

平成19年度 第4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7月12日(木)午後6時から午後8時まで
- 2 開催場所 第一本庁舎33階 N6会議室
- 3 出席者 **【委員】**
橋本座長、田城委員(途中退席)、近藤委員、稲波委員、高野委員、粟野委員、飯山委員、田中委員(以上8名)
【都側出席者】
細川福祉保健局医療政策部長、松井企画担当部長、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) 東京都における4疾病(がんを除く。)の医療連携体制の方向性(案)について
 - (2) 東京都における医療連携にかかる各事業の取組について
 - (3) その他

会議録

【橋本部長】 前回に引き続き、定刻よりちょっとだけ早いんですが、皆さんおそろいですので、第4回の改定部会を始めたいと思います。何かむしむしする中、お集まりいただきましてありがとうございます。きょうも時間中に終われそうもないような気もしますけれども、やるところまでやりたいと思います。

議事に入ります前に、委員の出欠ということがありますか。

【吉田副参事】 どうもありがとうございます。それでは、委員の皆様方の出席なんですけれども、台東区の永見委員と町田市の土屋委員、このお二人から御欠席の連絡をいただいております。田城委員ですが、途中で用事がございますので、7時20分ぐらいには

退室させていただくということでございます。

それから、毎度のことなんですが、きょうはちょっと涼しめですが、むしむしする気候ですので、上着をおとりいただいて御議論いただければと思います。よろしく願いいたします。

【橋本部部长】 よろしいですか。それでは、議事に入らせていただきます。

事務局より、資料の確認をまずお願いしたいと思います。

【重村保健医療計画担当係長】 それでは、本日の資料の確認をさせていただきます。

まず、本日の会議次第と委員名簿でございます。

資料1として、「東京都における脳卒中の医療連携体制（案）」でございます。

資料2として、「東京都における急性心筋梗塞の医療連携体制（案）」でございます。

資料3として、「東京都における糖尿病の医療連携体制（案）」でございます。

資料4として、「東京都における医療機能情報の提供体制について」でございます。

資料5として「東京都における在宅医療の取組について」でございます。こちらは2枚ございまして、次に、資料6になりますが、「東京都におけるリハビリテーションの取組について」でございます。

参考資料といたしまして、前回御意見をいただきました「経済財政改革の基本方針2007」と「医療・健康・介護・福祉分野の情報化ランドデザイン」をおつけしてございます。

また、先生方のお手元には、前回御要望のありました東京都と他の地域との所得などがわかる資料ということで、都道府県別一人当たりの県民所得と消費者物価地域差指数の資料をおつけしてございます。

最後に、前回の議事録をおつけしてございます。

資料は以上でございます。御確認いただけましたでしょうか。

【橋本部部长】 よろしゅうございますか。参考資料1、2、地域差指数というグラフが1枚、議事録、そのほかに正規の資料があるかと思えます。よろしいですか。

【重村保健医療計画担当係長】 なお、今回お配りしました資料は、あくまでも検討段階のものでございますので、資料のお取り扱いにつきましては、くれぐれも御留意いただきますように、お願いいたします。

【橋本部部长】 よろしいですか。前回はそうでしたけれども、資料の取り扱いについて、まだ議論の段階のものでございますので、十分注意した扱いが必要かと思えます。どうぞよろ

しくお願いいたします。

それでは、議事次第に従って進めたいと思います。

議事（１）ですが、東京都における４疾病　がんを除くわけですが　の医療連携体制の方向性（案）についてという議事をしたいと思います。それでは、よろしく申し上げます。

【吉田副参事】　前回、第３回の際に、がんにつきましては、がん対策基本法によりまして、支援病院などの体制につきましては御説明させていただきましたので、今回はそれ以外の３疾病について、私どもの考えますことを御説明させていただきたいと思います。

まず、資料１をごらんいただきたいと思います。１番目、脳卒中でございます。この医療連携体制について御検討いただきたいと思います。

まず、脳卒中の疾病の特徴といたしまして、脳卒中は発症後、速やかに専門医療機関に診せないと死亡の危険も高い、後遺症など非常に長い期間、ハンディキャップを負った生活を負わなければならないという特徴がございます。そういう点から、基本的な考え方といたしまして、３点に分けておりますが、１点目が、発症した場合における専門的な医療機関への速やかな搬送の体制を確保することが非常に重要であると考えております。

また、２点目といたしまして、患者の状態に応じた急性期リハビリテーション、あるいは回復期リハビリテーションといったものへの切れ目のない医療連携体制を組む必要があると考えております。

そして、３点目は、さらに在宅等の療養生活に移ったときの維持期のリハビリテーションなど、医療・看護・介護サービスの連携体制の構築が必要であると考えます。

このような点から、取り組みの方向性といたしまして、脳卒中は発症から治療、回復、在宅といったものに至るまで非常に長い時間がかかることでございます。そういう点で、１番目といたしまして、患者の発症につきましては、急性期病院にいかに早く送るかの観点、２点目といたしましては、急性期を脱した場合に回復期、維持期、あるいは在宅への大きな流れ、この２つの点から考えることが必要であると考えました。

真ん中の段になりますが、それでは、脳卒中の医療連携をどう考えるかということです。実際に発症してから救急隊によりまして急性期病院に運ぶまで、今、プレホスピタルなどという言葉がよく言われておりますが、いかに早く運ぶかという体制を構築していく必要があるかと思っております。それにつきましては、都全体での取り組みといたしまして、都民、消防庁、あるいはかかりつけ医、または介護サービスの職員　これは施設にいる

場合です に対する脳卒中の啓発、普及ということが大切だと考えております。また、救急隊におきましても、ガイドラインにおきまして脳卒中が疑われる患者につきましても、適切な医療機関に適切に運ぶような体制が必要と考えます。

実際に急性期病院に運ばれた場合、急性期と申しますと、救命救急センター、あるいは脳卒中病棟を持つ専門医療機関でございますが、そちらにおきまして、救急搬送された患者に対する急性期の適切な医療が必要でございます。それから、ベッドサイドリハなどと申しますけれども、急性期リハビリテーションに対します積極的な実施についても非常に重要でございます。

また、容態が安定した患者に対しては、地域の医療機関といったリストに基づきまして、回復期リハビリテーション病院等への紹介、こういうスムーズな流れが必要になります。また、患者の今後の治療とか退院後の生活、障害を負われた方に対する生活の指導とか支援ということも大事になります。それを具体的につくりますツールといたしまして、地域連携クリティカルパスが考えられます。これによりまして、急性期病院から回復期病院

回復期リハビリテーション病院等です、維持期、老健施設、あるいは介護リハビリを実施する病院とか診療所といったものへのスムーズな流れ、そして在宅までの ここになりますと、在宅療養支援診療所、一般診療所、居宅介護サービス等の事業者も関係してくると思います、そういった方へのスムーズな連携体制をとる必要があると思います。

このようなことのためには、地域連携クリティカルパスなどによりまして、患者の転院・退院に際して各医療機関が連携をとる、情報を共有化していくということが非常に重要なことだと考えます。

これらの体制を実際に具体化していくものとして考えたのが、下の段になります。こういったことを検討していく組織といたしまして、1番目に東京都脳卒中医療連携協議会といった形の何らかの協議体、考えるところを設置すべきではないかと考えさせていただきました。参考といたしましては、せんだってCCUのネットワークの件について御説明いたしました。そういうような体制と大まかに考えられればよろしいかと思えます。

目的といたしましては、東京都全域を視野に置きまして、脳卒中を発症した患者が速やかに適切な医療機関に救急搬送できる体制をとることがまず1つ、大きな目的でございます。

そういう点から、協議会のメンバーには、脳卒中の中核的な病院、東京都医師会、搬送いたします消防庁、そういった方々が考えられます。

実際の検討事項につきましては、脳卒中の急性期病院の認定基準、t P Aなどの問題もございますので、そういう病院かということの基準を作成していただく、あるいは急性期病院への認定方法の検討などということが1点でございます。

2点目といたしましては、急性期病院の医療資源の調査とか医療連携の参加意向などの確認も必要なことと思います。

3点目といたしまして、患者発生時における救急隊と連携した速やかな搬送体制をとる。これにつきましては、消防庁のMC、メディカルコントロールなどがございます。そちらのほうとの連携も非常に重要となります。

また、もう1つは、この後で地域での医療連携協議会みたいなものをつくっていただければなと考えますが、そういうところに対しまして、すべて統一というのは地域格差、いろいろ地域の特色がありますので、そこまでは考えませんが、標準的、基本的な考え方については、クリティカルパスについてのまとめをしていただければと考えます。

あるいは、都民や消防隊に対する脳卒中の普及啓発活動、いわゆるプレホスピタルということの考え方をとっていただければと思います。

都全体としては、そういう協議体を設けることが1つ必要かなと考えます。

また、各地域におきましては、地域での脳卒中医療連携協議会といったもの。これは現在、いろいろな取り組みを行っておりますが、そういったものが母体になるかと思えます。

急性期を脱した患者が、各地域において回復期、維持期、あるいは在宅での療養といったものまで考えたときに、こういう協議会がそれぞれ必要ではないかと考えました。その構成員といたしましては、脳卒中に関します中核的な病院、あるいは各地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、あるいは市町村の行政、介護サービスなどが適切かと考えております。

そこにおきましての検討課題といたしましては、地域における医療機関(病院・診療所)といったものの医療資源の調査、どういうところがどういう脳卒中に関する治療ができるか、そういったことを調べる必要があるかと思えます。

また、そこに参加する医療機関のリスト、区中央部などで、実際にこの間、資料としては示させていただきましたけれども、そういうリストを作成することが必要と思えます。

また、脳卒中は非常に長い期間にわたっての療養が必要になりますので、介護サービス事業者との連携体制の検討、あるいは地域における脳卒中の普及啓発活動などが必要と考えております。

恐縮でございますが、資料3まで、3疾病についてまとめて説明させていただいてよろしいでしょうか。それで御協議いただければと思います。

資料2をごらんいただけませんか。急性心筋梗塞の連携体制についての案でございます。

国の指針がまだ出ていない中なんです、疾病の特徴につきましては、急性心筋梗塞は発症後、脳卒中よりも短時間、分を争っての搬送体制が必要で、専門的な医療機関を受診できないとなかなか救命率なども低いという現状がございます。それと、急性期を脱した後でも、患者の安定した生活維持のためには、専門的な医療機関の関与が必要であると考えます。

そういう点から、基本的な考え方といたしまして、患者が発症した場合におけます専門的な医療機関への速やかな搬送体制の確保、2点目は急性期医療を脱した患者が速やかに地域の医療機関へ転院できる仕組みといったものを構築する必要があると。また、3点目といたしましては、在宅等における継続的な診療、服薬、運動等の生活指導といったものが安心してできる生活、そういう環境を築く必要があるかと考えております。

そういう点から、取り組みの方向性といたしましては、急性心筋梗塞につきましては、発症から専門的な医療機関への迅速な搬送体制と同時に、急性期を脱した患者におきましては、一般的な医療機関も参画した患者のケア体制が必要であると考えております。そのもととなりますのが、現在ありますCCU医療機関のネットワークを活用した協議会を中心に検討を進めてはいかかかと考えてございます。

こちらにつきましても、急性心筋梗塞の医療連携体制のモデルとしてここに図示してございます。これまでのCCUネットワークの取り組みで、患者が急性心筋梗塞を発症した場合の搬送体制についてはできてございます。ただ、CCUネットワークにつきましても、こちらは前回も申しましたが、救急搬送ということの主につくられてございます。そういう意味で、CCU医療機関62病院に運ばれた後のことについても新たな体制が必要と考えます。

CCU医療機関におきましては、救急患者の治療を実施いたしまして、容態の安定した患者については、さらに次の医療機関、受け入れ先への紹介などを行っていくような形になります。

また、患者に対しまして退院後の生活に対する総合的な指導・支援をしていきます。これにつきましても、地域連携クリティカルパスによりまして、脳卒中よりはどちらかとい

うと、直接自宅に帰られる患者が多くなるかと思いますが、医療機関などで、その辺の情報につきましても連携体制をとりまして、その上で在宅なり医療機関にかかったときの診療体制をとらなければならないと思います。

そういう意味で、情報の共有化が必要になりますし、地域の医療機関、病院とか診療所には、CCU医療機関から受け入れた患者につきまして、継続的な治療を実施していただく、また患者の定期的な検査についても、そこで持っていただく。それから、在宅におきましては、一般的な生活指導・支援といったものを行っていただく、こういうことが考えられております。

