

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24年6月22日
東京都福祉保健局

(午後 3時02分 開会)

○新倉保健医療計画担当課長 それでは、定刻となりましたので、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始めさせていただきます。

委員の皆様には、大変お忙しい中ご出席いただきまして、まことにありがとうございます。

議事に入りますまでの間、私、医療政策部保健医療計画担当課長の新倉が進行役を務めさせていただきます。着座にて失礼いたします。

まず初めに、委員の皆様の出欠につきましてご報告いたします。

本日は、東京都病院協会の稲波委員、歯科医師会の高野委員、国保連合会の加島委員、奥多摩町の若菜委員から欠席のご連絡をいただいております。

また、特別区の保健衛生主管部長会の細川委員の代理といたしまして、本日、荒川区保健所の金田所長にご出席をいただいております。よろしく申し上げます。

そのため、本日は、委員12名中、8名の出席となっております。

また、東京都側でございますが、事務局を務めさせていただいております医療政策部のほか、福祉保健局の関係各部並びに東京消防庁の職員が出席させていただいております。

続きまして、本日の資料でございますが、資料1から8、参考資料は1と2を用意させていただいております。不足・落丁等があれば、いつでも結構でございます。事務局にお声かけいただければと思います。

なお、机上に、東京都保健医療計画の冊子と、本年3月に国から示されました各疾病事業の国の指針、こちらも机上に置かせていただいております。議論の際にご活用いただければと思います。

それでは、これからの進行について、河原部会長よろしくお願いたします。

○河原座長 それでは、ただいまから保健医療計画推進協議会改定部会を開催させていただきます。

先程事務局からお話がありましたが、本日の改定部会から、各疾病・各事業の個別検討に入っていきたいと考えております。

本改定部会では、国が示した指針等を踏まえ、次期保健医療計画に盛り込むべき内容として課題や施策の方向性について意見を出し、事務局は、出された意見を踏まえ、疾病事業ごとに設置している協議会でご議論いただきたいと思います。よろしくお願いたします。

それでは、早速議事に移りたいと思います。脳卒中医療について、事務局より資料のご説明をお願いいたします。

○石毛地域医療担当課長 それでは、脳卒中医療について、これまでの取組状況や課題、施策の方向について、ご説明させていただきます。

資料1をご覧ください。あと、資料2が関連する資料となりますので、こちらを適宜

ご参照いただければと思います。

資料1、現状及びこれまでの取組状況でございます。脳卒中を取り巻く状況の（1）疾病の特徴という部分でございますとおり、脳卒中については、都民の死亡原因の第3位でございます。また、要介護となる原因の第1位ということでございます。

こういった特性を踏まえ、東京都では、これまで救命と後遺障害の軽減を目指すべき姿といたしまして、発症後、専門的な治療が可能な医療機関へ速やかに搬送される体制を確保すること。それから、急性期を脱した後についても、適切なリハビリが実施され、円滑に在宅療養へつなげることが可能な、切れ目のない地域連携体制づくりに取り組んできたところでございます。

これまでの取組状況の欄でございますけれども、これまで脳卒中医療連携協議会と、二次保健医療圏別に設置をいたしました圏域別検討会におきまして、大きく3点について取り組んできたところでございます。

一つ目として、脳卒中の普及啓発ということで、速やかに119番する必要性を都民に対してポスターやリーフレットを活用して普及啓発を行うとともに、山手線等車両ドアの上にあるモニター、これをトレインチャンネルと言いますが、こういったものを活用した普及啓発に取り組んできたところでございます。

2点目として、救急受入体制の構築でございます。東京都脳卒中急性期医療機関は、救急隊が重症以上と判断した場合のほか、中等症以下でも、救急隊の判断基準で脳卒中の疑いありとした場合の受入先の医療機関として、東京都が認定をするものでございます。具体的には医療機関の認定、それと救急搬送に係る受入先医療機関の把握方式の変更ということで、従前は、圏域ごとに当番表みたいなものを作成して管理するカレンダー方式でしたが、現在は東京消防庁の救急端末で管理する端末方式に切りかえるなど、様々な取組を進めてきたという部分でございます。

3点目としては、地域連携体制の構築でございます。東京都内の標準的なパスである東京都脳卒中地域連携診療計画書を作成して、圏域別検討会を通じて周知を図るとともに、年3回パス合同会議を開催し、パスを使用する、あるいは、パスをまだ未使用の医療機関等が一堂に会する形で、顔の見える連携関係の構築に取り組んできたところでございます。

そのほか、回復期リハビリテーション病棟、療養病床等の整備、在宅療養の推進に係る取組について着実に推進をしてきたところでございます。

ご参考までに資料3ということで、今回、国指針との対比表をご用意させていただいております。こちらをご覧くださいいただければと思いますが、保健医療計画の改定に当たり、本年3月30日に厚生労働省が示した脳卒中の医療体制構築に係る指針、これを基に作成をした資料でございます。

国の指針においては、資料3の1ページ目にあるとおり、目指すべき方向として3点、発症後の速やかな搬送と専門的な診療の可能な体制、病期に応じたリハビリテー

ションが可能な体制、在宅療養が可能な体制ということで掲げられているところでございます。これらについて、基本的には、都の取組の方向性とも合致しているとして評価をしているところでございます。

急性期以降の部分については、これまで地域連携体制の構築を主な視点として取り組んできました。もちろん、リハビリの充実にも取り組んできたところではありますが、今後、都において、より一層リハビリの部分重視して取り組んでまいりたいと認識しているところです。

2ページ目以降は、各医療機能と連携ということで、各病期の医療機関に求められる機能が国の指針の中で記載をされており、これに対する都の取組状況、具体的な取組の内容等について記載をしているものでございます。こちらは、都が既に取り組んでおり、評価できる場合には○を入力しております。

細かな説明については、先程の説明と重複する部分がありますので、割愛させていただきますが、-が入っている部分に少し触れさせていただきます。2ページ目の真ん中あたりに、医療機関は診療ガイドラインに則した診療を実施することが求められております。高血圧等基礎疾患及び危険因子の管理が可能であることというようなどころ、ここについて-を引かせていただいています。

