけし

でございます。

最後に前回の議事録でございます。

資料は以上でございます。

また、一つ御確認と申しますか、前回のときにちょっとお断りしなくて申しわけなかったのですが、本会議は原則といたしまして公開ということになってございます。そういう意味で最後の議事録につきましては、東京都のホームページのほうに掲載させていただきたいというふうに考えておりました。ただ、前回私のほうで会議の前にお断りしなかったもので、今回議事録の確認方々お願いしたという形で、特別な場合、特にお諮りする場合には非公開ということもありますが、原則として公開、その場合には東京都のホームページに掲載させていただきたいということを御了承いただければと思います。

以上でございます。

【橋本部部长】 原則公開ということで、議事によっては非公開もあり得るということで、前回ちょっと申し上げなかったということで、今回改めて確認をさせていただくということで、議事録を公開するというところでございます。よろしゅうございますね。そういうルールですので、よろしく願いいたします。

(「異議なし」の声あり)

【橋本部部长】 それでは、議事(1)の東京都保健医療計画第四次改定の構成案ということで、事務局から御説明をいただきたいと思います。よろしくどうぞお願いします。

【吉田副参事】 それでは、縦長の資料、こちらのほうをごらんいただきたいと思えます。保健医療計画項目対比表ということで、前回国のモデル医療計画と、それから平成14年度の東京都の保健医療計画、これを対比したものをお出しいたしました。それに対しまして、今回真ん中に、仮の名前なんですけれども、改定計画構成案をお示しさせていただきます。これにつきましては、国のモデル計画、それから平成14年度の計画、そういったものを参考にいたしまして、御議論いただくたたき台といたしまして、今回お示しさせていただきますのでございます。住民のためにわかりやすい医療計画とか、いろいろ言われておりますが、そういう意味で、私どもこの構成案、たたき台をつくるのにもかなり迷ったわけでございます。そういうことで忌憚のない意見をお聞かせいただければと思います。

それでは、座ったままで失礼ですが、改定計画構成案と仮につけております、その真ん中のところについて御説明させていただきます。

この案でございますが、第1部の総論として、第1章から第5章まで、それから第2部の各論といたしまして第1章から第4章まで、こういうような構成をとってございます。1部の総論のほうから御説明させていただきます。

1部総論の第1章、計画の考え方でございます。これにつきましては、改定の趣旨とか計画の性格、それから計画の期間、5年間ということ、あるいはこここのところで他計画との関連などについても述べるようなことになろうかと思えます。

第2章が東京都の保健医療の変遷ということで、これは前回の平成14年度のときもございましたが、そのときは近代衛生の基礎あるいは戦後復興期、高度成長期、それから少子・高齢社会などというふうな4分類しておりました。分量につきましては多少考えるところがあるかと思えますが、第2章として同じようにこのところを入れたいと考えてございます。

第3章は東京の保健医療を取り巻く現況でございます。これにつきましては、東京都の地域特性あるいは人口、それから疾病構造の変化、医療費の推移、こういったものについて取り上げたいというふうに考えてございます。

第4章は東京都の保健医療資源でございます。これにつきましては、第1節と第2節に分けてございます。第1節が東京都の保健医療資源の現状ということで、これにつきましては、保健医療施設あるいは保健医療の従事者、あるいは受療状況、こういったものを書きたいと考えてございます。

第2節でございますが、人材の確保と資質の向上というふうに仮に名をつけてございます。これにつきましては、平成14年度のときは線をずうっと下のほうに引っ張ってございますけれども、平成14年度の計画におきましては、第2部の各論の中の第3章、こちらの第1節の患者中心の医療の実現というところで主に記載されてきたことでございます。ただ、これも平成14年のときは大分今の状況と違いまして、医師、歯科医師などは過剰供給というふうな状況のところでもございました。現在はそれがさま変わりしております。そういう意味で、この医療人材の確保と資質の向上につきまして、総論の中で位置づけて述べていきたいと考えてございます。

第5章が、保健医療圏と基準病床数でございます。これを国のほうのモデル医療計画と対比させますと、第1部の総論につきましては、国の第1章、第2章に当たるようになってございます。

第1部の総論につきましては以上でございます。

続いて、第2部の各論でございます。各論は1章から4章に分けてございます。第1章が東京都における医療連携体制というふうに名をつけてございます。ここにおきましては、医療機関相互の連携体制、これについて主に述べたいと考えてございます。

第1節が住民・患者の立場に立った医療提供体制の構築（医療機関の情報提供・活用等）というふうに書いてございます。これにつきましても、平成14年の計画を見ますと、線をずっと引っ張りまして、やはり第3章、その第2節で開かれた保健福祉の実現ということで、利用者が自らサービスを選択できる仕組みの構築というふうに題しているところでございます。これにつきましては、ことしの4月から医療機能情報の公表制度、これにつきましても制度化されております。そういったことを中心に記述していきたいというふうに考えてございます。

第2節は、医療機関の機能分化・連携と医療機能の集約化・重点化の現状でございます。ここにおきましては、都民医療、ニーズ、こういったもの、あるいはそれに類するもの、これについての記述というふうに考えてございます。

第3節が、地域の保健医療提供体制に関する現状でございまして、ここは主に実態調査で行いました数値などが入ってくるかと思えます。東京都の医療の提供体制について主に記述していきたいと考えてございます。

第4節が、これが中心になるかと思えます。各事業、9事業でございますが、この医療連携体制の取組と目標というふうに題しまして、1番のがん、これはターミナルを含みます。2番の脳卒中、3番の急性心筋梗塞、4番の糖尿病、ここまでの4疾病、それから、5番からの小児救急を含む小児医療、周産期医療、救急医療、災害医療、へき地医療、この5事業を挙げまして9事業ということで、ここまでに記載したいというふうに考えます。

その他、第5節といたしまして、これらの事業を支える仕組みといたしまして、1番から3番まで在宅医療、リハビリ医療、それと医療安全対策、この3つを掲げてございます。在宅医療につきましても、リハビリ医療につきましても、がん、脳卒中、急性心筋梗塞などすべてにかかわってくる問題かというふうに考えまして、このようなくりにさせていただいております。

第6節が医療連携体制にかかる計画の評価・見直しでございます。ここでも計画を立てて、これを一定のサイクルで評価していくんだ、あるいは期間、こういったものについて見直しをかけていくということを申しております。このところでその方策について考えたいと考えております。

第1章は以上でございます。

各論、第2部の第2章につきましては、保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組というふうに題してございます。これにつきましては国のモデル計画でも同じような記載がございまして、第1章につきましては、医療機関の連携ということでくらせていただきましたが、第2章におきましては、それ以外の福祉あるいは介護、こういったものとの総合的な取り組み、これを中心に記載していきたいというふうに考えて、このくくりをとらせていただきました。

やはり第1節から第8節まで分けてございます。第1節が保健・医療・介護（福祉）の連携ということで、ここで総論的なことを述べたいと考えてございます。

第2節が健康づくりの推進でございます。これにつきましては、平成14年の計画におきましては、各論、第2章 健康管理体制の変革、第1節 ニーズに応じた健康づくりの社会的推進というところに当たるかと思えます。こちらのほうでは、健康づくり、推進の一般的なこと、心の健康づくり、自殺対策とか、そういうことも含めまして述べていきたいと考えます。

第3節が母子保健福祉対策でございまして、これにつきましては、学校保健も含みまして健診の問題、あるいは最近非常に問題になっております虐待の問題、こういったことについてここで記載すべきかというふうに考えてございます。

第4節が成人保健対策でございまして、これは職域保健も含む形というふうに考えてございます。

第5節は、高齢者保健福祉対策でございまして、ここにつきましては、在宅、これにつきましては第1章のほうでも書きますが、いわゆる介護とかの関係も含めまして在宅医療、それから今後ますます大きな問題となります認知症の問題、こういったことにつきましても、高齢者保健福祉対策の観点からの記載をさせていただきたいというふうに考えました。

第6章は障害者保健福祉対策でございまして、ここは3つに分けてございます。1番目が障害者保健福祉対策ということで、全般的な障害者対策、自立支援等を含めましたことを記載させていただきます。