こういうふうにはCCU医療機関から在宅への流れにつきましても、地域連携クリティカルパスによりましてやっていきますが、その記載内容の例ですが、退院後の通院や服薬のスケジュール、あるいはCCU機関での検査・治療などといったもの、あるいは地域の医療機関での定期検査・治療はどういうことを行ったらいいかといったもの、あるいは在宅生活などにおける留意事項などが書かれていればと考えております。

これにつきましても、こういう体制を具体化する考え方といたしまして、下に検討組織を設置してはいかがかと考えてございます。国におきましても、今回4疾病出しましたが、4疾病ごとの検討会、協議会を設けているいろいろな疾病体制について検討すべきであると言っております。

都といたしましては、現在のCCU協議会を活用いたしまして、検討内容に応じまして、新たなメンバーを加えてはどうかと考えてございます。現在のCCU協議会メンバーには、CCU医療機関、東京都医師会、消防庁、私ども福祉保健局が絡んでおりますが、これに新たなメンバーといたしまして、地域の一般病院の代表、服薬も非常に大事になりますので薬剤師会、あるいは歯科医師会、区市町村代表などが入っていただいて御協議いただければいかがかと考えてございます。

実際の検討会におけます取り組み課題でございますが、そういった事項につきましても、CCU医療機関から各地域におけます医療機関への速やかな転院に向けた医療体制を構築していただきたいということ、そういう意味では、CCU医療機関から地域の医療機関への転院を行う際のガイドラインといったものの作成をしてはいかがか、それが1点、また急性心筋梗塞患者を受入可能な医療機関の医療資源あるいは受け入れる意向があるかどうかといった確認が必要かと思っております。また、CCU医療機関を中心といたしました各地域におけます患者の受入可能な医療機関のリストといったものの作成・周知というものも必

要になります。

また、大きな2点目といたしましては、患者に対する地域連携のクリティカルパスを作成いたしまして、患者が安心して地域での在宅医療を受けられるような形をとることが必要かと考えてございます。

急性心筋梗塞につきましては以上でございます。

続けて3番目の糖尿病の医療連携体制について、案を御説明させていただきたいと思えます。

糖尿病におきましては、そこに疾病の特徴を書いておりますが、今、御説明いたしました脳卒中と急性心筋梗塞とはちょっと趣が違っていて、そこにはございますように、糖尿病は発症してから非常に長期にわたって生活習慣を含めた療養体制、治療が必要であるということでございます。そういう意味では、発症化させないのはもちろんですが、発症いたしましても、重症化させないような活動が非常に必要になるかと思えます。

また、2点目といたしましては、糖尿病が重症化した場合の体制についても考えなければなりません。特に、糖尿病ですと合併症が非常に多うございます。目、腎透析、足病変などございます。そういう意味での体制も必要になるかと思えます。

そういうことでの基本的な考え方といたしまして、患者の早期発見、生活習慣の改善を含めた地域における治療の支援体制が非常に重要かと考えます。

糖尿病におきましては、医師だけでなく薬剤師や栄養士の活躍も非常に大きなこととなります。そういうものの医療従事者間の情報の共有化、あるいは診療活動に対するサポート体制を構築していくことが重要かと考えてございます。

それから、3点目といたしまして、患者が重症化した場合、どうしても腎透析が必要になる、あるいは足病変で足を切断しなければならないという場合に、助言をしていただく中核的な専門的な病院との連携体制もとる必要があると考えます。

糖尿病につきましては、医療機関だけではなくて地域全体で見ていく体制が必要かと考えます。そういう面から、取り組みの方向性といたしましては、糖尿病は予防から治療に至るまで多くの医療従事者が関与する疾病でございます。既に各地域でそういう取り組みは多く行われております。区市町村が非常に頑張っていて、取り組みを行っております。都はそういう地域における取り組みを生かしつつ、糖尿病の総合的な医療機能を中心とした医療連携体制を構築していくべきと考えてございます。

そういう意味から申しまして、中段の左に既存の取り組み事例ということで、糖尿病の

予防強化のための取り組み支援を御紹介してございます。糖尿病予防推進医の取り組みということで、東京都医師会がかかりつけ医を対象といたしまして、東京都医師会糖尿病予防推進医の養成ということで、糖尿病に関する予防講習会を行ってございます。これにつきましては、後ほど近藤先生からもいろいろ御教示いただける点があるかと思えますけれども、そういうことによりまして、全体のレベルアップを図っているということが1点。

それから、2点目は東京都糖尿病対策推進会議を設けてございます。こちらにつきましても、東京都医師会が事務局を設けてございます。

真ん中を飛ばして右へ参りますけれども、こちらで各地域における取り組み事例を御紹介しております。1つが、前日も申し上げましたが、NPO法人で西東京臨床糖尿病研究会でございます。こちらは、医師会が医師の活動を中心に行っているのに対し、どちらかといいますと、コメディカルの職員の方が非常に有意義な活動をされているところでございます。そこに3点挙げてございますが、糖尿病の地域医療連携の推進、開業医向けのセミナーなどを行っております。また、地域における糖尿病療養指導士の認定を行いまして、既に600名近い方を認定しております。そういう療養指導士を中心とした研究会を設置しております。また、これは多摩全域にわたっておりますが、そちらの地域内の医院に管理栄養士を紹介して、そちらの医院での栄養指導なども行っております。糖尿病におきましては、薬物療法だけでなく、そういう食事療法とか運動療法とかいろいろな療法がございますので、そういう面での活用、活躍をしていらっしゃるところでございます。

また、前回、私どもの疾病別医療連携のことを御紹介させていただきましたが、区の南部、東部といったところでは、糖尿病の医療連携の検討を行っております。そういったこれまでの動きも活用しながら、いろいろな取り組みをしていくべきかなと考えてございます。区の東部とか南部は住民への啓発といったこともいろいろ行っております。

そういう体制につきまして、各地域でいろいろな取り組みを行っておりますが、これらの取り組みを支援する体制を検討する組織を設置する必要があるかと考えまして、「検討組織の設置・検討課題」と書いたのが真ん中でございます。

全くの仮の名前でございますが、東京都糖尿病医療連携協議会というものを設置する必要があるのではないかと考えさせていただきました。この目的は、東京都全域を視野に置きまして、各地域における糖尿病の専門治療機能を担う医療機関を設定すべきであろうと。結局、重症化した場合におきましての医療機関を地域の中で認定していくべき、設定していくべきと考えます。そこにおきましては、合併症予防の取り組みとか地域の医療連携の

構築の支援などを行うことを目的としてはいかがと考えます。

そういう意味から、こういう会に参加していただく構成メンバーといたしましては、糖尿病の専門治療を行っている医療機関、医師会、薬剤師会、歯科医師会、私ども福祉保健局と考えてございます。

実際の検討事項といたしましては、糖尿病の専門治療の実施可能な医療機関の認定、ガイドラインの作成といったものでございます。また、糖尿病にかかる各地域の既存ネットワークとの連携体制の構築。3点目といたしましては、糖尿病の合併症予防の総合的な取り組みとして、標準的なガイドラインの作成など、こういうことが考えられます。また、地域における糖尿病の医療連携体制の新規構築、すなわち、これまでそういう取り組みがなかなかされていないところに対する支援などを行っていくべきではないかと考えてございます。

これにつきましても、それを具体化する組織といたしまして、下のほうに具体的な医療連携体制のモデルを書いてございます。

左から御説明いたしますと、糖尿病は予防体制が非常に大事でございますが、そういう患者への啓発、罹患の危険性が高い方に対する保健指導、あるいは糖尿病患者の確実な診断など、これらの予防活動はもちろんでございますが、新たに糖尿病治療支援の医療機関を設けるべきであろうと。

そこにおきましては、地域の糖尿病ネットワークとの連携に基づいての重症患者や教育入院が必要な患者の受け入れなどを受け持っていただく。また、地域における糖尿病治療支援医療機関としての病院・診療所との情報の共有化です。糖尿病につきましては、特に治療の中断ということが大きな問題でございます。そういうのをなくさせるために情報を共有化していくことが必要かと思えます。また、技術的な協力も必要でございます。さらに、先ほど申しました地域の医療連携体制の構築がおくれているところにつきましては、支援医療機関が中心となりましてその取り組みを進めていただきたいと考えてございます。

そういう意味で、既存の医療連携体制の取り組み事業を行っているところにつきましては、そちらの動きを技術的に、あるいは情報を共有化することによりまして支援をしていただく、重症患者や教育入院といった患者についての受入体制をとっていただくことが必要かと思えます。

また、下のほうに行きまして、これまでそういう体制がとられていないところにつきましては、そういう取り組みを進めていく中心となっていただくようなことを考えてござい

ます。

糖尿病につきましては、こういう面で、先に申しましたように、非常に広いスパンでの連携体制が必要でございます。予防につきましては、またいろいろなところで述べておりますので、きょうはこの検討組織の設置、東京都糖尿病医療連携協議会のことについて、中心的に御協議いただければと考えてございます。

以上、資料3までの説明でございます。よろしくお願いいたします。

【橋本部会長】 それでは、資料1、2、3を連続して御説明いただきましたが、順番に行きましようか。まず、脳卒中の医療連携体制ということでの資料1についての御質問、御意見とかを伺いたいと思います。

田城委員、どうぞ。

【田城副部長】 田城です。何点かあります。

まず、急性期のところですが、資料1の左下ですが、脳卒中の急性期のところで、急性期治療はt P Aというのが新しいもので、この資料に書いてはいないんですが、MRIによる画像診断というのが、t P Aを投与するメルクマールとしていいと言われていますが、この間、ある勉強会で、どうもCTでもいいんだということになります、CTだけでもt P Aを投与するべきかどうかの判断ができるというお話を聞きましたから、MRIの24時間体制が必須という場合と、CTだけでもいいという場合、この急性期治療に参加できる病院の数が大幅に違ってくるのではないかと思います。それは専門の先生がいらっしゃるんで、それはちょっと後ですが、東京都は医療資源が潤沢ですから、MRIでやってもいいと思いますが、多摩地区とかそれ以外のところもあるので、そういうことを検討されてはいかがでしょうかというのが急性期です。

それから、在宅に帰る部分ですが、2点あります。この資料1の中段のフローチャートですが、実際に病院で退院支援をやってきたことがある人間としては、脳卒中の場合には、基本的に急性期から回復期病院を経由してお家に帰る方が多いのも事実ですが、中には急性期病院から直接在宅とか、回復期から直接在宅ということがありますので、このフローチャートはすごろくみたいにきれいに行くだけではないので、そういう矢印を書いていたければと思います。

それから、地域連携クリティカルパスのことを高く評価して書いていただいているのはありがたいと思いますが、特に脳卒中の場合には、救命救急の急性期、ストロークユニットで行われる医療と、回復期リハビリテーション病院でやられていることと、在宅で介護

保険や家族関係という介護の問題で問題になるということで、メインで働く職種と使われている言葉、指標、メルクマールなるものが全く違うので、急性期から在宅までの一貫通貫的なパスというのは非常に難しい。

全国でいろいろな試みが行われていますが、うまくいっているときはものすごい努力をしていますし、普通に始めたところはなかなか難渋している。国立循環器病センター、医療センターの脳卒中グループが何千というデータを解析したんですが、解析不能になってしまったというお話を聞いたことがありますので、脳卒中はとても大事な病気で、快く連携パスをやるべきというのは当然と思うんですが、実際には難しい。そういう場合には、連携パスのみにこだわるのではなく、介護保険で言われている退院時ケアカンファレンスの励行、これは介護保険分野、ちょっと問題はあるかもしれませんが、後期高齢者医療制度のほうで話題になってくるものなので、例えば書き方としては、退院時ケアカンファレンスの励行を考慮するという書き方をしていただくと、2つのチョイスがある。問題解決型のアプローチであるケアカンファレンスというものと、物事を標準化して、患者や御家族に見やすくするパスという二通りの道があるので、適宜地域、ケース・バイ・ケースで選ばれるというチョイスを提示するのはいかがでしょうか。

退院時ケアカンファレンスになると、大学病院はどうするんだという議論が後で出てくるとは思いますが、例えば東大でも順天堂でも、裏に住んでいる患者もいらっしゃいますから、すべての患者ではないにしても、何十%かの患者においては、退院時ケアカンファレンスを行うことは可能と考えますので、可能な患者のグループに対しては、やっていただく。逆に、退院時ケアカンファレンスを励行することによって、ほんとうの地域で支援される、地域を支える病院というのが、実は200床以下の民間病院が地域を一番支えているということがおのずから浮き彫りになるのではないかという気がします。