具体的な取組の欄で書かれてあるとおり、これまでも各医療機関におきましては、学会等に所属されている先生方を中心に、既にガイドラインに則した診療を実施していただいているのではないかと考えられるわけですが、そこまで実態の把握ができていないものはありませんので、今後改めて、ガイドラインに則した診療の実施等について、脳卒中医療連携協議会において協議してまいりたいと考えています。

今回、-が引かれているのは、5ページ目の真ん中あたりと6ページ目の真ん中あたりでございます。こちらも診療ガイドラインに則した診療に関してということでございますので、同様の考え方になるところです。

こういったこれまでの取組状況や国の指針との対応状況を踏まえ、脳卒中医療に係る課題についてご説明させていただきます。資料1にお戻りいただければと思います。2の課題と書かれた部分でございますが、こちらについて脳卒中医療に係る課題としては4点掲げてございます。

第1点目として、普及啓発でございます。脳卒中については、発症後2時間以内の搬送が求められるわけですが、発症から病院に到着するまでの時間を短縮するためには、都民に119番通報を速やかにしていただけるよう、普及啓発がより一層重要であると認識しているところでございます。

2点目として、救急搬送体制の整備でございます。先程の国の指針にもありましたけれども、急性期医療機関に様々な医療機能が求められているところでございます。東京都においては、認定基準を定め、急性期医療機関の認定を行っているわけですが、急性期医療機関としての機能を十分に発揮しているかどうか、実態把握等

をしながら、救急搬送体制の整備に取り組んでまいりたいというところです。

3点目として、リハビリテーション事業の整備でございます。国の指針で、病期に応じたリハビリテーションが目指すべき方向として掲げられているとおり、都においても、救命後の後遺症の軽減や療養生活の質の向上を目的として、急性期から維持期まで患者の病期に応じたリハビリの実施が求められているのではないかと認識をしているところでございます。

4点目として、地域連携パスに関しましては、これまで、全部で1,012の医療機関にご参加いただいているところですが、事務的な負担感などを理由として、維持期を中心に不参加の医療機関もあり、まだまだ活用が進んでいないのが実態です。今後とも地域の実情に応じたパスの利用促進を図る必要があると認識しています。

これらを踏まえ、3の施策の方向でございますけれども、課題の1、2を踏まえて一つ目の○、患者が脳卒中を発症した場合に速やかに専門的な医療につながる体制の充実、これに取り組んでまいりたいと考えているところでございます。

あと、課題の3番目や4番目に対する部分として、二つ目と三つ目の○ということで、患者の病期に応じたリハビリテーションを実施する体制の確保、在宅療養生活の質を向上させるための医療・介護サービスの連携体制の構築に取り組んでまいりたいと考えております。

今後、脳卒中医療連携協議会を開催し、その中で具体的内容等について議論を進めてまいります。

資料4について、指標ごとの数値を取りまとめたものがありますので、後ほどご参照いただければと思います。

脳卒中医療に関する説明については以上でございます。

○河原座長 ありがとうございます。

ただいまのご説明に関しまして、何かご意見あるいはご質問はございますか。

○島山東京消防庁救急医務課長 座って失礼します。東京消防庁の救急医務課長の島山でございます。

資料1の1の中にあります、これまでの取組状況の(2)というところで、救急搬送体制の構築、同じく、2の課題の中の2のところにも救急搬送体制の整備と書いてございますが、内容を見ますと、救急患者の受入体制の構築という表現のほうを読んでいる都民の方々には理解しやすいのかなと感じられます。このままの表題をもし使うのであれば、その辺のところのご検討をいただければと思います。

同じく、1の2の同じ(2)の中で、救急搬送に係る受入医療機関の把握を「カレンダー方式」からとありますが、救急患者の受入医療機関の把握を「カレンダー方式」というような形のほうが、読んでいてわかるのではないかなという気がします。救急搬送と書いてある用語を、救急患者受入というような形の用語に変えていただいたほうが、すんなり受け取られる内容になっているのではないかと感じますが、いかがで

しょうか。

○河原座長 ただいまのご指摘に関して、いかがでしょうか。何かご意見はございますか。

○石毛地域医療担当課長 この部分については、東京都の脳卒中救急搬送体制の構築という大きな目標を掲げ、これまで取り組んできた流れを踏まえてこのような表現をしたところもございます。確かに、ここには、受入体制に係る事項を多く掲げさせていただきました。

一方で、この部分に関連する取組として、例えば、東京消防庁の救急搬送先の選定基準に脳卒中疑いの有無判断を新たに加えるなど、いろいろ取組を進めてきているところもあるかなと思いますので、この文言については今後検討させていただこうかと思えます。引き続き東京消防庁とご相談しながら進めたいと思えます。

○河原座長 ご意見ございますか。

○長瀬委員 課題の1の普及啓発のところ、各圏域において公開講座等で普及啓発を図っているが、圏域ごとで取組に温度差がある等脳卒中にかかる患者や家族の理解が依然として不十分である。具体的にはどういうことをやっているのかお伺いしたい。

4番目の連携パスの使用について、各医療機関における負担感等による診療所の医師の不参加等があり、まだまだ十分ではない。各医療機関における負担感、パスについての負担感というのは、具体的にどういうことをいうのか。そこら辺のところを解決しないとできないのではないかなと思います。

それから、その下にある、回復期における比較的レベルの高い患者の受入や、維持期における療養の質の確保が必要であるが、リハビリや在宅療養等、各事業間の連携が十分でないということですが、連携だけではなく、そういうところが少ないのではないのですか。そういう各事業をすることで少ない、受け入れが少ないということが関係していないかなと思ってお伺いしていますが、どうでしょうか。

○石毛地域医療担当課長 最初に、普及啓発のところ、圏域ごとに取組に温度差があるというような部分でのご質問でございますが、12の医療圏域ごとに様々な取組を行っており、例えば、市民公開セミナーの開催やアルタの前にあるような、駅前のシティービジョンを使って広告をするなど、いろいろ取組をしているところがあります。ただし、圏域によっては、市民公開講座の回数が1回だったり複数回だったりするなど、回数や手法など、様々な面で差があると認識をしています。