2番目といたしまして、特に重症心身障害児保健福祉対策ということでくらせていただいております。

3番目といたしまして、精神保健医療対策、これにつきましては障害者対策の中で一つ別に項を設けさせていただいております。精神病床もこの病床の関係は別にとってござい

ますし、医療提供体制とかで、社会復帰体制といったものについても記載しなければならないところがあると思っております。

第7節は歯科保健医療対策でございます。歯科保健につきましては、第1章の在宅医療などでも記載する点が多くあるかと思いますが、このところでまとめて歯科医療のことについて全般的な記載をしていきたいと考えます。

第8節でございますが、ここにつきましては、難病・被爆者支援対策あるいは血液確保、臓器移植対策などについて書いております。このあたりは国のほうのモデル計画を見ますと、第3章の第4節の9事業と並べて、その他の対策というところで書かれておりますが、都といたしましては、こちらの医療・福祉、こういった総合的な取り組みの中で記載してはいかがかというふうな案でございます。

第2章は以上でございます。

続きまして第3章でございます。第3章は健康危機管理体制の構築というふうに題させていただきます。これも1節から第7節まで分けてございます。

第1節が健康危機管理体制ということで、全般的なことの記載になります。

第2節が医薬品の安全対策、そして第3節が食品の安全衛生、そして第4節が生活衛生対策、こちらにつきましては、大気汚染あるいは化学物質、こういったものについての記載も含まれるかと思えます。

第5節といたしまして、感染症対策というふうにとつてございます。ここは結核とかエイズ、こういったものを含むというふうに考えてございます。

第6節がアレルギー性疾患、これの対策でございます。花粉症とか、その他アトピーなどアレルギーの対策についての記載でございます。

そして第7節が動物管理対策でございます。こちらにつきましては、1つ、動物の共生、あるいはつい最近問題になりました狂犬病の問題とか、そういったことについての記載になるかと考えてございます。

各論の第3章につきましては以上でございます。

最後に、第4章といたしまして、保健医療計画、これを推進する体制、この構築ということでまとめてございます。これにつきましては、平成14年度のときには、やはり最後の第4章 計画の推進、あるいはそれ以外の保健所サービスの充実などということで、第2章のほうでも取り上げてございましたが、今回は第1節の中で計画の推進体制と役割ということでまとめさせていただきたいと考えました。

第1節の1が行政の役割でございます。ここにつきましては、区市町村あるいは保健所、それから都立病院もこの中に入ってくるかと思えます。

それから、第2が医療機関の役割、ここにつきましては、薬局を含むというふうに書かせていただいております。薬局は医療施設という位置づけもございましたので、この中で記載していただければと考えてございます。

第3が、ますます重要になります保険者の役割ということで、これも項目を起こさせていただいております。

そして第4といたしまして、都民の役割というふうな項を設けてございます。これにつきましては、NPOとか都民の活動、こういうことについての記載をしてはいかがかというふうに考えてございます。

最後になりますが、第2節といたしまして、保健福祉施設の基盤体制についてここで記載するという、全体といたしましてこういうような構成立て、これを事務局案として出させていただきました。これをたたき台といたしまして御議論いただければと思えます。よろしくお願いたします。

【橋本部会長】 ありがとうございます。

いかがでしょうか。真ん中に今回の改定計画構成案ということで、事務局から案をお示しいただきました。左側に国が示しているモデル医療計画というのと、右側に平成14年の保健医療計画の構成がありまして、それぞれ中心に向かってどこにどう移動したかというのがあります。今回、前回は御説明あったように連携体制ということをしっかり書くという、そういう全国的な意味でのコンセンサスがあって、まあ義務でもありますから、そういうことに多少形式が収れんしていくような、そういうものでもあるのかなというふうに思いますけれども。

今聞きながら右側を見ていると、前回のものがなかなかいい構成だったんだなと実は思っていて、もとの普通のものに戻ってしまうのかなみたいなことがありますけれども、なかなかよかったですね。医療提供体制の変革、健康管理体制の変革、サービス選択体制の変革、わりに方向がしっかり示されていたような、懐古的になってはいけないのですが、これを項目別に置き直したみたいな感じがあります。多分字にして計画書にするわけですから、そういう制限があって、どの順番というのは、立体的にあらわされると多分幾つか方法論があるんだろうと思えますけれども、どうしても2次元にあらわさなければいけないので、どこかで妥協せざるを得ないわけでありまして。事務局も相当考えあぐねてつくっ

たものでございますけれども、何か御意見をいただきたいと思えます。

【田城副部長】 在宅医療の扱いのところですが、多分一番このところで苦労されたということだと思います。がんや脳卒中でも在宅医療というものがありますので、これを医療連携を支える仕組みというところで別立てで置いてありますが、6月30日までに厚生省のほうから具体的なことは示されるので、それを待たなければなりませんけれども、私が知っている範囲内では、4疾患5事業で9事業と言っていますが、これに在宅医療を加えた10事業という扱いになるのではないかと考えておまして、それは6月30日という日を待てば明らかになるわけですが、今回は医療計画の中に地域医療連携パスの利用率のほか在宅みとり率というようなことも入っておりまして、在宅医療はいろんな意味で重視されております。

今、吉田さんのほうからいろいろ説明があつて、その気持ちはよくわかるんですが、在宅医療を10事業の、国のほうでは1から10の中に在宅医療も入っていて、11でその他というふうになっているので、この場合、在宅医療をどっちにくっつけたのかなという意味で、在宅医療重視なのか、そうでもないのかというようなことですね。

逆に言うと、その気持ちはもう先ほど御説明があつたので、それがいい悪いというのは別ですし、6月30日までに国から出されたのを見れば、これの位置づけというのがおのずから明らかになるとは思うんですが、個人的な意見と在宅医療推進のための会の活動を続けていて、これはこの作業部会には直接関係ないんですが、長寿医療センターの総長の下に置かれる在宅医療推進会議の作業部会のメンバーにも多分なる立場としては、できれば9事業に並べていただきたいなという気はいたします。これは6月30日まで待てばいいことなので、今すぐとは言いませんけれども。

【橋本部長】 ありがとうございます。在宅医療の位置づけについて、今後、表章される、今9事業と言っているもののほかに、国側も10事業という言い方に近い形になるかもしれないという、それはそれで、そうならば形式的に合わせればいいだけの話で、そうすると、多分この各論の第2章の第5節がどうしようかと多分悩んでいたんだろうと思います。そうすると、2つになって、医療安全対策は医療連携を支える仕組みかと言われると、何かちょっとつらいので、全体の座りが悪いから、もうちょっとそこら辺は組み直しの感じもありますね。

【田城副部長】 吉田さんのほうから御説明があつたように、在宅医療というのは、9事業、特に4疾患を支えるものであるという位置づけで、別の節に立てるということは、

ちょっと直接お伺いしたいんですが、これはがんや脳卒中よりももっとひどくて、上のものと認識していることなのか、その他の中に入れ込んだのかということですね。逆にこれは第5節の筆頭に置いてくるということは、もしかすると、9事業よりもさらにもっと大事なというか、9事業それぞれを支える根本的なものだという認識であれば、これはこれで在宅医療を高く評価していただいているということなのかなと。

【吉田副参事】 私どもとしては、在宅医療というのは、確かに下支えする意味でいろんな医療を支える大事なものというふうな考えでございます。ですから、そういう意味でこの在宅医療につきましては、都としても特別な施策をやっておりますけれども、ぜひ充実させていかなければいけないというふうに考えておまして、その意味での位置づけをさせていただきます。

【田城副部長】 東京都は在宅医療の医療資源が日本で一番潤沢でして、日本の在宅医療の模範となる地域なので、東京都で在宅医療を高く評価していただいた医療計画を立てていただければ、日本全国で在宅医療をやっている人に特に励みになるのかなと思います。

【橋本部長】 御意見として承ります。全体の構成で考えなきゃいけないので、どこかだけということでもないだろうと思います。そもそも9事業というのは、別に9事業挙げているだけで、その整合があるわけではない。病気の名前があったり、領域の名前があったり、地域の名前があったりという、それだけの話ですから、要するにそういうふうに大事なことを単純にいろんな次元のものを並べているだけですから、そこに在宅医療が入ってもそんなに違和感はない。もともといろいろあるんだからという話ですね。