最後のところはちょっと余計でした。

【橋本部長】 はい。そのほかにもございますか。

今のは重要かもしれません。クリティカルパスみたいな標準的なものだけではないケースが結構あることがこれまでも観察されている。だからという引っかかるんですが、パスを使ってでもやるのではないですかと私はほんとうは言いたいんだけど、当然、退院時ケアカンファレンス、そこもちゃんと強調、それをやらなくていいような、流れの手順書だけみたいな印象は与えないほうがいいともとれるような気がします。ですから、ケアカンファレンスのやり方みたいなものも含めて、もうちょっと書き込みがあったほう

がいいのかもしれないです。それはここでやるか、それとも協議会ができたようなところで、その中で標準的な方法論みたいなところに書き加えていくことを、ここで忘れないようにという書き方をするかということだろうと思うんです。

どうぞ。

【近藤委員】 近藤でございます。田城先生からお話があった流れの順番でお話します。

まず、CTだけあればいいか。これに関しては岩手医科大学でCTによる初期サインの見方の研修用のCD-ROMがもうインターネット上で配られている。かなり読むのは厳しいです。英語で言うと、「early CT sign」と言って、脳梗塞を起こして1日以上たないとCTでは写らないんだと言われてきたんですが、解像度がどんどん増してきまして、結構、熟練した人を見ると、ここはもしかしたら詰まっているだろうと言い当てる幾つかのサインがわかってきているんです。それでもこれもかなり難しいところがある。

MRIがあるからいいだろうと。MRIもT1、T2、普通の撮り方以外にDiffusion、拡散強調という撮り方で初期の脳梗塞がわかるのですが。しかし、MRIはスイッチを入れ、動かしてから安定するのに時間がかかることと、もう1つは読影、放射線技師の問題です。まず、技師がオンコールでも最低いるかどうか、当直がいれば好ましいんです。読影に関しても、夜中の救急の先生が間違いなく確実に読めて、対応しながら読めるかというと、ここもまた厳しいところがございますので、読影は地方などでもよくやっている遠隔読影みたいな方法も考慮されるべきかと思います。

それから、検討組織の設置・検討課題の中では、東京都だからこそメンバーが多いんですけれども、脳卒中学会の人たち、専門家たち、脳卒中協会は専門員、もしくは住民の団体の方たちが加わってやっておりますが、脳卒中中核病院の先生方がそれぞれ同じようにメンバー構成に入っております。その団体ということ意識しておいたほうがよろしいかと思います。

それから、右に目を移しまして、地域脳卒中医療連携協議会は、地域をもっと小さなエリアに目を移していくと、老人会への働きかけというのは大変大きいものがあるかと思えます。それから、介護サービス事業者も、高齢者の集まるデイサービスをやっているようなところでの啓発講演会は相当浸透度が増しますので、これはそれぞれ協議会が立ち上がれば、そこに投げかける課題かと思えます。

それから、在宅に関してですが、確かに急性期から完全復活、回復を遂げて、歩いて普

通に帰られる方、どこが悪かったんだろうという方、T I Aみたいに1～2日後に戻る方もいらっしゃるし、回復期から帰る方とかさまざまございます。社会復帰も十分あるということがここに書かれていないと、みんな在宅療養支援診療所が望ましい形みたくにも見えてしまう。

それから、その後の予防に関してですが、これはあくまでもリスクファクターの管理です。例えば、脳外科なり脳神経内科で脳卒中後の管理を行う場合に、神経学的な変化というのは、半年なり1年おきぐらいに写真を撮ったり評価で十分かなうんですが、血圧の管理、不整脈の管理、血清脂質の管理、糖尿病の管理、それぞれのリスクファクターをどう落ちつかせていくかということが一番ポイントとなってまいります。

脳卒中は以上です。

【橋本部長】 そのほかに脳卒中で。

はい、どうぞ。

【稲波委員】 患者はどのぐらい発症しているんですか。私、ちゃんとデータを読んでいなかったものですから、すいませんが。

【吉田副参事】 年間での発症でよろしいでしょうか。

【稲波委員】 年間で結構です。

【吉田副参事】 平成17年に消防庁が脳血管疾患で搬送した患者が2万7,000人でございます。

【稲波委員】 そうすると1日に100人弱……。

【近藤委員】 歩いて来られる方を含めてですね。自家用車で来られる方もいますから。

【稲波委員】 先ほど近藤先生がおっしゃったMRIのことで、東京都病院協会では、いろいろな場所で輪番制みたいにして、その日はMRIを夜、当直をして一日じゅう動かしていましよう。ただ、読影は拠点病院に送って、その際、データの大きさは500メガぐらいなんです。そうすると、今、月3万円ぐらい出すと、それを送っても大丈夫な回線に比較的簡単に参加することができるんです。ですので、これは画像を撮って送る側は費用は要らないというか、それでペイするんです。ただ、それを読む拠点病院のほうは、診療報酬上の手当がないので、そこを考えられれば、比較的どこでも、輪番制でやれば、何とかペイしながらできるかなと思います。

【橋本部長】 どうぞ。

【近藤委員】 そうすると、輪番制で撮れる。読むことはできないけれども、拠点病院

で読んでもらえればという病院が、手が挙がってくるということも言えます。

【稲波委員】 ええ、そうです。そこでこの程度の点滴をしてさえいけば大丈夫だといふのであれば、わざわざそこからまた転送しなくても、そこである程度の治療はできてしまう。それは今までよりはずっと早く、新たな資金を投入しなくてもできる可能性が高いかと思います。

【橋本部長】 どうぞ。

【田城副部長】 今、議論になっているのは、tPAを早期に使うところは、ほとんど後遺症を残さず完治します。そういう患者をどうするかという議論が1つで、tPAに該当しない、脳出血の患者等に関しては、そのスーパーアキュートで3時間というクリティカルタイムということを考えなくてもいいので、そういう場合には、ほんとうに地域のそれぞれの病院できちんと従来どおりやっていただいて結構だと思いますし、地域中核とか拠点病院だけではない200床以下の地域に密着している病院できちんと入院治療から在宅への支援をやっていただくということによろしいと思います。今、議論なのは、tPAで完治することができる人たちの、しかもホットタイムをどう乗り越えるかという議論だったかと思います。

それから、さっきのお話をちょっとだけ追加します。資料1の左下の検討事項の5つの中から2番目、「地域における標準的なクリティカルパスの提示」とありますが、これは多分、もしかするとライフコースのことかなと思ってみたんですが、クリティカルパスというのは右に行くべきか、左に行くべきかというのを突き詰めていくと、おのずから1本のパスができる、通り道ができるということがクリティカルパスの意味なので、もしかするとこれは標準的なライフコースを提示するということなのかなと思いました。それはちょっと検討してください。

それから、先ほど橋本部長から退院時ケアカンファレンスの扱い方のお話がありましたが、私とすれば、この中段の急性期には限らないんですが、すべての急性期、回復期、維持期のところから在宅に戻る段階で、地域連携パス・退院時ケアカンファレンスとか、連携パスに関しては、一応、数値目標の設定という文言がありますので、できればそれにあわせて、退院時ケアカンファレンスの実施率を向上するぐらいの文言を入れていただきたいなと思います。

【近藤委員】 もう1つ言い忘れておりました。もう1回大前提に戻ります。脳卒中はあくまでも脳梗塞と脳出血とくも膜下出血、さらには救急隊を呼ぶときに、急性硬膜下血

腫とか慢性硬膜下血腫、外傷に伴うようなもの、打撲して中に出血しているような場合とか、そういうのもすべて含まれていると思います。病名で言うと、脳卒中は脳梗塞と脳出血とくも膜下出血があるんです。だから、脳卒中の医療連携体制というのは、国の提示しているのも脳梗塞ですが、脳出血、くも膜下出血のことに触れておかないといけないかなと思っています。

さらに、地域連携クリティカルパスは、既に倉敷市なり熊本市で動いて、非常に目覚ましい活動がなされておりますが、各地区で、中核病院でパスがつくられると、大変現場が混乱します。脳卒中学会に、全国共通みたいなパスがつかれないものだろうかと、一応、意見は投げかけております。それプラス地域のプラスアルファを考えるといいのではないかなという意見だけ伝えましたけれども、今、待っているところです。

【橋本部会長】 はい、どちらでも。

【吉田副参事】 1つ御参考までに、区中央部で脳卒中の連携を、これまで4年間続けております。そこで今年のテーマが、1つは、区中央部が5区ありまして、t P Aをできるところが13病院ございます。それが365日24時間その体制をとっておりまして、神経内科医も疲弊いたしますので、今年のテーマとしてはその辺が少し連携をとって、輪番制を組もうかということも検討課題の大きな1つになってございます。

それから、もう1つ御紹介なんですが、そこにt P A体制で運ぶまでの体制ということが非常に重要になりますが、今、都内の救急車、さっき2万7,000件と言いましたのは、くも膜下とか虚血性とかすべて含まれたものですが、それが119番にかけてから医療機関に着くまで36分ぐらいと聞いております。これは2万7,000件のデータを調べたところ、それぐらいでございますので、2時間以内には医療機関に着かなければいけないという条件を十分クリアできるだけの搬送体制はあるかなと考えてございます。

【橋本部会長】 どうぞ。

【細川医療政策部長】 先ほどの田城先生の地域における標準的なクリティカルパスの提示のところで、ライフコースとおっしゃったのがちょっとわからなかったので教えていただきたいんですが、私どもここで考えていたのは、地域連携クリティカルパスが、先ほど近藤先生もおっしゃいましたように、各病院で勝手にばらばらつくられても困るし、東京都全域でも、違う医療圏でも当然、患者は帰っていくわけなので、そういう意味では、医療圏だけでつくられても困ると。だから、東京都全域で一定程度標準的な、ここのレベルになったら、今度はこっちに行くんだよみたいな地域連携クリティカルパスのレベルで

の標準的なものをここでつくったらどうかと思っていたので、それとちょっとお話がよくわからなかったので教えてください。

【田城副部長】 ライフコースアプローチという言葉が、それこそ2年前の平成17年ぐらい、今回の医療法の改正とか医療制度改革関連法案をもんでいたのは去年の7月ですから、その前のおととしの10月とかそれ以前に議論されたときの言葉としては、ライフコースアプローチというのがあります。それで結局、そこに書かれる具体的なフローチャートは同じものだと思います。それをライフコースと呼ぶのか、標準的な連携クリティカルパスですと言うかという呼び方の違いではないかなと思います。ただ、コンセプトとかそこに行き着くまでの考え方が、もしかすると若干違うかなと思いますが、ライフコースアプローチというのがそもそも平成17年度ぐらいの議論にあって、それを踏まえて地域でネットワークを提示しましょう、それが地域医療計画の目玉にしましょうという流れですので、典型的なライフコース、発症して救急車で担ぎ込まれて、脳梗塞の場合、脳内出血の場合、くも膜下出血の場合でストロークユニットでこんなことがあって回復して、できればほんとは、脳出血もそうですか、第二病院とか、早期にリハビリを始めて、大体標準的にはリハビリは90日ぐらいでプラトーに達して、それから、その障害の程度に応じていろいろなところに行きますというのを提示するのをライフコースと言います。結局、それをつくっていくと、その結果が標準的な連携クリティカルパスというものになるわけで、考え方の違いかなと。

【細川医療政策部長】 内容的にはあまり違ってないんですね。

【田城副部長】 ただ、標準的なライフコースというものが、日本じゅうどこでも、日本に住んでいる人が、こういう病気になった場合には、大体典型的にはこういうコースを歩んでいきますというのがライフコースアプローチということで、それを医療機関の側で考えれば、連携パスということになるかと思います。

【橋本部長】 何か随分大げさな言い方ですよ。昔、ナチュラルヒストリー・オブ・ディゼーズという言い方の、そこにどう治療がかかわってくるかだけの話ですね。

どうぞ。

【飯山委員】 残りの疾病に関しても同じようなことを聞きたいんですが、ここに書かれていること、拝見するとこういうものだなと思うんですが、この中で現実問題として、どこが一番問題があって、そこを解決しないと次が動かないよというところがどこら辺にあるのかということをお聞きしたいなと思うんですが、一番重点的に取り組まなければい

