

平成19年度 第3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6月27日(水)午後6時から午後8時まで
- 2 開催場所 第一本庁舎33階 S6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、永見委員、土屋委員、田中委員(以上10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骨子(一部)について
 - (2) 東京都における4疾病の現状とこれまでの取組について
 - (3) その他

会議録

【橋本部長】 それでは、定刻よりちょっとだけ前ですけれども、皆さんおそろいですので、ただいまから平成19年度第3回の保健医療計画推進協議会改定部会を開催したいと思います。本日は遅い時間にもかかわらず、ご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、委員の出欠って、皆さん出ていますね。

【吉田副参事】 ありがとうございます。委員の先生は皆様おそろいでございます。きょうは後ろのほうが大分重くなっておりまして、実質的に各部の協議も入りますので、各部からの代表も出席させていただいております。

それから、私どもこういうふうに着を取らせていただいておりますけれども、庁内2

8度という設定になっておりますので、上着をお取りいただいて、お話をいただければと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

【橋本部長】 それでは、議事次第に従いまして、部会を進めてまいりたいと思いません。

それでは、議事の(1)について、その前に資料の確認をお願いします。

【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。

まず最初は、本日の次第でございます。

続きまして、資料1といたしまして、「東京都保健医療計画第四次改定項目対比表」、縦長のものでございます。

それから資料2といたしまして、「東京都保健医療計画第四次改定骨子(案)」でございます。これが4枚ございます。それと同時に、第四次改定案のデータについて1枚つけてございます。

それから資料3といたしまして、「東京都保健医療計画第四次改定における5事業」、周産期医療を除きますが、その取組についてでございます。

その後、資料4といたしまして、「東京都における4疾病の現状」でございます。

それから資料5、これが5までございまして、資料5-1が「東京都におけるがんの医療提供体制について」、資料5-2が「脳卒中医療連携体制について(区中央部の取組)」でございます。その次が資料5-3といたしまして、「東京都CCUネットワーク事業について」でございます。そして、資料5-4が「糖尿病医療連携体制について(区南部・区東部の取組)」についてでございます。そして最後が、資料5-5といたしまして、「二次保健医療圏の構成と疾病別医療連携検討会の実施圏域」でございます。

なお、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結果報告書」、この厚い本になります。それから区中央部、これも参考でございますが、「脳卒中の連携リスト」、このブルーの冊子をつけてございます。

最後に前回の議事録を添付させていただいております。

また、恐縮でございます。4月から当協議会の委員になられました先生方におかれましては、遅くなりましたけれども、4月1日付の委嘱状、これを机上に置かせていただいております。よろしく願いいたします。

資料は以上でございます。ご確認いただけましたでしょうか。

なお、今回お配りいたしました資料ですが、あくまで検討途中のものということになり

ますので、その辺の取り扱いにつきましては、この場でのことということでお願いしたい
と思います。

以上でございます。

【橋本部会長】 ありがとうございます。ただいま最後のほうで事務局からご説明があ
りましたけれども、資料については、そういう趣旨でございます。検討の最中のもので
ので、これがひとり歩きすると困りますので、ぜひ取り扱いについては十分にご注意いた
だきますようお願いいたします。

それでは、議事に入りたいと思います。

まず、議事の(1)東京都保健医療計画第四次改定の骨子(一部)について、事務局か
ら説明をお願いします。

【重村保健医療計画担当係長】 それでは、事務局のほうから議事の(1)につしまし
て、ご説明させていただきたいと思います。議事の(1)につきましては、今お手元にあ
ります資料の資料1から資料3までが該当いたしますので、まとめてご説明させていただ
きたいと思います。

まず、資料1、「東京都保健医療計画第四次改定項目対比表(修正案)」でございます。
こちらは前回の改定部会でお示ししました項目対比表に前回の改定部会でいただきました
ご意見、また、各項目の原稿の作成に当たりまして、調整を踏まえて修正を加えたもので
ございます。修正をした部分につきましては、網かけで示しております。

なお、こちらの項目対比表につきましても確定したものではありませんので、また今
後、新たに修正をさせていただく場合がございます。

それでは、修正を加えた部分について簡単にご説明させていただきます。

まず、第1部総論の第2節「東京の保健医療資源の現況」でございます。こちらは3番
目に網あけにあります「人材の確保と資質の向上」の部分から医療従事者や医療機関の現
在の統計的なデータ、こちらを第3章の「東京の保健医療を取り巻く現況」の中で、統計
的な部分としてまとめて記載することといたしました。

次に、第4章の「東京の保健医療の方向性」でございます。こちらは前回の部会でご議
論をいただきまして、各論の第1章第2節にありました「医療機関の機能分化・連携と医
療機能の集約化・重点化の促進」の項目の内容を見直しまして、今回の保健医療計画の改
定に当たって、基本的な考え方を示すものとしてこちらに移動させております。