ただ、そうなると、逆に言うとりハビリだって同じくらい重要で、だから、厚労省もいろいろ考えたんでしょから、似たような話にしましてもいいのかなと思いますけれども、ここはいいですね。ここはそういう意味で、少し時間を待ったり、もうちょっと煮詰まった議論が出てきたところで、もう一回組み直しすればよろしいかなと思います。

全体でいかがでしょうか。やっぱり計画書というのは多少起承転結みたいなものはあってもいいのかなとは思いますが、そこからいくとどうでしょうか。

【飯山委員】 昨年法律が通って始まった医療制度改革なんですけれども、生活習慣病の予防ということが大きなテーマにされておまして、我々医療保険者にとってみれば、一番最後に保険者の役割というのがあるんですけれども、具体的には来年度から義務化される特定健康診査、特定保健指導をいかにやっていこうかということが、これから始まっ

ていくわけなんですけれども、この計画として、予防という概念についてどういうふうに取り扱おうとされているのか。

もう一つ、具体的な事業としては、特定健康診査、特定保健指導をどういうふうに位置づけるのか、医療計画だから位置づけないということにするのか、そこら辺のところはどうなんでしょうか。

【吉田副参事】 各論の第2章のところで位置づけたいというふうに考えてございます。その中で健康づくり推進という項目を設けまして、私ども内部のセクションもあるんですけども、その中でこのところでぜひ位置づけていただきたいというふうに考えてございます。

【橋本部長】 第2章の第2節？

【吉田副参事】 はい、第2節です。

【吉井参事】 第2節の健康づくりもそうですし、母子保健もそうです。それから、成人保健の部分で、例えば今の特定健診等の部分でありますけれども、そうしたこともありますし、もっと言えば、第2章第4節の成人保健（職域保健）の部分というのは、いわゆる老人保健事業で言うところのがん検診だとか、ちょっとそういう意味では浮いていますね。ですから、そういう意味で上のほうのがんということで、地域連携クリティカルパスもありますけれども、ここでがんの予防というか、そういう観点も入れていければいいかなというふうには思っております。

【橋本部長】 難しいところですけども、だから、第2章で書かれていることの区切り方というのは、ある意味では、行政側の仕事の、あるいは部局の組み立て方とわりにパラな話ですね。この担当はどうこうという感じでわりにパラレルな構造なんですけれども、片や、例えば民と官の共同とか、そういう観点から言うと、そこに話が広がっていくかどうかというのは、ちょっと心配ではありますね。ただ、じゃ、どうしたらいいのというと難しいねという感じがしますね。

だから、都民の役割とか、保険者の役割とかいうところでの行政ではないところへの広がり、あるいは医療機関ではないところのこれまでの新しい役割みたいなものをどういうふう展望していくかというところがちょっと書き方としては難しいですね。

だから、第2章のほうで、少しその展望を残したような書き方をして、第4章で受けとめるとか、そういうやり方かなとは思いますが、また中身のかかわりで、またちょっと表現が変わってくると思いますけれども、そういうことでしょうか。

あとはいかがですか。例えば各論の第2章の第5節の高齢者保健福祉対策って1節しかないけれども、実はこれは相当大きいボリュームがあって、ほかの計画が動いている。各自治体では介護保険というものが動いていたり、もうちょっと大きい意味での高齢者保健福祉計画みたいなものが動いていたりということですね。さらには、支援センターみたいなことを考えると健康づくりまで入ってきてしまう可能性があるということですね。なかなか錯綜というか、まあ入り組んでいていいんだらうと思います。それが整理できればいいんでしょうけれども、それについてどこまで書くかという技術的な問題と、どこまで見せるかという問題ですね。

ちょっと個別の話になってしまいますけれども、医療安全対策は、ちょっとこの議論があるんだらうと思いますけれども、これはほんとうはどこに位置づけるんですかね、単独だとすれば。医療そのものを支える仕組みとか、そっちのほうですね。連携という書き出し方ではなさそうだけれども、どこかに入れなければいけないとしたら、ついでにこの辺に入れておいたという感じはあるんだけれども、医療基盤の充実とか、そういうようなところかもしれない。そうすると、一番最後にいっちゃうのはちょっと寂しいしみたいな感じですね。

ちょっと上のほうに行きますけれども、総論のところ東京都の保健医療の変遷ということで、前回はかなり歴史的にいろいろ書きくだしていただいて、そこそこ見えてきたと思うんですが、あの中で、僕も前回のことは何となくしか覚えてないですけども、例えば保健医療を担う担い手の問題みたいなものは触れていましたっけ。官とか民とかいう話。日本の病院医療の変遷を見ていると、その問題をちょっと看過できないような状況があるので、多少書いといて、これから新しい方策として官は官なのか、民は民なのか、それとも官と民のイコールフットイングを事業ベースで考えるのかとか、そういう議論は前からありますけれども、というようなところの展望がないかなとも思いますけれども。

【田城副部長】 官と民に関しては医療法の改正で、医療法人のあり方が大分書き加えられていますから、民間の医療法人であっても、医療を提供する公的な存在であることの責務、民間の医療法人も医療の責務という言葉が医療法の中に書き加えられているので、官と民の区別があまりなく民間の医療法人の先生方も公的な医療を提供するというふうになってきているので、あまりそれは区別しなくてもいいのではないかと。

それから、公立病院ではなく公的病院が準公立というような形で、政策医療を期待されるような文言になっていますので、あまりその区別はなくなるように医療法は改正されて

いると。

【橋本部長】 形式上はね。だから、社会医療法人みたいなものができて、法人格としての公益性みたいなものが表象されるようになって、それはただ実態の医療の資源配分も含めて、そういうミックスチャーが構成されるような環境整備がされるかどうかという問題はやっぱりあるんですね。そういう法人は変わったけれども、相変わらず何も変わらないという話だってあり得るわけだから。

【吉井参事】 一応念のため、平成14年度の東京都保健医療計画で今言われたような公的とか、地域医療支援とかいろいろ入っていますが、その記載は、ここで言うところの各論のほうのちょうど真ん中ぐらいに第2節ということで、ちょっとどこも矢印が引けてないんですけども、「機能に着目した医療施設整備と連携の推進」とございますね。ここら辺のところ、いわゆる公的病院、それから特定機能病院であるところが、あと民間病院、診療所、それぞれの役割構成みたいなものについてこのセクションのところで言及しようというような状況ですね。地域医療支援病院が、たしかまだそのときはできてそんなに時間がかかっていないという、そういう状況ではなかったかと思います。

【橋本部長】 稲波先生、何か御意見はありませんか。

【稲波委員】 私は橋本先生がおっしゃったように、平成14年度のがよくできていて、今よりずっとよくできている感じがして、それに国としては、具体的な4疾患に対して具体的な成果を上げるようなシステムをつくることを追加すれば、それで十分なのかなという感じがいたしました。国のためにいい平成14年度のこの章立てがつぶされたような気がして、何となく残念な気がいたしますね。

【橋本部長】 まあ中身がね。

【稲波委員】 まあ中身さえよければいいですが。

【橋本部長】 官と民の話ではとりあえずいいですか。

【稲波委員】 官と民のことに關しては、東京は特殊性が非常に強く出るところに違いないと思われまゝ。と申すのは、へき地で、東京都にも比較的医療提供の資源が少ないところがありますけれども、地方の提供するものが少ないようなところでは、官も民も非常に公的な要素が強い。ただ、東京では、その提供できるものが過剰というか、非常に多いために住民の選択肢をもっと増やしてもいいのではないかという気がいたします。そうしますと、選択肢を増やせることに関する民の役割というのは非常に大きいかなと。あまりおわかりになっていただけないかもしれませんが、例えば半径10キロのところ

つの病院がないところと、東京のように半径10キロあったら大学病院も幾つか入る。いろんなタイプの医療機関があるというところでは、おのずから提供できるものと、それから住民の医療を選択することに関する要望というのは非常に高くなっていくに違いない。それをどのように考えるかというのは、今後医療を提供する上で基本的に考えておかなければいけないことだという気がいたします。健康保険だけに頼らないといいますが、その枠をある種はみ出たようなところを民の役割としてどの程度自由にさせていくかというか、そういう点も踏まえてお考えいただきたいという気がいたします。