けない部分というのは、どこら辺かという認識があったら教えていただきたいんです。

【吉田副参事】 脳卒中に関しましては、一昨年にt P Aが認められまして、間違いなくいい薬なので、早く運ばばいいと。そのときもいろいろ議論はあったんですけども、それをやるためには、搬送体制を、どう協力体制に持っていくかというのは非常に重要になります。これは心筋梗塞も同じでございます。CCUネットワークをつくっておりますが、なかなかそこでも難しい問題があると聞いております。まず適切な医療機関にどう運ぶか、適切な医療機関がどこだということと同時に、どうやってそこに短時間で運ぶかということが非常に重要なことと思っております。

【飯山委員】 その適切な医療機関の選定の問題ですが、実際には救急の方が運ぶんだらうと思うんですが、少し前には適切な医療機関になかなかめぐり会えずに、あちこちたらい回しされて、結局、時間切れになってしまったという話もあるわけですが、現状ではどうなんでしょうか。

【橋本部会長】 さっき時間は御報告がありましたよね。

【吉田副参事】 やはりいろいろ問題があるかと思います。逆に、東京は場合によっては医療機関が多過ぎると。医療政策部長も申したことがあるんですが、私のところは断っても大丈夫だらうということが結構あるかに聞いております。そういう意味では、CCUネットワークなんかもそうなんですが、エリアできちんと責任体制を持って、逆にそういう面からも輪番体制などを敷いて、その日は確実にこの病院が受け持つていくんだという体制をとっていくことが、1つの手法かと思っております。

【飯山委員】 仮にそのような体制をとるとしまして、それぞれの医療機関で固有の事情があると思うんです。一番大きいのは財政的な問題ではないかなということが考えられるんです。というのは、仮に患者がいなくても体制をとるとなると、空でもベッドを持っていなければいけない、必要な先生にすぐ来ていただくような体制をとっておかなければいけない、そういった場合の財政的な裏づけのところは、行政としてどういうふうに考えられるんでしょうか。

【吉田副参事】 非常に言いにくいところがございまして、この計画もいろいろ書いた後で、やりながら財政当局と調整していかなければならない問題がございます。そういう意味で、確かに答えにくいんですが……。

【吉井参事】 妙策があるわけではないんですが、もう1つのCCUだとか、救急の体制を構築するというので、消防体制で医者確保だとかベッドの確保という形で、通常の

救急医療体制の体制確保というのはやっております。ある意味、CCUなんかは六十幾つの病院がこうやって、お互いが連携をとりながらという意味で、どちらかというところ、こちらが診療体制の確保という委託的な形ではない方式で、そういう体制ができていくということだと、マネジメントみたいなところで、ライフコースアプローチなのか、クリティカルパスなのかというのはありますが、そうした標準的な目安と、あとは最後のところで、マネジメントとしてどうつなげていくかみたいなところを工夫している、それがまず基本ではないかと。それが全く緊急的に確保できていないことであるとするならば、ただ体制を構築するという話になってくるんだろうと思います。まずは持てる機能をうまくつなぎ合わせてやっていく仕組みづくりかな、それは財政をメインにしなくても勝手に思っているんです。

【飯山委員】 それはちょっと置いておくことにしまして、先ほど2万7,000人という数字が出たわけですが、そういう既存のデータから類推していったら、最低限、これだけのものは用意しておかなければいけないというものは出てくると思うんです。そこら辺をどう確保するかというのは少し踏み込んで議論できればいいのかなという気がするんですが。

【吉田副参事】 ありがとうございます。実際、その辺は区の中央部などの協議会の中でも問題になりまして、例えば、圏域内全てのt-PA適応患者に対応する為には、どれだけの空ベッドを確保する必要があるのか、その辺のことまで考えて体制を組むということ聞いております。それ自身の検討は、こちらの検討会を設けましたところで御議論いただければと思っております。

【田中委員】 田中と申します。

この脳卒中の医療連携体制モデルの下での急性期の中で、脳卒中専門病棟を有する医療機関というのは、CCUの医療機関というようなことも含まれているんじゃないかと思うんです。それで、あの広い西多摩医療圏でこのCCUの医療機関としたら、1カ所なんです。この1カ所というのが、ここで議論するべきものではないかもしれないんですが、医師の体制がそろっていないので、こういうCCUの医療機関になれないということもあろうかと思うんです。それで、できれば医師の確保について東京都の支援をいただいて、医師を確保して、CCUの医療機関を増やしてはいいかなものかと思うんです。というのは、私の瑞穂町でも、福生病院という2市1町で構成している公立の病院があるんです。こういったところも現在、医師の確保ということでは大変苦慮しています。そういったことから

も、東京都から医師の確保についての支援をいただいて、医師を確保した上でCCUの医療機関として、医療機関を増やしてはどうかと思うんですが、いかがでしょうか。

【細川医療政策部長】 医師不足問題については、東京でさえ小児・産科をはじめ、島等の僻地とかありまして、この間、医療対策協議会をようやく東京都も始めて、検討を始めたところです。そういう中で医者数の絶対数の問題とかもあるんですが、何とか支援の体制は組めないだろうかということは考えておりますが、各医療圏ごとにこの体制をとるときに一番のネックに医者の体制がなるのであれば、そこについては、その医療圏として、都を含めて考えていかなければいけないだろうと思っています。問題意識の中には当然、持っております。

【橋本部会長】 その件に関して何かありますか。全国的な言い方の中では、派遣の法律を緩和して、東京都の話ではないですが、例えば国立病院が地方の僻地の病院に医師を派遣できるということが進むようですが、似たようなことを都の公病院でやる可能性はあります。東京都の都立病院の中でそれを派遣して、薄いところにある機能を充足していくというやり方は多少できるようになるかなとは思いますが。いろいろな障害はあるにしても、方法論として多少あるかもしれないです。だから、完全にそっちの雇用にするのではなくて、ある一定期間、そっち側の機能をそこにサテライトみたいな形で持っていくことはあり得ます。

どうぞ。

【稲波委員】 先ほど田中さん、公的病院とおっしゃいました。

【田中委員】 はい、公立病院です。

【稲波委員】 そうですね。公立病院と私的な病院の差は何ですか。それは与える機能として差がありますか。それから、先ほど適切な医療機関とおっしゃったんですが、それは初めに概念があって、その適切な医療機関を最初に決めてしまっただけで変わらないというか、意識はもっと広がって、可能性は広がるので、そういう固定概念に振り回されては少しまずい場合があり得るかなという気がいたします。

【田中委員】 私が話しました公立病院は、民間の病院との差といったことで話したことではなくて、町のほうでも公立病院の組織長であるということから、公立病院を活用してはどうでしょうかという意味で話させていただいたんですが。

【稲波委員】 お聞きしたときに、公的病院というものが経済的に成り立たないところに機能を提供しているということでお話しになったのかなと思うんですが、公と民の既成

概念にとらわれないでいただきたいなと私は思います。

【橋本部長】　そこを掘ってもしようがないような気がするんです。やれるところがやればよいという話でしょう。

【稲波委員】　いや、機能によって考えるべきだと。

【田城副部長】　今回の医療法の第5次改正では、医療法人制度の改革等もありますし、公立病院だけではなくて、公的病院に対して都道府県知事がかなり介入することができますし、それは特定機能病院に対してもそうですし、医療法人も何種類かできて、民間でやっている医療法人であっても、公的な存在で責務があって、政策医療の一部も担うところがありますから、その病院の経営母体が何ということとは全く関係なく、やるべきところが持てる力でやるということが医療法の改正の骨子なので、その議論はもうこれでいいんではないかなと思います。

【橋本部長】　ただ、地域の事情によってどこにやったらいいとか、やりやすいかという議論は現実の問題としてあります。

では、どうぞ。

【栗野委員】　実は、うちの主人が去年、10月くらいですが、ゴルフの帰りに脳出血で倒れまして、ほんとうに真ん中に書いてあるように、普通のかかりつけのお医者様のところに行って、すぐに救急車である大学病院に向かい何分、何分という感じで救急車の方がずっと血圧をはかり、その間に血圧が230くらいありましたが、病院まで40分くらいで着きました。そして、すぐ先生がおっしゃったようないろいろな処置、検査をして、小さい脳出血だから大丈夫だということで、いろいろ地域医療連携のこういうふうにしてこういう治療をするんだよというパスを教えていただいて、そして、回復期に入りました。10日くらいでした。

そして、10日後もとの開業医に戻り、そちらで病院の治療を含めまして薬をいろいろ考えたわけです。そして、病院の中の薬とかなりまたそこで変えました。体に何か残るといことは全くなかったんですが、薬の副作用なのか脳出血の後遺症からきているものかわかりませんが、体に違和感があって、開業医と大学病院の先生との話で薬をいろいろ変えたわけです。そこまでは普通だと思うんですが、医療連携の中で私が思ったのは、回復してきたときに、患者さんは薬をたくさん服薬していて、その中で副作用がいろいろ出てくるということで、先生方に聞きましたら、それが一番問題なのだという話なんです。先生によっては使う薬が全く違うので、その副作用の部分をどういうふうに持っていったら

いいかということをしごく考えるというわけです。患者さんは倒れたりすると、精神的にしごくストレスが出たりして、いろいろな薬の中身が気になってしまいます。また毎日、患者さんは血圧をはかっているわけですが、朝昼晩はかりなさいと言われ、それを今度、薬局に持ってきて、これでいいのかどうかということを知りたいわけです。

大体、病院の中で、全体の患者数量からして3対7ぐらいの割合で薬を飲んでいる方が多いんです。服薬しながら自分の体を考え、薬局にも行きながら、病院にも行きながら、そこで納得できる話もできず悶々としている患者さんがとても多いんです。

私の言い方がちょっとまずいかかもしれませんが、脳卒中も心筋梗塞もすべてそうなんです。最後の維持期、回復期、在宅というところでは薬局のかかわるところがものすごく多いと思うんです。薬局でだめだなと思ったときには、病院の先生にちゃんと情報を与えるという部分がすごくあると思うんですが、この資料内容だけ見てみますと、薬を提供するという中で、あまり細かいことに触れていない、ドクターの先生方がおっしゃったことは私はあまり理解をしていないかもしれませんが、薬局に来られる患者さんの部分では多く理解しているつもりなので、薬の供給というところに供給だけではないというところにもう少し視点を当てていただきたいなと思います。

そして、患者は先生のところに行って言うことと、薬局のほうに来て言うことと、とても違うということを知っていただきたいなと思うんです。回復期というのは、維持期も含めてまたもとに戻らないようにしてあげるのが、私どもの役目だと思っていますので、医薬品の供給と患者に対するケアというものの具体的な部分をもうちょっと薬局をとおして書いていただいたらいいなと思います。実際に経験しましたので、言い方は変ですが、そんなふうに考えます。

【橋本部長】 ありがとうございます。御意見ということでよろしいですか。

【栗野委員】 はい。

【橋本部長】 では、どうぞ。

【高野委員】 この脳卒中の医療連携体制というのを、私は歯科医師会なので歯科医として見させていただきますと、かかりつけ歯科医ということで、訪問歯科診療という縛りの中でも、在宅に関して、歯科は出向している先生がいらっしゃいます。維持期、回復期、病院に出向いて、歯科衛生士を連れ立ってリハビリを含めて早期から関与している場合もありますし、急性期まで行くという積極的に病院にも参加している地区の歯科医師会の先生がいらっしゃいます。

そういう中で、地域の脳卒中医療連携協議会の中に各地区歯科医師会が入っているのは非常にいいことなのですが、逆に言うと、これについては各地域においてということで、それぞれに切れ目のないことになっているんです。確かに先ほどからのお話のように、脳卒中の場合には発症して急性期病院に送るといった一番の課題があるということで、それで東京都全体を視野にしての東京都脳卒中医療連携協議会は、その目的をそれで固めてありますが、逆に言うと、それが過ぎてから、東京都全体における回復期、維持期、在宅の切れ目のない医療を検討するのがないんです。そうすると、この東京都脳卒中医療連携の第1の目的プラス東京都全体において「回復期、維持期、さらに在宅医療まで切れ目のない医療・介護サービスを提供可能な仕組みを構築する」のは、この東京都脳卒中医療連携協議会でなければいけないのではないかなと思ったので、可能ならば、薬剤師会とか歯科医師会をメンバー、またはオブザーバーに入れていただければと思いましたので、検討いただければと思いました。