次に、第5章の「人材の確保と資質の向上」でございます。こちらは前回節立てであり

ましたものを、今回章立てに変更しております。

次に、各論の部分でございます。真ん中にあります網かけの第2節につきましては、先ほど申しあげましたとおり、総論の第4章に移動させております。

次に、第2章の第2節の「健康づくりの推進」ですが、こちらは2つ下に「成人保健（職域保健）」がございまして、そちらの内容も含める形でこちらに統合させております。

次に、第2章の第7節、「難病等対策」ですが、こちらは下にありますように3つの細節を設定して記載する予定でございます。

次に、第3章でございますが、第3章の第4節、「アレルギー性疾患対策」、こちらにつきましては食物アレルギーと花粉症を扱うということで、「食品の安全衛生」の下に節を持ってきております。第5節の「環境保健対策」でございますが、こちらは一つ下にあります「生活衛生対策」から化学物質、大気汚染の部分抜き出しまして、新たに一つ節を設けております。第6節の生活衛生対策と第8節の感染症対策、こちらにつきましては、順序を移動させております。

以上が資料1の説明でございます。

続きまして、資料をおめぐりいただきまして、資料2のご説明をさせていただければと思います。先ほどの資料1の項目に従いまして、それぞれの項目ごとに骨子を記載したものとっております。また、参考として、国のモデル医療計画の記載内容を右端の部分に記入しております。こちらの骨子でございますが、まだ調整に時間を要する事項、特に今回、医療計画で重要な内容となっております4疾病につきましては、国のほうから指針がまだ提示されておりませんので、次回以降の改定部会で提示させていただきたいと考えております。また、4疾病に関して、全体的にかかわってくる項目についても、次回以降、お示しさせていただきたいと考えております。

それでは、各項目の骨子を簡単にご説明させていただきます。

まず、総論部分でございます。総論のうち、第2章と第6章の基準病床のところにつきましては、今後、部会でお示ししたいと考えております。また、中ほどにあります第3章につきましては、後ほど別の資料でご説明させていただきます。

それでは、一番上の第1章の「計画の考え方」についてでございます。こちらでは社会状況などの背景を含めた計画改定の趣旨、また、今回の計画の法的な位置づけなどを示します計画の性格、あと計画の期間と、こちらの3つで構成しております。

次に、第4章の「東京の保健医療の方向性」でございます。こちらでは今回の計画の基

本理念を連携、つながりの視点で記載することとし、各施策の方向性を医療連携体制の構築から計画の推進の構築まで、それぞれについて触れる予定でございます。

次に、第5章の「人材の確保と資質の向上」でございます。こちらは2つの構成としまして、最初の人材確保への取組では、現在検討を進めております医療対策協議会などの医師の確保の取組などを記載していく予定でございます。もう一つとしまして、記載例にありますように、医師や薬剤師、看護師など各職種の医療従事者の状況や現在の施策について記載する予定であります。

次に、第6章の「保健医療圏」につきましては、現行の圏域の考え方を引き続き記載するものでございます。

以上が総論の骨子でございます。

続きまして、各論部分です。各論の第1章の骨子でございます。こちらは基本的には4疾病の連携など、国の指針を待って記載する内容が多くございますので、ほとんどの項目を次回以降お示ししたいと考えております。ただし、5事業につきましては、既に現在取り組んでいる事業も多くございますので、今年度、保健医療計画と並行して検討しております周産期医療を除きまして、4つの事業の骨子を記載してございます。また、こちらの4つの事業につきましては、資料3として、それぞれ段階的にまとめた資料をおつけしておりますので、後ほどごらんいただければと存じます。

それでは、まず、5の「小児救急を含む小児医療」でございます。1枚目の下のほうになります。こちらでは子どもの事故防止などの普及啓発の推進と相談体制の充実、また、身近な地域における小児初期救急医療体制の整備促進、また、初期・二次・三次の救急医療機関の連携体制の構築と3つの構成を予定しております。

資料をおめくりいただきまして、次に、7の「救急医療」でございます。こちらでは現在の救急医療機関の評価なども含めて、質の高い救急医療体制の実現、また、適切な救急医療を迅速に受けられる体制づくり、また、このたび開設されました救急相談センターなどの救急相談体制の充実、3つの構成となっております。

次に、8の「災害医療」でございます。こちらでは東京DMATなど今後の災害時の医療体制、また、災害拠点病院などの後方医療体制の整備、さらには医療救護活動体制の強化や広域医療体制の推進、また、NBC災害等危機管理体制の構築なども含めて、5つの構成で考えてございます。