【橋本部長】 難しいけれども、医療計画の中にどういう反映のさせ方が、仮にできるとすれば、どんなことですか。まあきょうじゃなくてもいいですけども。

【稲波委員】 住民の、都民のニーズというのはどこよりも高いはずですね。国全体を考えなければならぬ厚生労働省のやってくれというものよりもより高いものを東京都は提供できる余地を残さなければいけないような気がするんです。それを保健医療計画の中でどうやるかというのは、ちょっと今は考えつかないです。すみません。

【橋本部長】 だから、より豊かなものを、東京都という特に恵まれた地域の中で準備をしていくという指導は多分よろしいんだろと思いますが、そこで発生するコストを受益者だけで賄うようなことがほんとうにできればいいのかもしれないですけども、そこはもうちょっと考えなければいけないのかもしれないですね。そういう問題をはらみつつもいきましょう。そういう面もあるということで。

【田中委員】 先ほど話に出ていました現在の計画の各論の1章の2節、機能に着目した医療施設整備と連携の推進、これのところが矢印が入ってないんですけども、今度の計画では、これはなくなるということなんでしょうか。というのは、その中に市町村等による病院整備への支援というのが1つ項目で入っているんですけども、そういったものは今度削除されてくるということなんでしょうか。

【吉田副参事】 ここのところにつきましては、確かに矢印を引いてないんですけども、各論の第4章、その計画の推進体制と役割、そのところでそれぞれ分けて書こうかなというふうに考えておりました。

【橋本部長】 よろしいですか。

【田中委員】 はい。

【細川医療政策部長】 今の議論を伺ってまして、平成14年版のほうがいいという御意見も幾つかあったので、平成14年版のほうをちょっと見ていたのですが、総論の中

の第5章の「考え方」のところと、各論の中の第1章第2節「医療連携」、この辺のところがちよっと弱いかなと見ております。それで、考え方として、総論の中に今後目指すべき方向のような形で章立てをしていったほうがいいのか、または第2部の第2節に、「現状」という言葉を除いて書き込んだ方がいいのか、その辺についても御意見をいただければありがたいかと思えます。

【橋本部部长】 今部長がおっしゃられた考え方とかこれからの方向性、展望みたいなものをどこに書き込んだら一番いいかということで、第1部なのか、2部の第2節なのかという感じですが、書きやすいのは総論のような気がするけれども、でも、どうでしょうね。第2節に書くとしたら、現状だけじゃなくて、これからの展望みたいな話だけでも、医療機能の集約化・重点化みたいなものを中心に書くわけですね。そこに限定するよりも、これを踏まえたもうちょっと大きい展望があったほうがいいように僕は思いますけどね。

【細川医療政策部長】 総論に絞って。

【橋本部部长】 総論に書いたほうがもうちょっとうたえるという言い方はおかしいかもしれないけれども……。

【細川医療政策部長】 わかります。

【橋本部部长】 多少うたえるね。つまり集約化とか重点化だけの話じゃない。東京都が全体的に、東京都は特殊かもしれないけれども、先端の部分をちゃんと整理しておかないといけないと思いますね。

【栗野委員】 今おっしゃっていただいたように各論の2節、これってやっぱり総論のほうにあったほうがわかりやすいといいますが、これ自体が。そのほうが初めの医療文化というか、医療というものはどういうものかということをおそらく今回の改正の部分ではそういうふうにしたんだということがわかるような気がするんですね。ですから、これは上に持って行って、これが2節になくても、3節からいったとしてもおかしくはないと思うんです。そして、先ほども申されたように、4節の4疾病5事業、これはこれでよくて、第5節の仕組み、在宅医療が入っているところ、ここのところはもうちょっと膨らませて、これから今後のことなので大きく書かれたほうがいいのではないかと思います。在宅って、かなりこれからの日本の課題だと思うので、多分皆さんもこの間、厚い資料の中で人口の変動を見ましたけれども、こんなに少なくなっちゃうのかという感じで、やはり在宅の部分を大きくしていくということを前提に置くと、医療文化という先のほうに、私は薬剤師だから言うわけではないんですけど、医師も歯科医師や薬剤師も全部ほんと

うは連携していかなければいけない時代が来るので、そういうことを考えて初めに持ってきたほうがいいのではないかと思います。

【橋本部長】 その他、いかがでしょうか。

【土屋委員】 先ほど委員長のほうからの発言にちょっと触発されて、これからの医療の方向性の一つとして、ここでは多分都民という表現になると思うんですけども、都民のライフステージはいかなるものか、あるいは病になったとき、都民一人一人の主体性みたいなものを医療過程の中で尊重しながら納得と専門的なアドバイスの中で患者自身が選択したり、納得したりして、結局医療は、今まで消費するものというふうな存在だった。しかし、それが今保険の中で限界が来ていると。だったら、いかに患者である主体性をきちっと尊重し、最も本人が納得するところで医療過程をともに都民とつくっていく、いわゆる持続性のあるような、そういうところに今来てしまっていると思うんです。私もこれからまた75歳の方から保険料をいただく立場になると、ほんとうにこれは大変だと思うんですけども、そういうときに申しわけない、都民の方も現状を理解していただいて、最も御自分のためにふさわしい医療はどういうものかというのを考えてもらわなければいけないしというように、私はなぜそれを思ったかという、かつて高齢者対策をやっていたときに、認知症の方が御自分のケアのことについて発言をするなんていうことは考えられなかったんです、4年ぐらい前は。今は自分が認知症になったけれども、こういう点はサポートしてほしいんだ、これは私の尊厳にかかわるから大事にしていきたいみたいなことを認知症自身の方がおっしゃるような時代になってきたというので、となると、ほかの、例えばがんの方もそうだと思うんですけども、そういう方を受けとめられる情報と、それから医療行為の中で、もちろん医療はさまざまな段階があるかと思いますが、そういうことが保障できるような仕組みというんでしょうか、そういうやりとりができるような体系みたいなものがあると、何となく納得と合意、あるいは持続性みたいなものが貫けるのかなとちょっと思っています。抽象的で申しわけありません。

【橋本部長】 そうすると、この計画書の中では、今土屋委員がおっしゃられるようなことは、どの辺の書き方ですかね。指標としてはわかるんですけども、言葉にあらわさないといけないとすれば、どの辺ですか。今お聞きした、例えば都民の役割のところをもうちょっとおっしゃったようなトーンも含めて豊かにしていくというようなことなんでしょうか。

ただ、普通の一般の行政計画とか総合計画なんかで言うと市民的公共性という言葉なん

ですけれども、そこが医療という場面でどのぐらい中身のある話を展開できるかということなんだと思いますね。例えば、NPOの話をしき言いましたけれども、患者の会だとか、そういう形で患者と一緒にみずからを支えていくようなことを医療側と一緒にやっていくとか、そういうことがいろんな在宅医療の場とか、それはいろんな切り口があると思いますけれども、そこで展開していくとか、そういう方向を目指すというようなことを書くことの意味はあると思いますね。現実には幾つもありますから、そこはありかな。ありがとうございました。

【飯山委員】　さまざまな連携ということが考えられていると思うんですけれども、連携する以上、そこではどうしても情報が介在しているわけなので、やっぱり情報を効率的に伝達するというのを考えますと、ITというものは抜きにできないと思うんです。これはさまざまなレベルだと思うんですけれども、医療のIT化の推進は、医療事務に関しては結構やるということになって、今どんどん進められているんですけれども、医療そのものについてはいかがでしょうか。

【橋本部長】　これはどの辺で書けばいいか。それこそ医療連携を支える仕組みとか、医療を支える基盤的な要素ですね、これはどこか書けますかね。

【近藤委員】　第5節のトップじゃないでしょうかね。

【橋本部長】　第5節の中で、冒頭の話だとは、多少組みかえがあるからそこに行くんですかね。

【近藤委員】　総論の中でITをちょっと触れてもいいのかもしれないですね。国全体でIT化することについて、特に健康情報、EHRだとかEMRを平成19年度中に一応方向性を示しましょうとなるならば、総論にあってもいいと思います。

それから、平成14年度と今と何が違うかということ、やっぱり医療、福祉のとらえ方が変わってきていますし、介護も予防の視点が入ってきていますし、認知症に関しましても、まち全体で認知症サポーターで見ていこうとなるならば、まちづくりの視点がどうしても入ってくるだろうと思います。

それから、かかりたくてもかかれない、特に多摩地区の南北の交通なんて道路整備でも相当影響が出てきますから、救急車が夜間かえって動きにくいとか、深く踏み込んでしまうと、東京のまちづくりが絡んできてしまいますね。