【橋本部長】 そうですね。それはそういう検討をしていただくということで、地域でのフィードバックをちゃんとできる体制にしましょうということだろうと思います。

すいません、時間の管理が難しくなってきた、資料2と3でそろそろ終わらなければいけないんですが、比較的脳卒中は楽かなと思ったらそうでもなくて。では、糖尿病は結構いろいろあるなという感じが実はしているんですが、心筋梗塞から行きましょう。いかがでしょうか。

【田城副部長】 すいません、先に退室するのでいいですか。

【橋本部長】 糖尿病も言っちゃっていいですよ。

【田城副部長】 言っちゃいます。でも、私はあまり言うことはなくて、1つは資料2の急性心筋梗塞ですが、CCU医療機関から地域の医療機関というところがあるんですが、その間に心臓リハビリ、つまり脳卒中の場合には回復期でリハビリというのがありますが、実は心臓にも心臓リハビリというのがあって、あまり数的には普及していないんですが、適切にやると、先ほど薬のお話がありましたが、内服する薬を減らすことができるとか、外国のデータですが、薬物治療に匹敵するぐらいの効果を出すことができるという報告もあるので、一応、小さな四角でいいですから心臓リハビリと。

心臓リハビリは、数は少ないですが、確実にあるので、心臓リハビリの拠点医療機関に今度は周辺の医療機関から習いに来るということをして普及していくというステップを踏むと思いますので、心臓リハビリ、心臓リハビリ拠点医療機関ということを入れていただ

けるとよろしいかなと思います。

それからあと、糖尿病をあわせてあと2点ですが、1つは同じ資料2の真ん中の段の右側ですが、吹き出しの四角で退院後における定期的な治療・検査なんです、先ほど資料1の脳卒中のところでも、近藤委員から脳卒中でもリスクファクターの管理が大事だと。これは血圧の管理や不整脈、脂質の管理ということで、ここはかかりつけ医に担っていただくべき機能と思いますし、心臓においても全く同様です。さらにそれは服薬管理ということになります。服薬管理は若干脱線するんですが、DPCの病院では、院内処方しないで持参薬ということになりますので、DPC病院に入った時点で薬剤師が今までの処方の調整をして、持参薬を調整して、それを連携パスに乗せて地域全体で、さすがに銘柄指定はしないまでも、特に睡眠薬のたぐいをちゃんと調整して一元化するというのが、本来の連携パスということになりますので、そういう点では、薬剤師会の代表の方の御懸念は解消できるのではないかと思います。

次に、ついでに糖尿病のことを言って、もうすぐ時間なので私は退席いたしますが、糖尿病に関して1点だけ御指摘というか、御考慮をお願いしたいのは、特定健診、特定保健指導の件です。これは別の法律、健康保険法の改正と高齢者の医療の確保に関する法律ではありますが、特に国保の被保険者の方々に特定健診をきちんとやると、ここ数年の間に、糖尿病の予備軍、メタボリックの予備軍ではなくて発症している人たちをかなりの数、見つけるのではないかという気がします。地域の特に医師会の先生方に御協力していただいて、なるべく病院の専門外来に集中させることなく、医師会の先生や東京都病院協会のような地域の200床以下の病院にうまく国保の方を散らしていただくと。なるべく大学病院の専門外来に集中させないような。特に国保の特定健診の場合には、多分、地区医師会が一手に引き受けるだろうと思いますので、その流れにすんなりと乗せて、発見した、既に病気になっている有病者の方々をうまく取り込むということも、5年計画ですから、平成20年、21年、22年、23年ぐらいまでにはそういうことも十分想定できるので、書き方は難しいんですが、特定健診等で新規に発見された有病者について、地域全体で治療を導入する、難しい人や教育入院に関して病院を活用するというような流れを書かれておいたほうが。というのは、たくさん患者が発見されて、一気に専門病院志向になると、それはそれでいろいろ破綻とか混乱が起きるのではないかと。それから、地域の医師会の方がせっかく見つけていただいたので、そこでなるべく治療していただければいいかなと思います。

【橋本部長】 ありがとうございます。

ちょっと、糖尿病の今の御意見は受けとめさせていただいて、急性心筋梗塞から行きたいと思います。そのほかのこれについての御意見はありますでしょうか。

田城さんからは、心臓リハのことを明示しておいたほうがいいたろうということで、拠点という字を入れるかどうかは微妙なところのような気がしますけれども、その指摘がございました。

どうぞ。

【近藤委員】 気づいた点を幾つか。

まず、資料2の急性心筋梗塞ですが、CCUネットワークは30年近い歴史がありますが、地域のかかりつけ医からすると、知らないまま活用されていた医療機関も結構あるかと思っています。というのも、119番を回した時点でCCUネットが動いていると思っていただければいいと思うんです。これはかかりつけ医のところで心電図異常があった胸痛の発作の人がいるから119番を鳴らす場合、自宅の場合はどこでもそうなんです。今後、医療連携体制を整えていくとなると、かかりつけ医に改めてCCUネットワークがこうやって活動してきたんだ、またその存在を知っていただくということはきちんと改めてし直したほうがよろしいかなと思います。

それから、心筋梗塞を診れるんだけど、CCUネットワークには属していないところがどうなのかなというのをまた知っておかなくてはいけない。さらに、CCUネットワークで対応されていなかった患者たちは、どのぐらいいるのか、一方では知っておく必要はあるかと思っています。その致命率であるとかは、これはちょっと難しいかもしれませんが、CCUネットワークの方々も知りたいところかと思っています。

また、田城委員からお話があったように、在宅に戻るとリスクファクター管理が徹底されてこよう。1番手は食事、喫煙というのがもう1回改めて見直されるようになります。

以上です。

【橋本部長】 ありがとうございます。

そのほかいかがですか。大体、形がある程度できているものですので、そんなにかかと。ただ、CCUネットワークしかないのというか、逆にCCUネットワークでしか動かないの問題は整理しておいたほうがいいかもしれないです。近藤先生がおっしゃったように、CCUネットワークに入っていないけれども、ちゃんとやっているところとか、その部分の救命率とか何とかというのはどうか。

大どころは入っているんですか。CCUネットワークには大体入っていると切り切っちゃっていいほど入っていると。

【田城副部長】 多分そう思います。基本的に地方のほうは、多摩地区の西多摩はわからないですが、北多摩、南多摩は大丈夫のような気がするんです。

【吉井参事】 今、近藤先生がおっしゃったようなところがありますので、そこら辺は調べて。

【橋本部長】 大どころが入っているんだったら、排他的なネットワークでも何でもないんだから、入ってもらえばいいだけの話ですね。

【細川医療政策部長】 入っていただければいいと思います。

【吉井参事】 そういう話でいいかと。

【田城副部長】 最近、南多摩北部から、多摩の府中市あたりの循環器専門病院にもかかわっていることがあるので、若干事情を知っていますが、その二次医療圏は6つの病院でしたか、地域では極めて妥当な病院が6カ所で、とにかく胸が痛い、胸が苦しいと言って救急車に乗るとどこかに行くということにはなっています。ただ、逆に吉田副参事から御指摘があるように、トップ2とかトップ3と思われるようなところで、今は忙しいからとか2人目の患者だからとってお互いに押しつけ合いも若干起きて、あのときのあの患者の対応はどうかということ、じかに私もこの目で見る機会がありまして、若干、不規則発言的ですが、中途半端に数があると、責任感が薄まってしまって、うちで断ってもいいだろうということがあるので、CCUとか脳卒中とか専門病院に手を挙げたところは絶対に断らないとかという念書をとるぐらいの、それを熊本市民病院の橋本先生たちは言っています。ストロークユニットと言っている限りは断らないようにベッドを回しているという努力をしているというのがあって、現実問題、とても難しいのは私もわかっていますけれども。

そういう区中央部の大学病院が4,000床ある地域でさえそういう事態なので、つまり何を言いたいかというと、こういうネットのメンバーとして手を挙げているところは、できれば満床だからという理由で断っていただきたくないなということ、病院で事情が違いますし、難しいんですが、ある程度担保していただきたいなと思います。

【橋本部長】 だから、みんなが同じように義務感を一様に持っているとか押しつけ合うので、多少、日によった濃淡をつけるとか、そういう工夫でやっていくと。先ほどちょっとおっしゃいましたが、そのようなことかなとは思いますが、それはそれで工夫ができ

るでしょうと思います。

では、糖尿病のほうに行きたいと思います。糖尿病のほうで御意見をどうぞ。
どうぞ。

【近藤委員】 先ほど吉田副参事からお話がありました東京都医師会の糖尿病予防推進医の取り組みですが、日本糖尿病対策推進会議、日本医師会と日本糖尿病学会と日本糖尿病協会の3者の連携の協議会が持たれました。その中で糖尿病の診療のガイドラインはできて、さらに「治療のエッセンス」という非常にわかりやすいパンフレットができたのですが、その活用が非常に弱い、少ないんじゃないか。「日本医師会雑誌」に挟み込まれましたが、それを皆で抄読会みたいな形で読みこなして、これまでもかかりつけ医がずっと糖尿病診療を地域の中でやってこられたんだけど、新しい情報はこうなんだと改めて学び直してみましよう。

それから、お互いに診療のコツみたいなものを話し合えればという、紹介するような講習会をつくったのが、この東京都医師会糖尿病予防推進医講習会です。福内課長にも参画していただきまして、この間の日曜日にも160名ぐらい、これで2回行いましたが、あわせて300名以上の地域のかかりつけ医の方が参加されて、もう1回学び直すということをやっております。

それと、東京都糖尿病対策推進会議は、日本糖尿病対策推進会議のを受けて立ち上げましたけれども、東京都では、学会、協会を含めた3者に加えて福祉保健局に加わっていただいております。健康づくり応援団があるから、意識しまして、そことリンクさせていこうと。それぞれ特に、東京は日本糖尿病学会関東甲信越支部も、東京都糖尿病協会、各地区医師会、東京都医師会もかなり糖尿病に対する取り組みは、区民啓発、市民啓発からさまざまな取り組みが行われておりますが、それぞれの取り組みをお互いに結構知らないところがあるだろうと。それを紹介し合って、一緒にできるところは連携していくということをこれからも計画していこうと思っています。

気づいた点ですが、NPO法人西東京臨床糖尿病研究会は が3つ並んでいて、真ん中に地域における糖尿病療養指導士の認定、これは糖尿病療養指導士の団体の認定講習をつかさどっている部分があるかと思います。もともと看護職、管理栄養士などが1,000時間以上の糖尿病患者への取り組みの実績があるところをさらに講習を受けて、認定を受けていくという大変な職種になろうかと思いますが、これから地域での働きがさらに進んでくればと思っています。

それから、糖尿病を一言で言いましても、みんながみんな肥満からくるメタボリックシンドローム型糖尿病ではありません。メタボリックシンドロームは意識しなくてはいいませんが、そのうちメタボリックシンドロームからくる糖尿病は糖尿病の半分です。それから、糖尿病患者全体のうちの医療機関にかかっている割合はおおよそ半分です。中断するか一度もかかったことがない人は、全国で言うと370万人以上いるだろうと。一方では、子供のころから起きている型糖尿病、また劇症発症型、例えばかぜを契機に膵臓の機能がやられて突然発症するインスリン依存型の糖尿病などもございます。一方では、子供のころからの生活習慣で、ずっと肥満でいく場合とかさまざまございますので、いろいろな糖尿病の方がいるんだということは常に意識していきたいと思います。

さらに、下の糖尿病治療支援医療機関にかかわってでございますが、糖尿病というと、いろいろな糖尿病がある中で、一番簡単にはインスリン治療を必要とする人、必要としない人、それから、合併症がどれくらいあるかによってどこまでだったら連携できるか、その奥行き、深さがそれぞれ医療機関でどこまでできるというのは持っていると思います。それは今後の医療機能情報とかかわりが出てこようかなと思います。

それから、資料1、2、3を通してですが、合併症をたくさん抱えた方々が手を挙げているからといって、スムーズにそこに行けるかという問題は出てこようかなと思っております。これは超高齢者の場合とか、いつも課題として残ろうかと、すべてに共通して思ったポイントでございます。

【橋本部長】 御意見ということでよろしいですか。

【近藤委員】 はい。

【橋本部長】 疾患別の連携体制というのはしっかりしているんだけど、一人が違う病気にかかっている、全部違うかということそんなことはないわけですから、どこかで人は2つに分けられないので、乗り入れの問題とか、もうちょっと複合した問題とかというのは、整理すればいいんだろうと思いますけれども、必要になってくると思います。