地域連携パスの使用についての各医療機関における負担感等でございますが、例えば、連携パスを使用した場合に、施設基準を届け出れば診療報酬が取れるような形になっております。そういった時の施設基準の届け出のようなものが診療報酬で取れる、算定できる額に比して、手続上負担になっているようなご意見なども、医療機関の先生から伺っていたりするため、このような表現を今回はさせていただきました。

あと、回復期におけるレベルの高い患者の受け入れや、そういった事業を実施しているところが少ないのではないかというご質問ですが、その点については、施策の方向

性として、病期に応じたリハビリテーションを実施する体制の確保を掲げてございます。今後、具体的な施策としてどう書き込むか検討中ですが、そういった施設設備の増加のための助成等にこれまで取り組んできたところです。また、そういった施設の運営を担う人材の育成にも取り組んできました。今後は、これまでの取組をより一層充実させていくことなどが検討課題かなと思っております。

なお、各事業間の連携と書いてある部分の意味ですが、脳卒中については脳卒中のための医療連携協議会を設置しており、リハビリテーションについては地域リハに関する協議会、在宅療養については在宅療養推進会議という会議体があり、それぞれで設置した会議体で検討を進めています。そういった会議体ごとの情報共有だとか、連携を密にしたいという思いがあり、各事業間の連携が十分でないと書かせていただいたところです。

説明は以上です。

- 河原座長 今、ご説明をいただきましたけど、課題の2のところが一番大事なところじゃないかなと思います。例えば、パスにしても、この文言をそのまま読めば、連携パスの使用について、各医療機関は負担感等を感じているため、診療所の医師の不参加等があることから、まだまだ十分ではないという記述ですが、それが、本当に医療従事者が不足するのか、医療施設側の原因なのか、あるいは、制度上の問題なのか、もう少し掘り下げないと、次の施策にはなりません。

だから、課題2というのは、1から4までありますけれども、非常に重要なところで、どう施策として展開すれば課題が解決するかという、これは問題点を提起しているもので、この部分を徹底的に分析して、それを実施するための施策なり事業計画を作るというのが、医療計画が一番すんなり回る方法だと思うのです。

今までの計画というのは、どこの都道府県を見ても、社会目標というか、意思の表明はするけれど、具体的な施策体系とか事業計画が欠けていたと思うのです。ですから、課題2については、せっかく4までまとめられていますから、もう少し掘り下げたいと思います。

それから、先程の救急搬送体制ですが、私の考えを申し上げますと、救急受入になれば、その医療機関の問題になってしまうと思うのです。救急の問題は、ご承知のように、道が狭いため、あるいは、マンションのセキュリティーの問題とか、ホームレスの方、福祉を抱えている方、精神患者さんなど、そういう患者側の属性といったものが阻害要因になっている、あるいは都市計画上の問題が阻害要因になっています。それから、医療上の問題です。

だから、私の意見を言わせていただければ、受入体制だけにすれば、救急という概念が矮小化するのではないかなと思います。もし書くとしたら、搬送及び受入体制とするのだったら、問題点を包括してとらえることができると思います。

あと何かご意見あれば、どうぞ。

○河口委員 専門委員の成城大学の河口でございます。短い質問を幾つかさせていただければと思います。

課題2のところ、1番、普及啓発に関する課題で、患者や家族の理解が依然として不十分であると書いてございますが、これは何を根拠に理解が不十分と、具体的なデータがあればお示しいただきたいです。

○石毛地域医療担当課長 具体的な根拠ということで、患者や家族の意識調査とか、そういったようなものを行ったわけでは正直ございません。

ただし、一昨年実施しました救急搬送体制実態調査の結果などでは、患者さんが発症してから119番通報するまでの時間が大体3時間20分ぐらいかかっています。全部がそういうわけではありませんが、平均すると大体それぐらいの時間となっております。

○河口委員 時間が長いのと理解が進んでいないというのは、直接相関をしないですよ。患者本人が理解しても単身であれば、他者に発見されるまで通報できないですよ。従って平均値では何も意味がないのでは、ここに関係ないですよ。

逆に、東京都は、人口10万人当たりで最も救急車の利用件数が高いです。むしろ使い過ぎじゃないかということが問題意識としてある中で、都民にその啓発をすれば、その問題が解決するのかというのはいかがでしょうか。

では、別の質問をさせていただきます。連携パス、地域連携体制の構築に関する課題のところ、連携パスについてはまだまだ十分ではないと考えられるという記述がございます。現在の医療計画の取組のポイントにも、この連携パスの重要性は書かれていて、当然政策的に推進されていると思いますが、現状の計画がうまくいかなかったということでしょうか。

○石毛地域医療担当課長 現状の取組としては、標準的なパスを作成し、主に区部になりますが、標準パスが大分浸透してきているのではないかと、私どもは評価しております。そういう意味で、前回の保健医療計画に基づく取組というのは、それなりの成果に至っているのではないのかなと思っております。ただ、そういった取組を引き続きより一層進めていきたいと、そういった趣旨になります。

○河口委員 今、連携パスの病院単位の作成率ではなくて、患者数で見た使用率が大体何パーセントぐらいで、目標としてどのぐらいまで上げるのが適切であると東京都はお考えでしょうか。

○石毛地域医療担当課長 昨年度、これは急性期の医療機関だけを対象として調査したのですが、約7割が連携パスを使用しているという回答が返ってきました。

引き続き、回復期のリハ病院等も含めて、より詳細な調査を実施させていただいて、そういった数値を踏まえながら、今後の目標を立ててまいりたいと考えております。

○河口委員 ありがとうございます。河原先生がおっしゃったように、前回の計画の評価を最初にやらないで、いきなり今回の医療計画を説明しても、具体的な施策や有効な

施策というのは難しいと思います。

今回、もし1番と2番の取組を入れられるということであれば、理解が不十分であるという根拠、そして、どのようなデータをお持ちになっているのか、それをどのぐらいまで上げたいのか。それはリーフレットやテレビなどで本当に解決できるのかということが、今のご説明では専門委員としては検証できません。