それから、章立てそのものは、真ん中の今回の流れは、大まかな流れとしてはオッケーなのじゃないか。ただ、先ほど部長からお話がありましたけれども、各論の第1章第2節

の部分は、前段として総論にも触れておくべき内容ですし、それから、先ほどの飯山委員から話が出ましたけれども、保険者サイドというお話がありました。予防、健康づくり、それから生活習慣病対策となってくれば、どこまでが予防でどこからが医療か、また医療と福祉の境目が見えないように医療と予防が重なり合って、そこに保健活動が入ってきますと。

それから、情報に関しましても、ITだけでなく、紙ベースの情報でも、せっかく東京都福祉保健局に医療情報の理解を促進する会ですか、あれがどう報告書を示してくるかなというのでもこれにある程度書き込みたいなと個人としては思っております。

【栗野委員】 今まで言葉の中では「医療連携し」という言葉が多いと思うんですね。これからの時代は、いろんな職種の方が多くの情報を持っているわけですから、医療情報連携みたいな、そういう言葉ですか、そういうものがこれからはすごく必要になってくると思うんです。情報連携ということがすごく大切なことだと思いますので、どこかで、言葉はそれでなくてもいいんですけども、そういう部分を書いていただくと、どこで何を見たら何がわかるのかということが、これからの若い人たちにはよくわかるし、もちろん年とった方にもわかるような形にすればいいのではないかと考えています。

【田城副部長】 平成14年のには私は全くかかわってはないのですが、章立てで起承転結がしっかりしているのは平成14年度のやつだと思います。これが一冊の書物として読んでみると非常にきっちりおさまるといっていいと思います。

ただ、今回の医療法の改正では、地域医療計画で病床規制というものがメインだったものを、全く発想を変えて、それこそパラダイムシフトでネットワークを明示化して、多分僕の理解としては、この医療計画に書き込まれていたものを都民の方が見て、自分がこういう病気になったら、どういうステージでは、救急車では自分が住んでいるこのこの病院に行って2週間ぐらいで、リハビリになったらどこに行くんだなというイメージが伝わってくるような、というふうに国のほうでは言っています。東京都がそれに従う、従わないというのは別なんですけれども、今回の医療計画では、先ほど土屋委員か田中委員だったと思いますが、具体的なイメージ、自分が病気になったらどうしようかということになってから考えるんじゃなくて、なる前からそういうイメージができて、じゃ、そうならないためにはどうしようかということを考えられるようにということなので、今回は多分従来のつくり方と全く違って、第2部の各論の中の第1章と第2章がどーんとウエートが大きくなって、その前後に従来で起承転結だった部分を割り振るといっていい形にならざるを得ない

いのかなと思っています。そういうことで東京都の方が苦労してこういう、多分第2部の第1章、第2章のあたりが全体の案分としてボリューム的にはかなり大きくなるのかなと。

あと、医療法の改正で国及び都道府県知事は情報を提供する、情報は2種類あるんですけども、自分のところでどういう医療提供体制があるかということ責任で提示するというのに、多分基本的にはホームページですけども、医療計画も、ちょっと同じことを繰り返しますが、自分がそういう、特に三大疾病と、三大疾病のもとになる糖尿病に関して、それから救急等は大体流れ、ライフステージ、ライフコースの流れをイメージできるような書き方ということがたしか求められているというふうに理解しております。

【橋本部長】 ありがとうございます。いずれも中身がしっかりしていると大体クリアされる話かなという気がします。

【高野委員】 保健医療計画ということなので、総論のほうに、保健医療についての取り巻く現況とか資源だけでいいのかもしれませんが、各論に入ると、介護（福祉）とか、リハビリ、ケアシステムとか、サービスというのが入ってきますね。そうすると、東京都は医療だけじゃなくて保健も入っている計画なんだということなんですけれども、総論自身も介護とか福祉についても資源なり取り巻く現況について触れておくべきなのかなと思いました。

【橋本部長】 そうですね、おっしゃるとおり。触れましょう、中身でね。ありがとうございます。

ということで、構成については、今少し議論があったことを生かしながら、大きい組みかえはないということでよろしゅうございますか。多少うたう部分に必要なものを上に持ってきたり、それから、ちょっと時間的な経緯で観察をしなければなりませんけれども、在宅医療という非常に豊かな部分がありますので、そこをもうちょっと書き込んでいくような、位置づけも変えてということですね。

特段何か構成について御意見があれば伺っておきたいのですが、よろしゅうございますか。

それでは、また中身で議論していただいた末に、またちょっとこっちとこっちの入れかえがあってもいいかなと思いますけれども、とりあえずこの構成案をもとにするということで進めさせていただきたいと思います。多少あった御意見をもう一度事務局のほうで整理させていただいて、私と事務局のほうで少しやりとりをさせていただくことでよろしゅうございますか。大きくは変わらないと思います。

(「異議なし」の声あり)

【橋本部長】 今後、事務局のほうで中身も含めた改定計画の書き込みの作業を進めていくことになると思いますけれども、それぞれの草案については次回以降の改定部会で、でき上がったところからになるのか、それとも上から順番になるのかよくわかりませんが、構造がある程度見えるように、いつも全体の構造が見える形で議論していきたいと思っておりますけれども、順次検討していただく、そういうことでお願いしたいと思います。

では、この項目案についての議論はこれで終わりたいと思っております。

それでは、報告事項になりますが、医療機能実態調査の結果ということで御説明をお願いしたいと思います。

【吉田副参事】 恐れ入ります。実態調査がまだ完全にできていませんので、案という形、未定稿なんですけれども、本文は分厚くなりまして、これだけのものになります。

きょうは、それでは説明がとてできませんので、概要という十数ページのペーパーがありますので、こちらをもとにしながら御説明させていただきます。

平成18年度東京都医療機能実態調査の結果(概要)ということで、きょう、ちょっとまだ冊子になってなくて申しわけないのですが、今の段階での成果物を御説明させていただきます。

この実態調査につきましては、3月30日の親会のほうでも概要をちょっと御説明したり、いろいろこういうことをやっておりますということは説明しておりましたが、調査目的といたしまして、医療機能、医療機関相互の連携の推進とか、医療の提供体制の構築あるいは保健医療計画、これのもとにするんだということで述べさせていただきました。

大きく分けまして、医療機能に関する調査、基礎調査、もう一つはリハビリテーション対象の入院患者の状況、この大きな2つから成っております。2番といたしまして医療機能に関する調査というのがございます。これが基礎調査でございまして、1ページ目から15ページ目までがそこに当たるようになります。16ページ以降はリハビリテーション対象患者の入退院状況の調査ということになります。

そういうことで、1ページの真ん中、2の医療機能に関する調査について御説明させていただきます。

調査対象ですけれども、東京都内のすべての病院、一般診療所以下でございまして、これの平成18年9月1日現在でございまして、これにつきまして9事業ごとの事業の提供体制、あるいは在宅医療なんかにつきましても書かせていただきました。

調査方法は調査用紙を送りまして、それを送り返していただくという方法によりまして、実績なんですけれども、病院が83.9%、診療所が1万2,400ほどある中で75%ということでございます。ただし、診療所につきましては、9,363の回答をいただいておりますが、この中で介護老人保健施設、こういったものの中の医務室など、これについては除いて集計してございます。ですから、実際は8,623という数になります。

それから、やはり3月30日に親会をやったときに橋本部会長のほうから大きな病院が抜けていては困るというお話をいただきまして、我々はいくら回収率ばかりに目がいておりました、大きいところが抜けてないかということに慌てて調べましたところ、名前はちょっと申せませんが、がんにつきまして一つ二つ大きなところが抜けておりました。申しわけないのですが、この結果の中にどうしても含むことができない形になっています。ただ、それにつきましては、追跡調査という形で、私どものほうで必ず調査を取りまして、これとプラスさせていただきたいと思っております。今はそういう状況だという中での御説明ということでごらんいただければと思います。