糖尿病はいいですか、ほかの方は。

どうぞ。

【栗野委員】 真ん中のモデルのところ、糖尿病だけ連携、支援というのがあって、その後の一般的な糖尿病と言われる方の通院とか薬のこととかが全然ないんですけれども、これは維持期というのは考えていないんですか。ではないですよ、考えてますよね。

【橋本部長】 そんなことはないですね、全部維持期みたいなもので。

【栗野委員】 糖尿病はそういうことになると思うんですけども、そういうことは…
…。

【吉田副参事】 逆にまさにそちらのほうが大事で、ちょっと表のつくりのところで落ちてしまっておりまして、申しわけございません。

【栗野委員】 多分、そこがこれからの課題だと思うんです。今年からだと思うんですが、私ども薬局のほうも高度管理医療機器とか、そういう免許も取りまして、そういうチェックをするということも予防としてやっていますので、そののところがちゃんと入れていただいたほうがいいかなと思います。

以上です。

【橋本部長】 はい、どうぞ。

【細川医療政策部長】 維持期というか慢性的な状態の管理なり、治療なりが非常に重要で、それは非常に身近な地域でやっていただかなければいけないので、まさにかかりつけ医、開業医、かかりつけの薬局が主体になって。ただ、先ほどから出ていますような合併症が重くなった場合とか、もっと詳しい検査や教育入院というときに、そこをバックアップしてくださる支援医療機関をつくっていったらどうか、こっちが新しいものですから、つい大きくなってしまったんだと思います。

【栗野委員】 わかりました。

【橋本部長】 田城さんから特定健診事業の中での国保の部分についての出てきたときの散らし方の問題が出てきました。そこは先の話かなという気がします。

どうぞ。

【飯山委員】 田城先生は国保の被保険者のことをおっしゃっていましたが、健康保険の被扶養者の方、具体的な数字はうる覚えなので申し上げますが、実は政管健保の被扶養者の検診率は非常に低いですし、健康保険組合もかなり低いわけです。この被扶養者の方々がほんとうに特定健診を全部受けてくると、相当の数が出てくるんじゃないかなと思うわけなんです。そこから後は近藤先生に振ってしましますが、すいません。

【近藤委員】 大ざっぱな人数で、政管健保の被扶養者が参酌標準を超えるパーセンテージで検診を受けた場合、政管健保だけであと100万人検診を受けます。ただし、その方たちがどこに住所地があるかというのもまた把握し切れないところがございます。それから、一般の健保組合の家族、主婦検診で受けている場合、もしくは人間ドックの償還払い、一部お金を補てんしますというのは、正確なデータはないと思います。

【飯山委員】 それと、公的な健康診断を受けている方のほかに、公的検診は受けていないけれども、実は私的に人間ドックとか、また別の格好で受けているという方はかなりいるんじゃないかという気がするんです。そういう方のデータは実は行政にしる、我々保険者にしるありませんので、実態がわからないところがあるので、そこら辺をうまく調査ができないかなという気はするんですけれども、多分、難しいでしょうね。

【細川医療政策部長】 私は田城先生がおっしゃるのと逆で、国保の方についてはあまり心配していません。今までどおりある意味、市町村がやっていたのが国保という保険者に移るところで、地元の医師会の先生方に診ていただいて、そこで発見されれば、そこでフォローされることが多いんだろうなということで。ただ、今出てきたような私的に受けていらっしゃる方、健保の扶養者の方たちについては、今後大きな需要として出てくるし、それがどこでどうされるか、どういう検診がされるか、それをどうつないでいくかというのは、今のところ全く出てきていません。ただ、データとしては、健康推進課のほうでとっていると思うんですが、対象人口率の調査というのをやっています、今年1年ですか、どこで検診を受けたかとかというのは全部調査をしていますので、そこで一定程度の割合とかは出てくるとは思います。

【福内健康推進課長】 健康推進課長の福内と申します。

今の都民の方たちがどこでどのような検診を受けているかということについては、平成17年度に、東京都で3,000名を対象とした調査を実施しております。ただ、基本健康診査について同等の検査を、例えば職場健診で受けている、もしくは医療機関で健診相当の検査を受けている等の聞き方ですので、その医療機関で健診相当の行為を受けているところが非常にあいまいということがあって、そういう意味では、もう少し正確な職場健診で何%、人間ドックで何%といったところの数値まで出せるような状況の調査にはなっていないというのが現状でございます。

【橋本部会長】 ありがとうございます。

どうぞ。

【田中委員】 人間ドックなんですけれども、私どもの町で昨年、18年度まで人間ドックの一部助成を行っていたんです。うちの瑞穂町なんです、定員を200名で実施していたんですが、定員以上、キャンセル待ちまで出ておりますので、この人間ドックの利用はかなり多いのではないかなというふうには感じます。

【橋本部会長】 何かそんなすばらしく精度の高い数字を出す必要はないので、わりに

データのある世界ですので、大体の予想はつくと思います。

私がちょっと心配しているのが、全国的な見方をすると、歴史的にも糖尿病の治療は結構レベルがばらばらですよね。そこは母集団が、受ける患者がすごく多くなってきて、それに手当てをしなければいけないときに、逆に治療のレベルがばらばらであることのほうが結構問題で、ですから、さっき近藤先生がおっしゃってくれた東京都の糖尿病対策推進会議の活動というのは、こういう連携体制の中で、おそらく提供する医療のほうも質を上げていくということの契機に至る仕掛けをつくりたいなと思っています。あとはコメディカルの方が参加して、むしろ生活という観点から支えていくような仕掛けをつくっていくことの連携体制をつくることによって、そういうものが育っていくということのほうが大事なかなと思います。そういうことをしっかり書いていただければなと思います。

すいません、既にもう30分おくらせていますが、やりましょう。

どうぞ。

【飯山委員】 患者の数から言えば、前の脳卒中とか心筋梗塞に比べてはるかに多いわけです。それで予後の状態になったときに、レベルを維持していくためにどういう手当てをするかというときにも絶対必要なマンパワーが要るわけだと思うんです。特に職種でいえば保健師と管理栄養士だと思うんですが、これの確保について保健医療計画で一定程度踏み込むのか、それは別の問題だとするのか、そこら辺はどうなんでしょうか。

【橋本部会長】 どうでしょうね。

【吉井参事】 確かに、そういう意味で人材の確保ということと、医療連携体制を構築して糖尿病に対応していくというところで、ニーズも含めてどう対応していくかということはある程度絞りつつ、必要性みたいなものを書いていくということだろうと思うんですが、今現在のところ、どうするかという形のものまではまだ十分持っていないというのが現状です。すいません、答えになっていなくて申しわけないんですが。

【橋本部会長】 では、御検討をよろしく。急性期の看護師も足りないと言っているくらいですから、どうしましょうか。

【細川医療政策部長】 栄養士については、医療費で管理栄養士の個別指導は出ます。ただ、開業医が管理栄養士を雇えるかということ、なかなか雇えないんだろうと思います。地域で潜在化している栄養士もいますので、そういった方たちを組織化してつなげていくということを保健所レベルでやっているところもあります。ですから、そういう地域の中に潜在化している人材を結びつける役割を保健所なり区市町村なりで少し取り組めるよう

な形も、この地域における連携体制の中で考えられないかなとは思いますが。

【橋本部長】 どうぞ。

【近藤委員】 東京都栄養士会が3,500名ぐらい会員がいて、そのうちの1,500人が管理栄養士たちであると。地域のことをとらえて、組織として対応していきたいというお話が出てきていますので、今、東京都医師会と打ち合わせを行っております。また、日本医師会からも連携を進めてほしいというアドバイスもいただいておりますので、今後また検討していきます。検討していくというか、もうほとんど具体的に。栄養士の活動は、一般の診療の中でももちろんあるんですが、もう1つは介護の中でも訪問栄養指導がございますし、啓発の国民運動の中でも役割はあろうし、さまざまかわっていただければなと思っているんです。

【橋本部長】 そうですね。今、潜在化している栄養士は多そうですね。多分、看護師より多いかもしれないですね。ただ、今、医療のほうでやっていますが、福祉のほうの世界へ行くと包括支援センターができて、そこに看護師を入れるだの、保健師を入れるだの、そこで高齢者の健康のこと、介護の予防という観点から見えていきなさいというつくり込みがあって、片側でこういうもうちょっと違った世界でということ、また急性期があって、なかなか人材が逼迫していく状況はあります。だから、近藤先生がおっしゃってくださったのはとてもいいアイデアかなと。東京都はわりにそういう意味では恵まれています。きっと潜在している量も多いんだろうと思います。今、ここで解決はできませんけれども、可能性のベクトルを出していくということは大事かなと思います。

はい、どうぞ。

【高野委員】 糖尿病と歯周病というのはかかわりがかなりわかってきた中で、糖尿病の患者の歯周病を抗菌剤を使いながら治療すると、血糖のコントロールがしやすくなるという例もありまして、糖尿病の専門の先生からも眼科だけではなくて、歯科医にも対診をするべきではないかというお話が出てきている中で、その辺をうまく書き込んでいただければと思いますので、よろしく願いいたします。

【橋本部長】 とても大事ですね。それから、私の意見ですが、栄養士なら栄養士、看護師なら看護師、薬剤師なら薬剤師、歯科医は歯科医とか医師なら医師とか縦割りではなくて、もうちょっといろいろな能力を持った、たまたま看護師である、たまたま薬剤師であると、もちろん法律的な縛りはあるにしても、多少能力を少しずつ入れ込んだ形のメディカルが活躍できる場を考えなければいけない状況がもしもありません。あまり縦割りにし

ていると、どこも足りないみたいな話になってしまう可能性があります。

ありがとうございました。それでは、次の議事に移りたいと思います。「東京都における医療連携にかかる各事業の取組について」ということで、御説明いただきたいと思います。よろしくどうぞ。

【吉田副参事】 ありがとうございました。ここまでが4疾病につきましての連携体制について御協議いただいたところでございます。議事(2)につきましては、それ以外の事業につきましての御紹介という形になるかと思えます。

資料4をごらんください。東京都における医療機能情報の提供体制についてでございます。時間もございますので、簡単に御説明いたしますが、今回の医療法改正におきまして、医療機能情報の公表制度となっておりますが、後で国が直して提供制度というものが創設されました。これにつきまして、患者の医療機関の選択権を広げるためということが1つの大きな目標でございますが、左の真ん中下に図がございます。それがわかりやすいのでごらんいただければと思います。

医療機関は、1年間に1回以上となっておりますが、医療機能情報を都道府県に必ず届け出るように、これは医療法の6条の3で義務づけられました。それを都道府県は集約いたしまして、適切な形で住民に提供すると。これにつきましても、都道府県の義務ということで法律で義務づけられております。

この医療機能情報なんですが、実際に国で3月30日に要項を出しまして、かなり多くの項目が出ております。これを経過期間を設けておりまして、今年度中に基本情報、医療機関の名称ですとか所在地、電話番号、そういった9項目がございます。これにつきましては、年度内に明らかにしてくださいと。それから、20年度中、21年3月末までにこれらすべての情報を公表しなさいとなっております。

右に参りまして、これにつきましては東京都では医療機関案内サービス「ひまわり」というものを既に平成15年から行っております。そこで実際には、これはまだ法的な義務がございませんので、任意ということで医療機関から情報をいただいて、それをインターネットで公表しておりますが、約7割の医療機関が公表してございます。私どもといたしましては、これをシステム改修いたしまして、すべての医療機関からいただいた情報をここによりまして公表していきたいと考えてございます。その中では国が指定しました法定の情報項目に都が独自の項目をつけ加えられるようになっております。これまで「ひまわり」が持っておりました情報、新たな情報を付加いたしまして、都民向けの情報あるいは医療

機関向けの情報ということで提示していきたいと考えております。

現在の「ひまわり」も、「ひまわり」の運営委員会というところを設けまして、その情報、内容などを検討しているのですが、医療機関向けと都民向けと情報を2段階に分けております。これは、すべての情報を出したときに、かえって都民が見にくいだらうということを考慮したものでございますが、私どもが今考えておりますのは、この中に4疾病の医療情報についても盛り込んでいきたいと考えております。その意味で、疾病ごと、事業ごとの医療連携体制を医療機関が組んでいただく際の大きなツールとしていただきたいと考えております。ですから、都民といたしましては、そこにございますように医療機関の適正な選択が1つの大きな目的、それともう1つ、医療機関としては地域医療連携の推進のために医療機能情報の提供を推進していきたいと考えてございます。