連携パスについても、既に5年間やっているはずですが。それについて問題である負担感は最初からあることはわかっているわけです。現状の7割を例えば8割に上げられるのであれば、そのためには具体的に何をするのか、それによってどういう効果があるのかを検討するのが重要であると思います。

従いまして、河原部会長もおっしゃったように、まず数値でこういう実態になっています。それについてこういう改善をしたいという議論をさせていただいたほうが、より建設的であると考えております。

以上です。ありがとうございました。

○長瀬委員 先程、リハビリテーションの部会とか、他の在宅医療の部会や特別部会ですか、少し表現を忘れてしまいました。そういう部会を設けて討論をして、それでおしまいということがよくあるため、具体的にきっちりやって欲しいわけです、実行して欲しいわけです。今、お答えを聞いていると、その部会を設けてやっているから、ちゃんとできますよというふうに聞こえたので、そうではなくて、実際に実行して欲しいと思います。

国でも、委員の方や特別委員の方が言われたことですがけれども、PDCAをかなり強調されていたわけです。ですから、PDCAをしっかりやってもらった方がよろしいかと思います。よろしく申し上げます。

○新倉保健医療計画担当課長 事務局から、1点補足です。今日を初回といたしまして、5疾病5事業と在宅について、合計3回にわたり個別検討を開催させていただき予定となっております。今回ここで行う個別検討でございますけれども、まず、その現状における課題認識について、他にもこういう課題があるのではないかと、そういった部分についていろんな意見をいただきたいということが一つです。

あと、それらに対して今後どのような取組をしていけばいいのか、施策の方向についてのご意見もちょうだいできればと考えております。

先程の質疑の中でありました、都として今後それをどこまでにするのか、どういうところを目標にしていくのかについては、この改定部会での意見を踏まえ、疾病事業ごとに設置してある協議会等でさらに議論を深めまして、最終的に東京都としてどういう目標を立てて、それを達成させるためにどういう具体の施策を実施していくのかを、今後詰めていきたいと思っております。

個別検討を7月の終わりまでお願いをしているところですが、そこにつきましては、現在抱えている解決せねばいけない課題、もしくは、今後それを解決するための施策

の方向について、いろいろご意見をいただければと思っております。

○林委員 先日開かれました医療連携協議会で、私は挨拶をした時にも言ったことですが、一番大事なことは、資料2の右側の上を書いてあります、目指す姿、①番が、脳卒中年齢調整死亡率の減少、②番が、脳卒中による要介護者の減少。私も確かにこれだと思っております。だから、これを目指していろんな計画を見直して、どういうふうにすればこういうものが達成できるかという視点でやっていただきたいなと思っております。

具体的にどうするかということになりますが、前の脳卒中協議会でいろいろお話を聞いた時の問題点を私なりにまとめてみました。例えば、救急車が入ってくる時に、急性期の病院が空いていない場合、具体的にどのように空けるかということです。

それから、回復期リハビリについては、急性期の患者を回復期に回すとか、それから、都内の普通の病院をリハビリに回して有効的にすれば、急性期の回復期リハビリが空くのではないかということをおっしゃっていました。

それから、維持期のリハビリについては在宅へ回す。私は、ここの部分でいろいろ工夫をして、もっとやらなければだめだなと思っておりました。そこでもう一つ、その時の資料で、12圏域における脳卒中普及啓発事業の取組状況という資料をいただきまして、12医療圏域で、去年1年間、いろんな普及啓発の取組をやっていました。それで、圏域内にある大病院の先生方が中心になって、その先生方がパスもいろいろ利用できているし、そういう人達がどうやって啓発するかと、いろいろ熱心にやっています。特に、北多摩西部の国立病院災害医療センターと、北多摩南部の武蔵野赤十字病院、ここの部会などがいろいろ工夫されておまして、そこだけ少し思いました。それともう一つ、小平医師会の北多摩北部ですが、在宅へ帰すところの具体的な手順が、ここだけは3か所でやっております。顔の見える医療と言われておりますが、連携を作るといことで多職種連携を実際に実践されているのはこの3か所です。

それ以外の圏域は、普及啓発はやってますが、多分そういうノウハウはあまり持っていないのではないかと思います。

そして、その地域に関して、医師会はどのぐらい入っているか私はわかりませんが、そういうところの連携をうまくやるような仕組みがまだできておらず、このままではできないのではないかと思います。

では、どうしたらいいかといいますと、例えば、この12圏域の一つの圏域の中に医師会や多職種をもう少し取り込み、そこでプログラム委員会や連携会議を設置したらいいかもしれません。そうしたら、維持期のリハビリに移す時に、多職種連携ケアマネや地域包括だとか、そういう人達が集まって連携ができるのではないかと思います。そうしないと、いつまでたってもケアマネジャーのリハビリに対するレベルが上がらないし、どうやって介護のリハビリにつないでいくかがあまり分かってもらえないのではないかなと思います。そういう工夫をしていただきたいと、考えております。

○河原座長 ありがとうございます。

資料1と2で、東京の脳卒中医療の問題は全て網羅されていると思います。もし、これはぜひ必要だというご意見をいただければ、資料1と2に加えたいと思います。

数値が万能とは言いませんが、客観的な指標である数値で評価するとすれば、資料1の1の現状及びこれまでの取組状況あるいは課題のこの部分だけでいいと思うのです。国が膨大な数値を示すというのは、次の作業ができなくなりますので。

都の事務局の方をお願いしたいのは、繰り返しになりますが、どこに原因があるのかを分析して、それを解決するための施策を作ることが一番大事と思うのです。だから、私は資料1と2で論点は尽くされているので、河口委員もおっしゃったように、それを評価して、どこに原因があるかを明らかにして、それをたたき台として、脳卒中の協議会で問題提起していただき、具体的な政策体系に持っていければ、医療計画は回っていくと思います。