それでは、実際の報告なんですございますが、2ページをお開きいただきたいと思っております。9疾病についてそれぞれの調査をいたしております。

1番目がまずがんでございます。図表2-1-1をごらんいただきたいと思っております。がんにつきまして確定診断に当たっているというところが東京都全体、この表の一番上でございますが、そこで42.1%でございます。それから、可能な限り診断には対応するけれども、確定診断・治療に当たっては他院を紹介しているというところが23.4%。合わせまして65.5%。都内ではその病院、これが都全体と書いてありますわきにn、全体の個数ですが、563という回答数をいただきましたが、そのうちの約3分の2ががん医療に対して何らかの対応をしているということでございます。

それから、3ページのほうにいきまして、今度は部位、それから治療方法について記載してございます。表側のほうにそれぞれがんの部位について書いてございまして、表頭のほうは手術療法、化学療法、放射線療法という三大療法を書いてございます。その中で上のほうから申しますと5番目の乳がん、2つおきまして胃がん、その下の胆のう・胆管がん、2つおきまして大腸がん、これにつきましては手術療法、化学療法ともそれぞれ都内の病院で30%以上、3割以上の病院が対応している状況でございます。

一方、上から2番目の咽頭がん、舌がん、喉頭がん、これにつきましては手術療法、化学療法ともすべて1割前後ということになっております。また、放射線療法、これにつき

ましては施設などによってかなり制限があるかと思いますが、大体1割程度の対応というふうになってございます。

がんにつきましては、実際の調査票のほうには部位別の状況についても記載してございますので、後ほど御参考にしていただければと思います。

続きまして、4ページが脳卒中について調べたものでございますが、これも4ページの下の2-2-1の表でございますが、急性期の脳卒中患者の受入れ状況、この可能なところにつきまして、東京都全体で29.7%という数字になっています。その点々が打ってあるグラフでございますね。その下の少し濃くなっておりますところ、これは回復期をあらわしてございます。回復期は東京都全体の病院の中で39.6%が対応している。さらにその下のもう少し薄い色ですけれども、維持期になります。これは51.2%が対応しております、こういう表になっております。

そうしたそれぞれ医療圏、12の医療圏、島しょを含めまして13の医療圏で書いてございますけれども、やはりその地域の特性というものが多少あらわれているように思います。

5ページにまいりまして、2-2-2のところ、急性脳卒中、この患者に対する検査・治療全般について聞いてございます。時間を問わず対応可能な病院の割合について聞きまして、東京都全体で12.1%、こちらの病院が時間を問わず、昼夜を問わず24時間対応できるというふうに回答いただいております。これにつきまして、医療圏ごとに見ますと、やはり区中央部、区南部、区西南部、この3つが大きく突出しております。

その下の2-2-3の表でございますけれども、こちらにつきましては、脳卒中急性期患者、これを受け入れる専門病棟SCU(ストローク・ケア・ユニット)の病棟を設置している、あるいはそれに準ずるような病棟を設けているところ、これは点々で書いてあるところでございます。東京都全体で6.7%。東京都全体で563病院ですので、大体37病院がSCUあるいはそれに準ずる病棟を持っていらっしゃるということでございます。

また、専用ではないけれども、脳卒中急性期患者、これを受け入れる病棟を決めていると答えたところが、東京都全体で10.7%、約60病院ございました。これにつきまして、地域でかなりの差がございます。脳卒中病棟を持っているところは区の西部、この辺は16.7%と高い数値を示してございます。

6ページをごらんいただければと思います。こちらにつきましては、急性心筋梗塞についてのデータでございます。急性心筋梗塞につきましても、2-3-1のところ、冠動脈疾

患専用の集中治療室の設置状況について聞いておりました、東京都全体でCCU、またはそれに準じた専用病棟を設置しているところ、これが11.4%ございました。64病院ということになります。回答率が85%ということですが、今東京都ではCCUのネットワークを設けております。それに現在加盟しておりますのは62病院になります。そういう意味で、CCUまたはそれに準じた病棟を64病院が持っているという回答をいただいております。

また、その黒いところは専用ではないけれども、主として急性心筋梗塞、この患者を受け入れる病棟を決めているところ、これが5.7%ございました。合わせまして16.1%ということで、90ぐらいの病院がそういう専門の病棟あるいは病床を持っているということでございます。

7ページでございますけれども、急性心筋梗塞に対する検査・治療全般について、やはり時間を問わず24時間対応可能な病院ということで調査をしたところ、11.2%が24時間対応可能ですということで回答されております。心筋梗塞につきましては以上でございます。

8ページをごらんいただけませんか。糖尿病について聞いたものでございます。8ページ下の2-4-1の表ですけれども、糖尿病治療の実施状況について聞いたものでございます。都内の医療機関で糖尿病を実施するものにつきまして、都全体の病院、これはやはり母数は563ですけれども、75.5%の病院が対応してございます。その右にまいりまして診療所、これは先ほどの母数8,623ですけれども、38.8%が糖尿病に対応していらっしゃるという結果が出ております。

その右、9ページにまいりまして病院の糖尿病専門外来、この設置状況でございますが、病院全体の29%、約3割の病棟が専門外来を設けてございます。これも13医療圏によりまして少しばらつきがあるかと思えます。

その下の2-4-3の表でございますけれども、病院におきましても糖尿病専門医、この設置状況でございます。これが都全体で20.5%ということでございますので、都の中で大体5病院に1つにつきましては糖尿病の専門医を設けているということでございます。これにつきまして、区中央部あるいは区の西部が大きく突出している状況でございます。

次の10ページも同じ糖尿病のことなんですけれども、2-4-4の表でございますけれども、糖尿病療養指導士もしくは管理栄養士、この設置状況について聞いてございます。こちらにつきましては、東京都全体、これは糖尿病に限るものでございますので、母数が

425となっておりますが、そのうちの72.2%が糖尿病療養指導士、CDEJといいますが、あるいは管理栄養士を設置しているという状況でございます。

一般診療所、これは3.5%、全体数が3,342ですので117になります。この診療所がやはり管理栄養士あるいは糖尿病指導士を自分のところで、診療所で設けているという形になります。この中で西多摩は12.5%という値を示しております。これで母数が72ですので、割り返しますと9施設ということになります。この値につきまして、西多摩の保健所にも確認したんですが、まだ未確認でございまして、実際これだけ診療所で設けているというのは、北多摩北部、ここは糖尿病の連携を独自に組んでいるところがありますので、5.9%という高い数字が出ているのはある一面わかるかなと思ったのですが、ちょっとこの値につきましては追ってまた御報告させていただきたいと思います。

下の2-4-5の表でございますけれども、糖尿病教室の実施状況でございます。最初の点々で書いてある東京都全体で23.8%というのは、教育入院、それから日帰り教育、この両方を実施しているところでございます。その横の34.4%、これにつきましては教育入院のみと。斜め斜線で引いてあります4.5%といいますのは日帰り教室、これだけをやっているところでございます。全体としては東京都でやっている中での60%を超える病院がこういうような対応をしていらっしゃるということでございます。

以上が糖尿病でございます。

11ページ(5)が在宅医療の状況について聞いたものでございます。これも11ページの2-5-1の表でございますけれども、これは往診について聞いております。往診と訪問診療とちょっと違いますけれども、今までの患者の求めに応じてドクターが患者宅に赴いて診療を行うという形ですね。その往診に対応しているのが、東京都全体の病院のほう、これが22.9%の病院が往診の対応をしていらっしゃる。また、診療所につきましては、37.2%の診療所が往診対応していらっしゃるという表でございます。

1ページをお繰りいただいて12ページ、こちらが訪問診療のほうの対応状況でございます。訪問診療と申しますと、往診とはちょっと異なりまして、自宅等で療養していらっしゃるけれども通院が困難、こういう方のためにその方の同意を得て計画的な医学管理を行うというようなことでございます。それを訪問診療と申しておりますが、東京都全体の病院の中で24.9%が訪問診療に対応しているという結果が出ております。診療所につきましては23.3%、これは母数が8,623ですので、割り返しますと2,000を少し超えるぐらいの数になります。先ほど来、東京都は在宅医療についての資源は他の都道府県

に比べて豊富だということをお願いしておりましたが、2,000を超える診療所が訪問診療の対応をしているという結果が出てございます。

また、その下の2-5-3の表ですけれども、在宅医療、これを主たる業務としているという一般診療所、この数について聞いたところ、東京都全体で6.4%が対応しているという数が出ております。これも8,623の6.4%を割り返しますと552になります。私どもは在宅を専門にやっていらっしゃる幾つかの診療所のところを訪ねてお話を聞いたことがありますけれども、都内で552の診療所が在宅医療を主としてやっていらっしゃるという結果が出てございます。