医療計画への反映のポイントにつきましても、以上のような観点から考えていきたいと思っております。

続きまして、資料5に移らせていただいてよろしいでしょうか。

【橋本部長】 どうぞ。

【吉田副参事】 もう1つ、医療機能情報提供のことです。今回の医療計画で、国のほうでそれぞれの医療機関の機能を医療計画の中に明示してくださいということが出てございます。東京は、医療は歯科、医科、助産所、病院をあわせると2万4,000近くになります。それをそれぞれ医療計画、この冊子の中に病院名を書き込むのかということで、国のほうと調整しております。国もこの医療機能情報提供制度を医療計画と同じようにみなすということを言っております。私どもといたしましては、医療計画に一つ一つそういう個別の病院の情報などを書き込むよりも、こちらですと、1回医療計画を書き込んでしましますと、5年間書き直せませんので、そういう点では、この医療機能情報を使いまして、医療計画の一部とみなしていきたいと考えております。国ともそういう形である程度打ち合わせしてございます。

【橋本部長】 いいですよ。

【稲波委員】 アウトカムが書いてあります。これはどういうふうに、ここに書いてあるとおりなんでしょうけれども、実際に動いているのは東京都病院協会と全日本病院協会がアウトカム評価の事業をずっとやってありますが、ほかにも何かこれの目安とされるようなものがあり得ますか。

【吉田副参事】 厚労省のほうで、このアウトカムについては常設の検討委員会を設け

ていると申します。その中で今後、アウトカムの中でも確かめられた情報について、確度が保たれた、はっきりした段階で順次公表していくということを言っております。そういう意味では、現在の中では、正直言いまして未定というのが正しいところかと思えます。

【稲波委員】 患者の最も知りたいのはここだと言われますし、どんどん動いておりますので、早く出していただくのが優勝劣敗の形を早くとれると思えますので、もう待ってられないと我々は思っています。

【細川医療政策部長】 待ってられないところは御自分で出していただいて結構です。

【稲波委員】 はい、わかりました。

【橋本部長】 では、資料4はいいですか。何か御質問ありでしょうか。いいですか。そういう形で、国とある程度話がつきそうだということです。

アウトカムの話は、私も意見はあるんですが、プロセスが見えないからアウトカムを求めらるんですね。医療はプロセスでしょう。だから、アウトカムに振り回されるような状況だけをつくってはならないと、実は私はあまり賛成ではないんです。だから、プロセスがあらわされるようなアウトカムですというしっかりしたアウトカムが保障されれば、それはアウトカムを使うべきだけれども、プロセスがわからない形だけでのアウトカムはとて乱暴な議論にしかならないと思います。そうではない言い方をされていると思いますが、勘違いされるところがありますということです。

では、資料4は決着がついたということで、資料5に行きましょう。どうぞ。

【吉田副参事】 恐縮でございます。資料5を御説明させていただきます。在宅医療の取り組みについてでございます。

在宅医療を取り巻く現況ですが、これは1枚次の資料をごらんいただいたほうがはっきりわかると思います。上のほうの表は65歳以上の単独世帯数、黒いほうです。もう少し白いほうが、世帯主が65歳以上の夫婦のみの世帯数で、平成12年から37年まで出ております。東京都は高齢化がこれから急速に進みます。という面で17年から22年、27年、この10年間の間に、両方あわせまして約100万の世帯が140万近くになるという大きなこととなります。

それから、下のほうは在宅療養との関係なんですけれども、自宅で亡くなる方が、病院で亡くなる方と昭和50年代前半にちょうどクロスしております。それからずっとこういう形で格差が出てきておりまして、平成17年では80%以上が医療機関の中で亡くなる、自宅で亡くなるのは12%ぐらいという数値になっております。

これをもとにいたしまして、資料5のほうにお戻りいただきたいと思います。今のグラフが左側、在宅医療を取り巻く現況についてのグラフでございます。右側が在宅医療にかかわる東京都の医療支援について御説明したものでございます。昨年4月に在宅療養支援診療所が制度化されました。18年10月現在の東京都で在宅療養支援診療所を届け出た数ですけれども、1,053の診療所が在宅療養支援診療所として社保庁に届け出をしております。これは一般診療所比で8.6%になります。ただ、これにおきましても区部と多摩部でかなり差があると考えております。具体的に人口当たりで見ますと、区部のほうは1カ所の在宅療養支援診療所で大体1万人の人口を見ている。それに対しまして、多摩のほうは1カ所の在宅療養支援診療所でその倍の人口を見ているという感じでございます。

実際にこの在宅療養支援診療所が、1,053カ所も届け出ましたが、ほんとうに機能しているんだろうかというのが、私どもちょっと気になるところだったんですが、昨年実施いたしました実態調査におきまして、在宅医療を主たる業務とする診療所という回答をいただきましたのが、8,623の診療所から回答をいただいたうち555カ所、6.4%という回答をいただいております。前回は御説明いたしましたが、これはかなり大きな数、東京都におきましては、在宅療養の資源は豊富だなという印象をこちらで持っております。

それで下のほうに参りまして、東京都における在宅医療の基盤強化の取り組みということで、2点掲げてございます。1点、上のほうが医療保健政策区市町村包括補助事業ということで、名前がややこしいんですが、基本的に申しますと、右のほうが図になっておりますが、区市町村ごとに在宅医療の推進協議会といったものを設けていただきたいと。それを東京都は財政的に支援していくんだという考え方でございます。

では、その中でどういうことをやっていただくのかといいますが、下のほうの黒くなっております「暮らしの場」とあります。自宅、有料老人ホーム、ケアハウス、特養等、こういったところに直接診療の手を差し伸べますのが診療所、あるいは在宅療養支援診療所でございます。それともう一つ、大きなところが訪問看護ステーション、薬局、ケアマネジャーなどが直接に在宅で療養される方の支援をされているわけです。ただ、在宅療養につきまして、いろいろ意見を聞きますと、これだけではなかなか在宅療養は進まない、不安があると。1つには重症化したときに、病状が悪化したときに、いざというときに入院できるベッドがないと、なかなか不安で在宅での療養ができないということがよく言われております。そういう意味で、右のほうから白い矢印が2本出ております。緊急時に入院可能な病院・有床診療所というものを確保したいと。診療所、訪問看護ステーション等

と病院の3点がセットになることによって、在宅療養が推進されるだろうと考えました。

これらをコーディネートする機能を区市町村ごとに設けていただきたいということで、真ん中にごさいます在宅療養支援の中核機関につきましては、各地域によりまして資源にいろいろ違いがございます。区市町村が頑張っているところ、地区医師会が頑張っているところ、あるいは地域の中核病院でそういうことを非常に熱心にやっていますところ、非常に柔軟に考えまして、そういう機関が、ここに4つを例示しておりますが、患者のバックベッド確保事業とか在宅医療に関する調整あるいは相談機能、在宅医療指導医師、これは医師会のほうでいろいろ御協議いただいておりますが、在宅医療を先駆的にやっています方、あるいはここで研修機能を持たせまして、ここによりますと、訪問看護師も診療を始めようとする在宅医の方も、すべて1カ所に集まることが出来ます。さらに病院ドクターもここに一緒に参加していただければ、そちらのほうの連携もより一層推進されるだろうということを目指しまして、こういう制度を立ち上げてございます。

左に戻りまして、現在、19年度から実施しておりますので、幾つかの区から手を挙げていただいております。新宿の例がそこに紹介されてございます。

それともう1つ、在宅医療につきましては、これから在宅医療に取り組まれるドクターの方などが非常に多くございます。また、医療従事者の中でも、在宅医療をこれからやっていますという方もいます。それにつきまして、在宅医療マニュアルの作成というのを考えてございまして、今年度中に作成したいと思っております。これは医師会にお願いしておりますが、在宅医療のマニュアルは結構、民間でもつくっております。ただ、都としてこれをお願いしたときに、いろいろな職種の方の観点から見て、いろいろな方が使えるマニュアルをつくっていただきたいとお願いしてございます。そういう意味で、構成委員も実際に在宅をやっているドクターの方、病院をやっているドクター、医師会、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、PT、OTなどいろいろな方面からの御検討をいただいております。実際に検討に入りましたところでございますので、今年度中にこのマニュアルを作成していく予定でございます。

在宅医療につきましては今、こういう取り組みを行っているという御紹介で、これを私どもとしてはぜひいろいろな面から推進していきたいと考えてございます。

資料5につきましては以上でございます。

【橋本部会長】 資料6に行く前に5をやっちゃいましょう。いかがでしょうか。よろ

しいですか。昔に比べると随分進んできたんですね。

近藤先生、私は前、偏見を持っていたんですが、十数年前に在宅医療のことをいろいろやっていて、開業医の先生たちはもう在宅を、自嘲的に言っていたのは、患者のところに行って「元気？」と言って、血圧をはかって帰ってくるしか私たちはできないんだよという、私から言うと消極的だなと思ったんですが、今はもっといろいろやろうとしているんですね。

【近藤委員】 そのころと比べますと随分進んできているのではないかなと思います。例えば、この梅雨の時期に通えない。通える人に在宅をやらないでという大前提がありますが、在宅に行っても何がというと、暮らしの場の環境がわかる。例えば、夏なのに風通しも悪く、クーラーは嫌い、暑い中で熱中症になるような方を見つけるとか、かかりつけ医だからこそ、ふだんの顔色を見られる、熱がなくても肺炎を見つけるとか、そういう役割はこれからますます増える、在宅でこういう医療的な特殊な手技ができなくて是在宅ができないというわけでもないと思っています。

【橋本部長】 例えば、マーゲンチューブを入れた患者が、在宅に今どのぐらいいたりするとか、そういうのはわかりますか。というのはその数が知りたいというよりも、むしろ私が横浜で昔調べたときには、チューブをつけた患者を在宅で、多分開業医の先生たちは診れないだろうと言っていたんです。そこにはさっき紹介があったんですが、ある種のテクノロジー・トランスファーということを経験から在宅を担っている先生たちに、ある種の新しい技術とかそういう技術を教えていくようなトランスファーの形態があってしかるべきだろうとずっと思っていたんですが、そういうことは進んできているような印象が……。

【近藤委員】 地域地域では、そういうためのケアの研修会も進んでいるのが1つです。それからもう1つは、開業されてもう20年、30年たっている方が、病院時代で経験されてきた、例えばチューブだとか、既設の道具とか、すべて新しく生まれ変わっておりますので、今の道具を使いこなして、新たに診療所を構えた人たちが、ますますこの新しい波になってきているだろうと思います。

【橋本部長】 すごくいい方向ですよ。

どうぞ。

【飯山委員】 1つ、資料の個別問題なんですけれども、在宅医療マニュアルの作成のところ、在宅医療マニュアル作成委員会の設置のところですが、委員構成でいろいろ書

かれています、さっき近藤先生のお話でも、東京では栄養士会と医師会が随分協力されているというお話があったんですが、在宅の場合、食べるということが非常に重要になってくると思いますので、ここは栄養士も入れたほうがいいのではないかなと感じます。

それともう1つは、商業新聞の記事でこの前出ていたんですけども、田城先生がいらっしゃらなくて残念なんですが、パソコンで健康管理なんていう記事が出ていまして、例えば血圧を毎日測定したのをパソコンにためておいて、そのデータを先生のところに送って診ていただくということができれば、診療所に行く手間も患者のほうから省けるし、先生も往診する手間が省けるということで、若干効率的な在宅療養の指導もできるんじゃないかと思うんですけども、この前、いろいろITを使うべきだと申し上げたんですが、こういったことも可能とこころがあればぜひと思っているんです。

【近藤委員】 既に使用されている方だと、テレビ電話の形ですか、外国語学習が自宅でもできるというネットワークがありました、そういう仕組みを使ってモニターを映し出して、すぐには行かれないけれども、在宅主治医にデータが行くとか、携帯電話上でデータをやりとりというのはもう幾らでも進んでいるかと思えます。かえて今、お話しただいたパソコンで健康管理というのは、実際には在宅というよりも、働いている人でなかなか健康管理所には行けないけれどもという人たちのためのツールかなと考えています。もちろん応用は十分可能です。