この資料1、2に出ているものが全てと申しましたが、場合によっては、この中でも優先順位をつけていいと思います。今年はこれを重点的にやると。次の年はこれをやると。全て同時並行にやる必要はないと思うのです。そういう優先順位づけも含めて、あるいは優先順位をつけたことと予算が絡むかもわかりませんから、そういうことを協議会の場で議論していただくような、その体制さえできれば、この委員会としてはそれを見守って、上がってきた結論をまた審議したいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいですか。

では、そのようにさせていただきます。脳卒中に関して、他に抜けているところがあるとかはございませんか。

○永田委員 先程林委員がおっしゃった多職種による連携について、今後の在宅医療を考えていくためには、非常に重要になってくるのではないかと思います。全体の図柄というか、文字を読ませていただいて、どうも偏った、要はリハビリや在宅療養という単位でしか見られていなくて、連携を中心として啓発活動をしましょう。あるいは、その他回復期による要介護者の減少を図るような連携をとってやりましょうと、そういうものが見えないのです。その辺は、1と2の資料の中で組みかえて考えていただければと思います。

○河原座長 事務局のほう、よろしいですか。そういうことでお願いいたします。

それから、先程から課題の4で連携パス云々と、それから医師の負担感、各医療機関の負担感とかがありました。税と社会保障の一体改革を見ると、社会保障の改革の医療の部分の二つの柱として、医療計画と診療報酬の改定がありますから、診療報酬の改定により病院内の院内トリアージの体制ができれば、医療従事者の負担、医師の負担軽減ということで、院内加算ができることがあります。医療計画も大事ですが、診療報酬の流れというのが2025年をターゲットにしています。次期医療計画の範囲内ですので、診療報酬の流れとともに、それを意識しながら、医療計画を見ていただければと思います。

あと、脳卒中に関して、何かご意見はございますか。進め方の問題だと思っておりますので、ぜひ具体的な問題点、論点を明らかにして、施策体系につなげるような形で、そして、それを毎年なり評価して行って、進捗状況を管理するという仕組みで他の9分野もお願いしたいと思っております。

脳卒中に関してはよろしいですか。では、もし何かございましたら、また戻ってご議論したいと思っております。

次は糖尿病です。糖尿病に関しまして、事務局よりご説明をお願いします。

○石毛地域医療担当課長 それでは、糖尿病医療について、これまでの取組状況、課題、施策の方向についてご説明させていただきます。こちらについては、資料5、あと、資料6が関連する資料となりますので、お手元にご用意いただければと思います。

糖尿病については、生活習慣の改善を含む生涯にわたる治療が必要です。それとともに、重症化や合併症の発生といった危険を伴う疾病ですので、そういう意味では、患者さんの身近な地域で、予防から治療まで一貫性のある対策が重要です。こういった観点から、資料6の真ん中のあたりが一番わかりやすいかと思っておりますが、これまでの取組を整理したところでございます。

まず、各医療機能と連携ということで整理をしておりますが、医療機能の調査・把握として、ひまわりを活用し、インスリン療法の導入や教育入院の実施、そういった糖尿病に関連する項目を作成することにより、各医療機関の医療機能の調査と把握を実施してきたというのが1点ございます。

それと、東京都糖尿病医療連携ツールということで、4種類のツールを作成・周知を図ることにより、各医療機関の連携を強化するための取組を進めてきたところで。1から4まで、ひまわりを活用した医療機関リストの他、日本糖尿病対策推進会議の糖尿病治療のエッセンスを標準的な診療ガイドとして推奨するなどの取組を進めてきました。

また、医療連携の紹介・逆紹介のポイントということで、専門的な治療・指導等が必要になった場合、かかりつけ医は専門医に紹介していただく一方、治療方針が決定された場合等については、かかりつけ医に戻すという、シートを作りました。そういったものをお配りしながら、紹介・逆紹介の推進にも取り組んできたところでございます。

地域の実情に応じた取組ということで、島しょを除く全ての二次保健医療圏に「圏域別の検討会」を設置し、検討会を通じて地域の住民の皆様や医療従事者に対する普及啓発の活動等を行っています。

また、評価検証指標の作成ということで、アウトカム指標、プロセス指標を作成いたしまして、現状を経年的に把握できる指標を定めたところでございます。

資料5に戻りますが、1、現状及びこれまでの取組状況の、2については今ご説明申し上げた内容でございます。

1、糖尿病の現状ということで、先程指標の話をしていただきましたが、糖尿病による失明発症率のほか、糖尿病腎症による新規透析導入率、年齢調整死亡率、こういったものについては前年比マイナス等の形で数値が推移している状況でございます。

医療機関等の状況でございますが、糖尿病医療連携に必要な機能を備えた病院、診療所の数や、糖尿病医療連携に参画する多職種の数ということで、東京都医師会の糖尿病予防推進講習会修了者数等、徐々に増加する傾向にあるところでございます。

また、地域連携の進捗状況を把握するものとして、地域医療連携クリティカルパス、この導入率については7.16%であり、前年と比べ若干上がっている状況です。

あと、長期的に見た連携の進捗状況を示す地域ごとの連携率ということで、糖尿病の患者さんを継続的に診療している医療機関を母数として、そこに占める他の医療機関と連携をしている医療機関の割合を分子にして算定したものでございますが、東京都全体で68.78%となっております。

資料7は、国の指針と対比させるため、整理したものです。

国の指針では、脳卒中と同様、目指すべき方向として3点掲げられてございます。糖尿病の治療及び合併症予防が可能な体制、血糖コントロール不可例の治療や急性合併症の治療が可能な体制、糖尿病の慢性合併症の治療が可能な体制、これらの体制を構築するために医療連携を実施することが掲げられているところでございます。