それから、13ページでございますが、2-5-4の表でございます、在宅医療支援診療所、この届出状況でございます。東京都全体で8,623、このうち9.9%、数にいたしましたして854の診療所が届け出をしているということでございます。これは先ほど申しましたように届出率は75%でしたので、私どもが社会保険庁、ここに届け出る数を確認いたしましたところ、たしか1,000を超えている診療所が届け出ているように記憶してございます。そういう意味で、この調査の数と大体一致しているかなと読んでございます。

ただ、そのときに、社会保険庁のデータを使って調べたときに、在宅医療支援診療所はかなり区部に集中しているという傾向も見られたように感じております。逆に言いまして、在宅医療支援診療で届けた診療所当たり、人口で言いますと、大体区部が10,000人の方を1つの診療所で見られるのに対しまして、市部のほうは2万人の患者さんを見られるかな、大ざっぱな計算をすると、そういうような単純計算になってございました。

在宅医療に関する調査につきましては以上でございます。

続きまして、リハビリテーションでございます。14ページをごらんいただきたいと思います。

2-6-1の表でございますけれども、リハビリテーション医療の実施状況でございます。都内の医療機関のリハビリテーション医療の実施状況、病院におきましては59.3%が対応してございます。右のほう、診療所につきましては6.1%となっております。

また、15ページの2-6-2の表なんですけれども、リハビリテーション専用の病床、この有無について聞いたところ、病院につきましては15.6%の病院がリハビリテーション専用病床を持っているというふうに回答してございます。これも医療圏によりましてかなり大きな差が出ております。北多摩西部が20病院に対しまして35%が持っているという回答をいただいております。

その下の2-6-3の表につきましては、今後のことを聞いておりました、今後リハビリテーション医療、これへの対応方針といたしまして、東京都全体で見まして、点々の打ってありますグラフのところ、これは今後充実させたいというふうに回答したところ、これが47%ございました。その右は当面は現状維持をしたいというところが28.4%、それから、まだ決まってない、未定というところが13.2%という回答をいただいております。

以上が基礎調査として回答いただきましたものの概要でございます。

16ページからが、リハビリテーションにつきまして特別に病院を選定いたしまして聞いたものでございます。

これにつきまして調査の目的でございますけれども、調査を4つに分けてございます。調査 が急性期病院、この入院患者さんの入退院状況、リハの必要のある患者さんです。調査 が、回復期リハビリテーション病棟の入院患者、この入退院状況、そして3番目が回復期リハビリテーション病棟の入院患者調査、これは1日をとって定点調査したものでございます。それから4番目がリハビリテーション対象患者の受入れ体制等に関する調査でございます。

調査 の急性期病院、この入院患者の入退院状況の状況につきまして、調査対象を急性期病院59病院に限ってお願いいたしました。

調査対象の患者につきましては、 番といたしまして、脳血管疾患、くも膜下、脳内出血、脳梗塞、こういった患者さん、もう一つが 番目といたしまして、大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、または膝関節の骨折患者さんというふうに限らせていただきました。これを59の病院に対しまして調査いただきまして、11月1日から30日の間の1カ月間で調査させていただきました。

調査 のほうになります、これは回復期リハビリテーション病棟、この入院患者さんについて聞きましたので、調査対象病院につきましては、リハビリテーション病棟を持っているすべての病院35ありますが、このうち協力を得られた34病院、こちらから回答をいただいております。これは昨年の11月1日から30日までの1カ月間、この間で調査をかけてございます。

17ページの調査 でございますけれども、回復期リハビリテーション病棟への入院患者さん、これも34病院ですけれども、11月15日、この零時現在で定点調査といいますが、ワンデイの調査をさせていただきました。

調査 が急性期病院で調査させていただいたところ、それから回復期病棟を持っていらっしゃる病院、これを合わせました90病院です。59病院と34病院、それから両方持っている3病院を引いた90病院ということでの調査でございます。

この回答につきまして実施状況、これはあらかじめお願いしていたこともございまして、すべて回収といえますか、回答いただいております。

調査の概況なんですけれども、18ページをごらんいただきたいと思います。急性期病院における回復期リハビリの適応疾患、この患者さんの状況でございます。

図の3-3-1の表、ちょっと小さくて申しわけございません。入院しております原因疾患でございますけれども、やはり脳梗塞が33.6%と非常に多くなっております。2番目が大腿骨の骨折でございます。そして3番目が脳内出血、4番目がその他の脳血管疾患というような順番になってございます。

今度は同じ患者さんにつきまして退院後の行き先を聞いたものでございますが、52.6%、半分以上が自宅、まあ在宅に帰られているという回答をいただいております。そして、回復期リハビリテーション病棟、こちらに行ったものが18.1%、また一般病床に転院された方は10.7%という回答でございます。これが急性期病院における回復期リハビリテーション患者さん、これにつきましての原因疾患と行き先でございます。

19ページ、これは回復期リハビリテーション病院、これにおきます患者さんの状況でございます。3-2-1の表で原因疾患でございますが、これは脳梗塞患者さんが35.3%と、やはり1番でございます。ただ、2番目以降が多少入れかわっております、2番目が脳内出血患者さん、3番目が廃用症候群の方、そして4番目が大腿骨骨折というふうな順位になっております。これは疾患の状況にもよるかと思えます。

回復期リハビリテーション病棟からの退院後の行き先でございますが、3-2-2の表でございますが、6割、61.2%の方が自宅、在宅に戻っております。中には、1割の方は一般病床に移られている方、あるいは介護老人保健施設に移られている方も9.7%いらっしゃるという状況でございました。

最後のページになります。ちょっと説明が長くなって申しわけございません。

(3)といたしまして、患者の入院時の状況像、これと退院時の状況像の比較でございます。これは回復期リハビリ病棟について調査したものでございます。本文では228ページからになります。ちょっとこの3-3-1の表は見にくくて申しわけないのですが、この表は障害老人の日常生活の自立度の改善率という形で出ております。ちょっとこれは語

弊を与えやすい表現で申しわけございません。これは障害老人の日常自立度という、全く寝たきりだったら自立度幾つという表がございます。これは本文をごらんいただければわかると思いますが、そういう表につきまして、これは全体数618という患者さん、これを当てはめたときに61.8%の方が改善された、こういう表でございます。そういうふうにごらんいただきたいと思います。脳血管疾患の患者さんについては、全体382の脳血管患者さんがいますが、61.5%の方が自立度が改善されたという結果でございます。大腿骨骨折についても同様に64.9%が改善されたというふうになっています。

また、3-3-2の表でございますけれども、こちらにも認知症である老人の日常生活の自立度改善率と書いてありますが、これも認知症の対応表がございます。こういう方について認知度幾つという表がございます。これも本文の中では表がございますけれども、それに対応させたときに改善された方はどの程度いるかという表でございます。ですから、すべての患者さんが認知症を患っていて、その患者さんを比べたというわけではございません。618名の方の中で、認知症のそのランクにあった方、認知度が重かった方、軽い方がいらっしゃったんですけれども、それが改善された方が全体で18.8%、脳血管疾患の患者さんでは22.5%が改善されたという結果が出ております。

また、3-3-3の表につきましては、バーセル指数といういわゆる自立度などを比較しました表がございます。バーセルというアメリカでつくられたものでございますが、その改善につきましての表でございます。全体につきましては、バーセル指数については76.4%が改善された。あるいは脳血管疾患については78%が改善された。大腿骨等骨折は74.8%が改善されたということでございます。

以上、この医療機能実態調査でございますが、恐縮でございますが、これはまだ未定稿という段階でございます。そういう意味で取り扱いにはちょっと御注意いただければと存じます。今御説明しましたのが概要で、この概要と本文をちょっと照らし合わせてごらんいただければ、もう少し詳しい状況がわかるかと思っております。

実態調査の報告については以上でございます。

【橋本部会長】 ありがとうございます。もともとは相当厚いものですが、未定稿だということも含めて、概要で御説明いただきました。質問はありますか。

これは計画を立てていく上での、まず連携のところに使いますね。あとはどういう使い方がありますか。連携のところに使うとすると、こういう分析がもうちょっと必要ではないかとか、ここはどうなのかとかいう多少細かいところ、きょうはちょっと時間がないか