【橋本部会長】 いろいろな工夫ができますね。

あとは、がんのところであったかどうかあまり記憶がないのですが、がんの在宅の緩和ケアというのは、どこかありますか。

【近藤委員】 これは1つには、東京都医師会と東京都と計画を練りまして、地域がん診療拠点病院を中心に、各二次医療圏ごとで医師と看護職、コメディカルを含めた緩和ケアの講習会。緩和ケアもここ数年大きく変わりましたし、WHOが提唱した痛みに対しての薬の使い方も随分変わりました。また、家族に対するケアとかグリーフケアのことまで含めて、研修会を展開し始めております。今年度も3ないし4ないし5病院ぐらいで、地域の先生方を含めてできればなど、今、企画をしているところです。

【橋本部会長】 わかりました。多分、がんになっていくと、家で死にたいと言いながらも病院で亡くなっていくパターンが多いんでしょうから、例えば、血中カルシウムを減らして意識を鮮明にして、最後の何日間を家で過ごす。それをサポートするとか、いろいろな機能が分かれてもいいのかなと、それをサポートできる体制がそろそろ充実してきて

もいいのかないという感じがしています。

それでは、資料6に行きましょう。お願いします。

【吉田副参事】 すいません、時間が来ておりまして恐縮でございますが、資料6でございます。

リハビリテーションの取り組みでございますが、実態調査によりまして、急性期病院におけます回復期リハ適応患者が、平均在院日数で35.2日という結果が出ています。また、ここにいる患者ですが、脳梗塞、脳出血をあわせて大体50%、ほかの脳血管疾患を加えますと、明らかに50%を超える方が脳血管疾患で入院されているということになります。ここで注目すべきは退院後の行き先ですが、自宅・在宅に52%、半分以上の方が帰られているということでございます。

それから、もう一つ、回復期リハビリテーションですが、ここは平均在院日数が73.3日となっております。これは梗塞と出血だけで既に50%を超える患者が回復期リハ病棟に入院していらっしゃる。60%の患者が自宅に直接帰られるという形になっております。

リハビリに関しまして、ちょっと大きな話題が、その右側でございます回復期リハ病床の数でございますが、平成18年3月の段階で31施設、1,761床でございました。昨年、この実態調査を行ったときでも1,900床ぐらいでしたが、急速に増えているという感じを受けておりまして、今回、調べたところ、既に42施設で2,604床という値になっております。回復期リハ病床は、いろいろほかの療養室とかの関係もあるかと思いますが、現在非常に増えている、まだ増えている途中かなという感じを受けてございます。

それから、リハビリテーションにつきましては、地域リハビリテーション支援センターの指定を医療圏ごとにしておりまして、既に12の医療圏で指定を終わってございます。右のほうの図は、その地域リハビリテーション支援センターの名称と回復期リハビリテーション病棟の施設数と疾病数を入れてございます。

東京都におきましてのリハビリの取り組みなんですが、一つ大きなのが東京都リハビリテーション病院の運営でございます。平成2年から開設いたしまして、現在165床、リハビリの専門病院ということで中核的な役割を担ってございます。

それからもう一つが、地域リハビリテーション支援事業ということで、平成12年から東京都リハビリテーション協議会というものを設けてございます。地域リハビリテーション支援センターの指定に関する協議とか活動評価といったものを主に行っております。ま

た、リハビリ資源の情報収集あるいは地域への提供などということによってやっております。

それから、右のほうの上でリハビリテーション実態調査を平成12年度に実施しております。今回、18年に行いました実態調査につきましても、リハビリについては特に細かく調べてございまして、この辺の状況を補えるような形で実態調査を行ってございます。

もう一つ、地域リハビリテーション支援体制の整備ということで、先ほど申しましたように、12のすべての医療圏で指定済という形になっておりまして、そこが中心となりまして地域でのリハビリ体制を確保していくということがやられてございます。

資料6につきましては以上でございます。

【橋本部長】 ありがとうございます。真ん中の上のほうに2,604床とあって、随分増えているという状況が御紹介されましたが、人材は見合っているんですか。

【吉田副参事】 それぞれ、このリハ病床は基準が非常に厳しゅうございます。人材についても事細かに決まっておりますので、これは社保庁に届け出まして承認を受けているということは、人材は一応足りていると。

【橋本部長】 だから、私が申し上げたのは、ここがそういう形で人を集めますよね。そうすると薄くなる場所が出てきて、そういう観点からは問題がないのかも含めて。

【吉田副参事】 ちょっと我々も実際の現場でのことを子細までつかんでいないんですが、例えば、PTなどは育成に非常に時間がかかると聞いております。学校を出たからといって、すぐ現場で一人前として働けるわけではない。そういう面からいいまして、育成には長い時間を要すると聞いております。ですから、数的には足りていても、実際の現場で働ける方がどこまでいるかというのは、非常に我々も危惧しているところでございます。

【稲波委員】 運動器リハビリテーション学会で、看護師、柔整の人たちをセラピストとして認定して、理学療法士の補助をするという制度をつくっています。それも考えていただくと、診療報酬上も手当がされていますので、2万人ぐらいが日本全体で登録されています。それは有力な力となり得ると。

【橋本部長】 だから、その活用が東京都の中ではどのぐらいあるとか、サポートできる体制とか、そういうのは押さえておいたほうがいいかもしれないですね。

いかがでしょうか、あとは御意見は。よろしゅうございますか。これを見る限り、ほかの県とは随分違って、よく整っているなという気がしますけど。それでも足りないでしょうけれども。

どうぞ。

【飯山委員】 資料2にも出ているんですが、一番右の心筋梗塞の場合の在宅のところで、運動等の生活習慣の改善というのはここにも出ていますし、リハビリテーションでも運動というのがある意味要素になるんじゃないかなという感じはするんですけども、運動面からのリハビリのサポートというのは何か考えられることはあるんでしょうか。スポーツ医学というの、結構いろいろなことがあるような感じがするんですけども、そこら辺はわからないので教えていただければと思うんです。リハビリに対して運動面からのサポートといいますか、スポーツ医学も結構、それはそれで独自の分野があるようなんですが、どうなんでしょうか。よくわからないので、教えていただければと思うんです。

【橋本部長】 それは近藤先生からお答えいただくしかないでしょうね。この中では一番近いので。

【近藤委員】 例えば、ひざが悪い方とか歩行障害の方には、やはり大腿四頭筋訓練、これはリハビリ専門病院ではなくても、いろいろな場面でお教えしていけば。ただ、みんなやらないと、先ほど在宅の高齢者で独居の方が多いと。独居の人はまず、リハビリの運動を10分1日2回といったってできないんです。通所リハビリ先ほど私が申し上げた老人会なり、みんなで作るからこそやるんだと。ビリーズブートキャンプだって、後ろにいっぱい仲間がいるのは、あれを見ながらやると、みんなとやっているという雰囲気をつくっているからだと思います。

それから、呼吸器リハビリというのがあります。例えば、特に東京都立神経病院が多摩地区にありますから、特にALSの患者を含めているいろいろな呼吸器の障害の方で、呼吸器リハビリ、例えば、手を大きく動かすリハビリを簡単に指導するだけで、まだまだ生活が楽になるとか、リハビリには細かなヒントというものはいろいろなところにあるんだろうと思います。

それと、先ほど田城委員からお話が出ていましたが、心臓リハビリに関しては意識して触れておかないと、知らないまま医療提供体制が組まれていくのもあるかと思うので、改めてここで診療報酬上認められているあの4疾患群に関しては触れておくべきかなと考えます。

それから、先ほど座長に対してどうかなと私が申し上げたのは、リハビリ学会の専門医は、全国の中では東京都が一番大人数あります。ところが、こうやって指定されてくる地域リハビリテーション支援センターにおいても、ぎりぎり専門医ですらやっと見つけ出したというところもあるかと思いますが、サポートするOT、PT、STの人材、またそ

の人たちが移動した場合です。突然、指定の基準をクリアできなくなるくらいアップアップであるというのも1つかと思います。専門医が1人いるからといってリハビリが進むわけではありませんので、専門医だけでなく、稲波委員がお話しされたような職種の協力も必要と考えています。

【橋本部会長】　でも、のっけからあきらめているところもあるわけだから、そういう意味では、何とかつながるんですかね。

どうぞ。

【細川医療政策部長】　先ほど飯山さんがおっしゃられた運動とリハビリと、というのが問題意識がよくとれなかったんですが、ここに書いてあるのはかなり医療モデルのリハビリだけでして、生活リハビリというような言葉もありますし、この間は介護予防での筋トレというのも出てきてはいますよね。そういったものをリハビリと呼ぶかどうかは別として、生活の中での体の動かし方みたいなところは、実はPT、OTの指導をちょっと受けて、あとは日常生活で頑張ればできるところがあるし、近藤先生がおっしゃったような老人会とか、私が前にいた荒川区なんかでは、荒川転ばん体操というので老人のムーブメントになってやっているとか、運動を生活に取り入れることが逆に廃用性をなくして、長く元気に生きていられると。1回障害を負っても、そこから回復してきた人も一緒にやっているという意味では、リハビリとも呼べるかもしれないというのが地域の中にはありますので、医療計画だからどうかと思うところはあるんですが、東京都の場合、保健医療計画なので、そちらの地域における健康づくりみたいな部分でも、また触れることができるのかなという気がします。

【近藤委員】　地域の中で言うと、住民のクラブで例えばフラダンスですとか太極拳というのはかなり効果的なところがございます。それから、家での環境のことを考えると、リハビリに適しているのはかえってバリアフリーでないお家なんです。転ぶのはかえって平らな部屋で転ぶことが多い、もしくは布団にけつまずいたとか、絡まって転ぶので、階段で転ぶという方は、頻度は思ったほど高くないというのが現実としてございます。

【稲波委員】　似ていると思うんですが、リハビリはすごい長期間がかかりますので、楽しくないと続けられないというので、先生がおっしゃったように、地域で太極拳だとか社交ダンスとかいろいろなところがあって、そういうところと連携をすると、メタボリックシンドロームの予防とかそういうのは効果的だろうなと。

それから、メタボリックシンドロームのことが非常に脚光を浴びていますが、運動器が

問題で、例えばひざが痛くて動けない人、そちらのほうがもとにある人たちも非常に多いので、そういう最初に運動器に障害がある人たちに関しても、メタボリックシンドロームを予防する上で重要なことという気はいたします。お答えになっているかどうか、ちょっとよくわからなかったですが。

【飯山委員】 自分でもよくわからなかったことをお聞きして、それなりにはお答えいただいたので、多少理解が進んだと思うんですが、今、部長からお話がありましたように、保健医療計画の中の保健のほうで触れられる部分があったら、あまり手広くしてしまって、何が何だかわからなくなってしまうんですが、ある程度絞って保健のほうで書けるところがあったら、それは入れてもらえればいいのかと、今、もやっとそんな感じを受けました。

【橋本部長】 そうですね。だから、これは東京都の保健医療計画をつくり出すという話で1つのお仕事だと思いますが、地域で展開していくときには、高齢者の保健福祉計画の予防の部分と当然リンクしてくるし、そこは私なんかは東京都のある自治体とも関連していますが、自治体というところから見れば、結局、一緒にやるんだから、そこをうまくどうやって融合していくかが腕の見せどころじゃないという言い方をしているので、そういう工夫はあちこちであるだろうと思うし、例えば、スポーツにしても、スポーツ医学にしても、社会教育という観点からも、当然、取り入れているし、そこをうまく機能させていけばいいと思います。だから、ここでもそういう頭出しはしていて、そういうことが使えるようなヒントが出ていけばいいのかなと思います。

一応、6まで終わったので、あまり広げてもしょうがないので、これぐらいにしたいと思いますが、特段、御発言はありますでしょうか。よろしいですか。

それでは、その他について何かございますでしょうか。

【吉田副参事】 どうも長時間ありがとうございました。次回ですが、8月2日に日程をいただいているかと思います。恐縮ですが、改めてメールで委員の皆様方に御連絡させていただきます。よろしくお願いいたします。

それから、本日使用しました資料ですが、持ち帰りいただいても結構ですが、きょうは天気もあまりよろしくないかと思しますので、置いておいていただければ郵送させていただきます。

それから、余計なことかと思いますが、きょう、そういう意味で傘をお持ちの方がいらっしゃると思います。お忘れないようにお持ち帰りいただきたいと思います。ありがとう

ございました。

【橋本部長】 よろしいですか。それでは、送っていただいたほうがいいと思います。資料に気をつけるというのがありましたので、その辺に忘れられるよりは送ったほうが安全だという御配慮もあるかと思しますので、よろしく願いいたします。

では、閉会いたします。どうもありがとうございました。

了