これらについて、私どもの取組の構成とも一致しているものと評価できると考えてございます。

2ページ目以降になりますが、こちらは先程の脳卒中と同様、各医療機能と連携ということで、医療機関に求められる機能と仕組みとして指針の中に記載されている事項と、これに対する東京都の具体的な取組について記載したものでございます。こちらについては、基本的に東京都の取組状況の欄に○を入力しています。国で診療ガイドに則した診療と医療連携の実施を求めているところですので、東京都で診療ガイドを活用することを推奨しているほか、医療連携の紹介・逆紹介のポイントという形で連携を促進しており、全ての項目において○の評価をさせていただいています。従いまして、糖尿病に関して、私どもとしては国の指針には対応済みだと認識しております。

こういったものを踏まえ、糖尿病医療に係る課題ということで、資料5に戻らせていただきますが、課題ということで大きく3点掲げてございます。

最初に、予防から治療までの医療連携の強化でございます。リーフレットの発行等によって、受診の促進に努めているところではございますが、まだまだ未受診者や治療を中断されている方がいらっしゃいます。そういった方々の受診促進のための医療機関リストの配布が必要だと認識しているところでございます。

2の地域連携に係る実効性のある取組でございます。先程、地域医療連携クリティカルパスの導入率などについてお話をさせていただきましたが、まだ連携に参画されていない医療機関が多数あると推測されるところでございます。医療連携ツールを作りま

したが、その活用はまだまだという意味で、今後実効性のある取組を進めることが必要だと認識しております。

3、こちらが糖尿病に関する普及啓発でございまして、患者さんの大病院志向や専門医志向などもあるかと思いますので、この糖尿病医療連携の仕組みに関する普及啓発が課題だと掲げているところでございます。

以上を踏まえ、3の施策の方向でございまして、ここでは3点、患者の早期発見、生活習慣の改善指導を含めた地域で実効性のある糖尿病医療連携体制の構築。

それと関連して、医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士など、糖尿病に関わっている医療従事者の情報の共有化やサポート体制の構築、糖尿病の疾病特性と糖尿病の医療連携の仕組みに関して、都民や患者さんの理解促進、こういった三つを方向性として掲げて、取り組んでまいりたいと考えております。

特に、資料6の右側をご覧くださいと思いますが、各医療機能と連携の二つ目の◆のマークです。かかりつけ医、専門医、かかりつけ歯科医・眼科医等が相互に連携を取りまして、初期・安定期の治療から専門治療、急性増悪時治療、あと慢性合併症治療等の各医療機能を提供できる体制ということで、まだ仮称ですが、糖尿病地域連携の登録医療機関制度というようなものを立ち上げ、今後、糖尿病医療に携わっている医療機関に登録医療機関への参画を促進し、医療機関の医療連携の実効性を高める取組を進めること、これを目玉として取り組んでまいりたいと考えています。

こういった形で、具体的な取り組みについて、今後さらに検討し、糖尿病の医療連携協議会において具体的議論を進めてまいりたいと考えているところでございます。

最後になりましたが、資料8は、後ほどご参照いただければと思います。

糖尿病に関してのご説明は以上でございます。

○河原座長 ありがとうございます。

何かご質問等はございますか。

○林委員 資料5の一番上、糖尿病の現状のところ透析の導入数が減っていますが、これは非常に大事なことだと思います。その減少に寄与した要因について、都は把握しておりますか。

○石毛地域医療担当課長 こういった指標を掲げるというところまでの取組でございまして、分析については今後という形になります。

○林委員 これは、要するに最終目標ですが、糖尿病による失明だとか、年齢調整死亡率を下げるということで、これを見る限り、みんなよくなっています。少しは達成されており、非常にこの方向はいいと思うのです。透析は今、ものすごい医療費を使っておりますから、これが下がるということは非常にいいことだと思いますし、この辺は強く目標として掲げるべきだと私は思います。ただ、何が本当に効いたのかということですね。A1Cを下げるのがいいとか、多分いろんな要因で複合的になっているかもしれません。ここをきちんとやらないと、これをさらにもっと下げるにはどうし

たらいいかと、これは一番大事なところだと私は思います。ただ数字を上げましたというのではなく、実際、学会の専門の先生や何かを分析されているかもしれませんから、その辺をぜひお願いいたします。

○河原座長 ほかに何かご意見は。

○山元委員 課題のところの1番で、予防から治療までの医療連携の強化で、特定健診のことが出ています。この結果通知における情報提供等が不十分ということの前に、特定健診自体の受診率というのは、東京都全体としては非常にいいのでしょうか。また、特定保健指導について実際やられている、その差が区によってないのかどうかお聞きしたいと思います。

○広松担当部長 特定健診の受診率についての数字は即答できませんが、この3年間、20、21、22と微妙に上がってきてはいます。ただ、国が提示している目標をまだまだ達成している状況にはございません。東京都の平成21年の速報があり、20年が52.9%で、全国が38.9%ですから、そういう意味ではよろしいという数字になるかと思いますが、これで満足できる数字とは思っていないという状況です。

○山元委員 保健指導は。

○広松担当部長 保健指導は低い状況にございまして、平成20年で全国は7.7%、これ自体も非常に低いと思いますが、東京都はさらに低い5.1%という状況でございます。これは保健指導の完了率ですので、1回目だけ受けてそのままになってしまった人というのは、そこには数えられないこととなります。保険者さんの努力という意味ではもう少しあると思います。

○河原座長 他に何かございますか。

○河口委員 すみません、お願いが1点と簡単な質問が2点です。

お願いは、次回以降、ぜひこの委員会に、東京都保健医療計画の125ページに東京都保健医療計画指標一覧がございますので、こちらの計画設定時の数値と、それから、現状の数値を入れたものを委員に配っていただきたいと思います。そうすると、先程からご指摘がありますように、透析導入率や死亡率が下がっている。従って、達成されているというのがはっきりとわかります。それで、我々としてはどこが問題なのかを一覧表で見ればわかりますので、ぜひお願いいたします。