ら希望ぐらひは聞くかもしれませんけれども、そういう議論の仕方があるわけですね。そのほかにはどういふところでもありますか。

【吉田副参事】 この計画のもととなるものでございますが、ちょっと説明が漏れて申しわけなかったんですけれども、例えば概要の5ページのところに急性脳疾患、脳梗塞ですね、この専門病棟を有しているところというような表がございます。5ページの下の方でございます。これにおきまして、全体で6.7%が対応している。SCUの病棟を持っている病院であります。例えばのことですけれども、その中で西多摩などはまだ持っていないようなところがございます。そういうところの連携体制をどうするかとか、そういうような参考になるかと思っております。

それから、実際の数値的なことにつきましても、医療計画の資料編とか、そういうほうに反映させていきたいと考えてございます。

【橋本部部长】 あと、この機能実態調査ではないんですけれども、東京都がこれまでの数年間、モデル地区でいろんな連携のことをやったじゃないですか。あの辺の結果みたいなものはこの辺にはどう反映していますか。

【吉田副参事】 きょう御紹介すればよかったんですけれども、申しわけございません。東京都のほうで平成15年から二次医療圏ごとに疾病別の医療連携の試みというのをやっております。その中で主にやっているのは脳卒中、それから糖尿病、小平を中心とした地区は認知症もやっているんですけれども、そういう医療連携の試みをやっております。4疾病の中でがん、これにつきましては拠点病院がございます。それから心疾患はCCUネットを持っております。ところが、糖尿病あるいは脳卒中につきましては、東京都としてそういうしっかりしたネットワークを持っております。そういう意味では、疾病別医療連携の試みをやったものが一つの大きな参考例になるかというふうに考えてございます。

【橋本部部长】 わかりました。

【田城副部部长】 細かいことですが、この脳卒中のところなんですが、ストローク・ケア・ユニットで質問されているようなんですが、治療法でt-P Aで治療する専門医がいるという聞き方はされていますか。

【吉田副参事】 本文のほうの65ページをごらんいただけませんか。この上のほう、2-3-13のところはt-P Aを用いて血栓溶解療法、これを行っている病院について聞いたものでございます。ただ、これも実際に15.6%ということで八十数病院にな

ります。そのデータを私ども直接調査会社からもらいまして、どういうふうに行っているか聞いたところ、大体はよろしいんですけども、中には精神単科病院の中でもt-P Aをやっているところとか、あるいは心疾患でもt-P Aを使っていますので、その辺を間違えて回答しているところもあったかと思えます。そういう意味で、あくまでも調査としての見方ということでござんいただければと思います。

【田城副部長】 t-P Aは発症して3時間以内に治療を開始したいということになっていて、今回は二次医療圏にこだわらず、疾患別にネットワークの大きさを自由に変えていいということになりますから、3時間以内に通えるということであれば、二次医療圏にそういう病院がなくても、隣のところに3時間で行ければ、それはそれでいいんじゃないか、そういうふうにはちゃんと書けばいいのではないかと、そういうことのようにです。

【吉田副参事】 できれば近藤先生が御専門なので……。

【橋本部会長】 僕は区中央部でやっていたとき、あまりたくさん出てなかったですけども、このCCUの話をしたときに、印象で申しわけないんですけども、やっぱり脳出血と脳梗塞のそもそもの判断をちゃんとできるかどうかで、t-P Aを使っているのかどうかというところが一番危ういなと実は思っていたんです。そのときの議論は、やっぱり区中央部ですから、大きい専門的な病院に最初に回して判断したほうが安全だという言い方が、そのときの議論ではあったように思って、ここは連携のこのt-P Aを使うかどうかというところでの一つのシンボリックな話かな。ただ形があればいいという話ではちょっと危ないなと思いましたが。

【近藤委員】 t-P Aは脳卒中学会が中心になったガイドラインにのっとっている病院が幾つあるかというのが一番大事だと思うんですね。それからもう一つは、その3時間以内になると、病院前診断がいかに大切かということで、やはり救命救急士の最初の拾い上げがどうできるか。脳卒中を疑ったときに、脳出血なのか、くも膜下出血なのか、脳梗塞なのか、最終的判断というのはほんとうにできません。それが一過性の脳虚血発作のたまたま初期を診ていて、1日寝かせて様子を見たら治ったと言えれば一過性脳虚血発作かもしれませんが、命にかかわる脳幹梗塞の場合もありえます。だから、とにかく疑わしきは運ぶ、それしかなくなってくるんですが、東京の場合の問題点はあまりにも人口が多いということと、それから、日中と夜間の交通、特に救急車で運ぶ場合の道路の問題、いろいろ出てきます。それから、ある地区に専門の病院があり過ぎるがために、かえって体制づくりが難しいというところがあるので、明日、専門の先生方と検討を行う予定です。東

京がひとつの形を示さないと全国展開はできないかなと思っています。

【橋本副会長】 またそのときにお願いします。

そのほか、いかがでしょうか。よろしゅうございますか。

じゃ、この実態調査についてはきょうのところはこれまでとしたいと思います。

一応用意された審議事項と報告事項は終わりました。その他ということで、事務局のほうから何かございますか。

【吉田副参事】 追加の資料ということで、1枚の紙なんですけれども、「二次医療圏別病床種別状況一覧」という表をお配りしてございます。これは前回御要望がございました病床ごとに公的な病院、あるいは民間的な病院、これを分けたものでございます。ごらんいただきまして、その定義がちょっと難しいんですが、下のほうに区分の定義ということで、1番といたしまして国公立病院という分け方、国、国の機関、東京都、市町村が開設した病院、2番目といたしまして公的病院という分け方で、日赤とか済生会さん、国保連さん、社会保険関係団体、こういったものが開設したもの。それから、4番は3のその他に含まれますね。ちょっと学校法人を分けていたんですけれども、あまり意味がないだろうということで、その他病院に統一させていただきました。そういう3つの区分で、4は削除ということでお願いいたします。

【田城副会長】 大体私立大学……。

【吉田副参事】 そうですね。データとしてはありますので、御要望ならお渡しすることはできると思いますが、分けたときに、要らないかなと思って切ってしまったんですけれども。

【稲波委員】 その他病院の中に学校法人が開設したものが入っているということですね。

【吉田副参事】 そうです。含まれております。分けたほうがよろしいですか。

【稲波委員】 それはちょっと分けていただくとわかりやすいんじゃないかと思います。

【吉田副参事】 わかりました。じゃ、そちらのほうでもデータを用意してございますので。

【田城副会長】 多分学校法人がつくった病院って大学病院でしょう。

【吉田副参事】 そうですね。ほとんどそうなりますので。

【田城副会長】 医療福祉大学も入りますね。そのうちのかなりの割合が特定機能病院になるか、とは限らないか。

【吉田副参事】　　じゃ、これはもとがありますので、メールか何かでそちらのほうのも送らせていただきます。見せ方はいろいろありますので、また、こういう見せ方はどうだというのがありましたら、御要望いただければ、そういたしますので。

【橋本部部长】　　ありがとうございました。

そのほかに……。

【吉田副参事】　　もう一点、恐縮でございます。またかと言われそうでございますけれども、日程のことにしまして、机上のファクス送信表という題名で、7月、8月の日程をいただきたいと考えてございます。5月、6月まで現在確定させていただいておりますが、7月に2回やるかもしれないと前回言わせていただいたんですが、かなりその可能性が高くなってきたと。7月11日を除きますが、10日から13日の間で1日、8月1、2、3ぐらいで1日。8月は一応予備日ということですが、できれば覚悟していただければという形をお願いできればと考えております。きょうおわかりになる方は置いていただいて、わからない方は、後日ファクスでお送りいただければと思います。

以上でございます。よろしく願いいたします。

【橋本部部长】　　よろしいでしょうか。だんだんほんとうにタイトであることが見えてきたわけでありますが、よろしく御協力いただければと思います。

きょうは実質的な議論として第1回目だったというふうに思いますけれども、いい御意見を伺わせていただいて、事務局はきっといい構成案とか中身のイメージをつくり込んだらろうというふうに思います。どうもありがとうございました。

では、きょうはこれで閉会させていただきます。

了