それから、質問が2点ございます。1点目は、透析導入率は非常に重要と私も感じております。これは、他県と比較して、下がり幅はいかがでしょうか。今の高齢者は健康なので、高齢者の健康水準が上がったから改善したのか、それとも、東京都の取組によって改善したのかというのは、なかなか識別が難しいものがあります。例えば、長野県とか北海道、そういう他県と比較すると効果がわかりやすい。もしお手元にデータがなければ、ないと言っただけであれば結構です。他の県の動向をご存じでしたら、この透析について教えていただけないでしょうか。

○石毛地域医療担当課長 申し訳ございません。こちらについて把握しておりません。

○河口委員 ご検討いただければ結構でございます。

2点目も質問ですが、特定健診等の受診率というのは多分データとしてあると思います。受診した後ハイリスクと判定された人の中で、医療機関に行っていない人のデータは取れますか。つまり、健診に行きました。あなたはハイリスクです、何らかの保健指導あるいは対応してください、病院に行ってくださいと言われた時に、行っていない人の比率というのはデータの的に把握できますか。

○広松担当部長 医療費適正化計画を国が作られた時には、レセプトを持っている保険者が特定健診をされていたわけですから、突き合せば分かるということ想定されていたのだと思いますが、今のところ、公表された数字はございません。

○河口委員 ありがとうございます。医療経済学では、保険者ごとの受診率を見た研究はありまして、健保組合ですと約7割から8割ぐらひは受診しています。なぜかと申しますと、人事部から通知が来ますので、出世できなくなると困るため、必ず受診する。

それから、地域保険だと、3割ぐらひしかないというのがサンプル調査の結果だと思います。ナショナルデータベースで健診データとの接合はできると思いますので、作業は大変ですが、こちらも利用できるようであれば、ご検討いただければと思います。以上です。

○河原座長 ありがとうございます。

○林委員 私も、糖尿病のことに関して分析しましたが、脳卒中で、各圏域のいろんなデータを全部東京都に作っていただいて、見たんですね。そうすると、どこの圏域でどういう取組をしているかというのが一目瞭然で、よく分かりました。ところが、糖尿病に関しては、そういうデータをもっていないのです。多分作っていないと思うのです。もし、作っているのだったら、私が不勉強ですね。

○石毛地域医療担当課長 糖尿病についても、協議会の場で、各圏域別の取組状況ということで、資料配付させていただいております。

○林委員 分かりました。

○石毛地域医療担当課長 次回、今年の第1回目の協議会がありますので、その場で23年度の取組状況についての資料を配付させていただきます。

○林委員 では、そこでまた見せていただきます。

糖尿病の目標値ですが、あまり根拠のないことを勝手に言ってはまずいなと思っておりますが、前はパスの利用率が6.6、今は7.16ですよね。これを20%ぐらいに上げようとか、パスを利用している人達のヘモグロビンA1CをNGSPで6.9とか、そういうような具体的な目標を作ったらいいのではないかなと思うのです。その場合、どうやってそれをレベルアップするかという方法ですが、私は、12の圏域があるわけですから、どのぐらひこれを集めて、パスがどれだけ集まったよと、圏域同士で競わせたらいいと思います。この西北でも何でも、ここは何パーセントですよ、ここは何パーセントです。よくやっていますよとか、そういうふうにやって、パスの

普及率をもう少し上げる。脳卒中よりは、糖尿病のパスのほうがA1Cを下げるのに、私は有効ではないかと考えています。A1Cを下げれば、透析もかなりいいかなと。それで本当にやっているかを全体で見るのは東京都だと思うのです。ただ、きちんとコントロールしているところがあまりないので、そういう方向に少し指導してもらいたいなと思っています。

また、各圏域の先生というのは、偉い先生がいっぱいいらしていますから、その先生にお任せになっています。すると、全体をコントロールしているところがあまりないので、できればその辺も少しやっていただきたいなと思います。

○河原座長 ありがとうございます。

国の指針により、いろいろ数値目標が羅列されていると思うのですが、これだけ押さえれば全てに大きな影響を与えるという数値目標が必ずあります。今のパスとか、ヘモグロビンA1Cは、全て他に影響を及ぼしているわけです。その数値目標だけは、その分野の代表的なものであり、これだけは絶対押さえるという形にして、残りは副でいいと思います。それだけでも、糖尿医療はかなり改善していくと思います。

この資料5に関しても、脳卒中と同じように、現状を分析して、どこに問題があるか。そして、施策としてはどういうふうなことが必要かを提示するような作業をしていただき、協議会でご議論いただければと思います。

いずれにしても、新しい施策、政策をやるたびに、我々の仕事を増やすべきではないと思います。人出がもうないわけですから、なるべく仕事が増えないような形で作業をすべきです。この分野の数値とかを徹底的に分析して、政策体系を作ればいいと思うのです。今の話が負担になっているかもわかりませんが、事務局も含め、我々の負担にならないような形で、これからの政策とか行政、あるいは、医療というのを進めていくのが重要ななと思います。

資料5に関して、何か抜けているとか、これだけは追加しておくべきだということはどうですか。

他のご意見でも結構ですが、糖尿病に関して、何かありますか。

それから、競わせるという話が出ましたが、例えば、わかりやすい形でデータにして、医療機能情報提供制度へ載せるのです。住民は、この医療圏に住んでいる我々のところはなぜ悪いのか、都内の江東区はいいのにとか、そういう議論が出てくると思うのです。ですから、医療機能情報提供制度というのは、差額ベッドが何床あるとか、駐車場があるとか、こういう治療ができるかではなく、自分が住んでいる地域が他と比べてどういうふうな状況にあるかという物差しを提供すればいいのです。

他に何かございせんか。

資料5、6が中心になりますが、糖尿病に関して、現状及びこれまでの取組状況、課題、施策の方向とございますが、今までやっている現行の医療計画でどういうふうな成果が出て、どういう課題が残ったかという数値を踏まえて分析していただく。場合

によっては、他の地域と比較していただいて、物差しをはっきりするというのも必要です。それで、どこに原因があるかということ想定して、施策なり事業計画に反映していくという作業をお願いしたいと思いますが、よろしいですか。そういう作業でよろしいですか。では、そういうふうに諮らせていただきます。

他に、脳卒中、糖尿病に関して、まとめてですが、いかがでしょうか。

○永田委員 薬剤師会の永田でございます。

図柄が出ているかと思うのですが、保健所等から介して、医療保険者を通して、矢印がついていて、その中に医療連携のポイントとしての医師専門医というのが入っているわけですが、薬局だけは矢印がないです。これは何か意味があるのでしょうか。

○石毛地域医療担当課長 どちらかというところについては、登録医療機関制度についてのご説明の意味で矢印などを主に引かせていただきました。基本的には、かかりつけ医等とそれぞれに薬局がかかわっている、そういう認識しております。

○永田委員 すみません、ぜひどこかに矢印を入れておいてください。

○石毛地域医療担当課長 はい、承知いたしました。

○林委員 専門家の先生のレベルだと思いますが、T-P Aの効果が思ったほど上がっていないという話も聞いています。何パーセントなのか、数字が今はありませんが、もう少し分析をして、要するに、脳卒中をよくする、減らすということですね。高血圧、脳梗塞が多いというのはわかります。くも膜下出血、脳卒中、脳梗塞の早期の治療、後遺症がないようにするにはT-P Aがいいということ、それはもちろんですが、2時間以内で運んでも、なかなか効果が上がっていない。あるいは、T-P Aを使えないの多いのかもしれないかもしれません。では、どうするかという、その視点がないのです。もう何年かやって、救急車を速く到着させる。T-P Aのあるところに病院に行く。当番制みたいにして、ボタンを押すようになって、その工夫は非常に進んでいると思います。最終的にT-P Aを使えればよいという問題と、使い過ぎると出血して後遺症がなくなりますから、その辺のデータも余り表に出さないと私は思っています。ただし、その辺は、専門の先生は学会で相当議論していると思うのです。そこは大事なポイントだと思うので、都としては教えて欲しいなと思います。

○河原座長 例えば、どこかの都内の大学の脳外科とか神経内科の専門の方に聞いていただければいいかなと思います。

他に何かございますか。

○河口委員 すみません、コメントが1点。脳卒中の資料に戻っていただいて、脳卒中による要介護者の減少というのを目標に挙げられたというのは素晴らしいと思います。なぜかと申しますと、例えば、デンマークやフィンランドでは、医療部分できちんとリハビリをしなくて要介護者が増えた場合、介護の責任部署である市町村は医療の責任部署の国にお金を請求するというインセンティブをつけています。これはどういうことかというところ、リハビリをしないと要介護の費用が増えるため、結局、国全体で費

用が増えるから、医療部分にも責任を負わせて抑制させようとしているわけです。

医療計画で評価するという点から見ると、脳卒中で十分にリハビリをしないために要介護となる人がアウトカムとして、減ったのか増えたのかというのが何らかの形で見られるような形に、もしできたら素晴らしいと思いますし、財政規模から言えば、デンマークやフィンランドよりも東京都のほうが大きいわけです。できるかもしれませんが、できないかもしれませんが、一応コメントでございます。私も確信はございませんが、ご検討をいただければと思います。

○河原座長 ありがとうございます。

他にご意見はございませんか。

それでは、脳卒中と糖尿病についてはこれで終えたいと思います。今回は二つでしたが、項目はまだたくさん残っています。それらは次回以降ということになります。

本日は本当に貴重なご意見をいただいて、また、事務局にもご負担をおかけするかもわかりませんが、目標まではどこの都道府県も作っています。それをいかに実行していくかという進行管理のその過程です。要するに、上位計画と下位計画と分ければ、上位計画は理念から目標まででいいと思うのですが、下位の部分が今までどこの都道府県でも抜けているのです。

ですから、その下位計画が充実すれば、それだけで、私は医療計画というのはよくなると思います。別に数字をナショナルデータベースで一々チェックしなくても、今日いただいた資料を見て分かるように、ほとんどクリアしているわけです。日本一の財政規模、そして、医療機関とかをほこる東京都が、ナショナルデータベースをクリアしていないところが多いということは絶対考えられないので、今のままだでも十分いいと思います。その部分を評価する時間があれば、他のことをやった方がずっと生産的だと思います。ただし、そう言えないので、ナショナルデータベースの作業がいるかと思いますが、引き続き今日出たことも加えて検討していただければと思います。

それでは、本日の議事はこれで終了ですが、事務局にマイクをお返しします。

○新倉保健医療計画担当課長 先程河口先生からもお話しいただきました現行の医療計画の指標ですが、掲げている指標につきましては、毎年数字を追いかけておりまして、この改定部会の親会に当たります、保健医療計画推進協議会に直近のデータを報告させていただいております。先日6月5日に行いました協議会でも直近のデータを示させていただいております。参考までに各先生には送付させていただきましたが、現行計画の4疾病5事業の部分について、次回以降の改定部会の時にも資料を添付させていただきたいと思います。

また、次回以降の今後の予定ですが、本日配付の資料参考資料2をご覧ください。次回第6回は7月9日（月曜日）を予定しております。がんを含めて全部で6項目、時間は3時間としておりますが、途中休憩等を挟みながら進めさせていただきたいと思っております。

その次が第7回、7月12日、こちらが精神・在宅・災害と3項目を予定しています。そして、第8回が7月27日（金曜日）、骨子案の提示ということで予定をさせていただいております。

その下には、日程調整中でございますが、親会です。第2回の保健医療計画推進協議会、こちらにつきましては、8月27または29日で現在調整をさせていただいております。日程が決まり次第、ご連絡させていただきます。

次に、毎回のお願いです。机上に用意いたしました保健医療計画の冊子、今回改めて用意させていただきました国指針のファイルにつきましては、そのまま席のほうにお返し願えればと思います。

最後に、本日お車でお越しになられた委員がおりましたら、駐車券をお渡ししますので、事務局にお声かけをいただければと思います。

事務局からは以上でございます。

○河原座長 それでは、本日はありがとうございました。

次回以降のスケジュールもタイトですが、何とぞよろしく願いいたします。

それでは、本日の会議はこれで終了いたします。

（午後 4時21分 閉会）