次に、9番目の「へき地医療」でございます。こちらではへき地の勤務医師の確保、ま

た、へき地医療機関で対応が困難な患者の搬送と受け入れ体制、次に、へき地で勤務する医師の診療支援策の3つで構成しております。

以上が第1章で今回お示ししている骨子でございます。

次に、第2章でございます。この章は保健・医療・福祉に係る分野の事業でございます。

まず、第1節につきましては、全体に係る事項でございますので、次回以降お示しさせていただきたいと思っております。

まず、第2節の「健康づくりの推進」、こちらでは、今回の保健医療計画の4疾病とも関連する部分でございますが、糖尿病・メタボリックシンドロームの予防、がんの予防、こころの健康づくりの3つの構成を予定しております。

なお、こちらの施策の基本となります「東京都健康推進プラン」も今年度改定を予定しておりますので、記載する内容については、今後、推進プランの内容とあわせて検討させていただきたいと考えております。また、こちらに記載はしておりませんが、健康づくりの推進の中で自殺対策などの取組も加える方向で検討しております。

次に、第3節の「母子保健福祉対策と学校保健」でございます。母子保健につきましては、健康診査などの普及啓発から健康相談の体制づくり、また、虐待予防なども含めた取組などを予定しております。次の学校保健でございますが、こちら学校における健康づくりの体制や相談体制の充実という内容を予定しております。

次に、第4節の「高齢者保健福祉対策」でございます。こちらは今年中に策定予定の地域ケア体制整備構想、また、認知症高齢者の対策の取組、また介護サービスの基盤整備などを中心に4つの構成で検討しております。

次に、第5節の「障害者保健福祉対策」は3つの細節での構成を予定しております。まず、最初の障害者保健福祉対策では、本年策定いたしました障害者計画の概要を記載する予定でございます。

次に、重症心身障害児の保健福祉対策では、在宅の障害児などの指導や療育の体制の充実、また施設のあり方の検討という2つの構成で記載する予定でございます。

資料をおめくりいただきまして、3つ目の精神保健医療対策でございます。こちらでは、精神障害者の地域生活への移行の促進、また、プライマリ・ヘルス・ケアなど相談体制の整備、医療体制の充実、高次脳機能障害者などへの支援の4つで構成する予定であります。

次に、第6節の「歯科保健医療対策」でございますが、こちらでは歯と口腔の健康づくりや8020運動の推進、また、かかりつけ歯科医や医療連携の充実、在宅医療の積極的

な推進などの内容で検討しております。

第7節の「難病等対策」では3つの細節を設定しております。まず最初の難病及び被爆者支援対策では、難病医療体制の充実や在宅難病の支援策、また、被爆者の支援策などを予定しております。

次に、ウイルス肝炎対策ですが、本年度から実施する予定のウイルス肝炎の受療促進の集中戦略を中心に記載してまいります。3つ目の血液確保と臓器移植対策は、これまでの取組や普及啓発を中心に記載してまいります。

以上が第2章の骨子となります。

次に、第3章の「健康危機管理体制の構築」でございます。こちらでは、健康危機に対する取組を中心に、8つの節でそれぞれの事業をまとめております。

まず、最初の健康危機管理体制でございますが、こちらでは今後整備が予定されております健康危機管理センターの機能を中心に記載する予定でございます。

次に、第2節の「医薬品等の安全対策」では、医薬品等の品質や安全性の確保、また、適切な情報提供や安定的な供給への取組、さらに新たな薬物に対する乱用防止対策などで構成を予定しております。

次に、第3節の「食品の安全衛生」では、食品安全推進計画に基づきまして、総合的に食品安全行政を進めていく点、また、大規模な食中毒への対策、また、食品安全に関するリスクコミュニケーションなど4つの構成で予定しております。

次に、第4節の「アレルギー性疾患対策」でございますが、こちらは最初の項目の修正箇所でもご説明させていただきましたとおり、食物アレルギーと花粉症への取組を記載していく予定でございます。

次に、第5節の「環境保健対策」でございますが、こちらでも最初にご説明しましたとおり、有害化学物質への取組、また大気汚染物質などの取組を記載していく予定であります。

次に、第6節の「生活衛生対策」でございます。こちらでは、理・美容所や公衆浴場、また、特定建築物などへの衛生の管理への取組などを中心に記載していく予定でございます。

次に、第7節の「動物管理対策」ですが、こちらでは動物の飼い主側、売主側に対する普及啓発、また、動物由来感染症などへの安全確保の取組を中心に記載してまいります。

資料をおめくりいただきまして、第8節の「感染症対策」でございますが、こちらでは新型インフルエンザなどに対応した感染症の医療体制や感染症の発生情報を把握する仕組

み、また結核やエイズの取組、さらに国内や海外都市も含めた連携体制の構築など5つの構成を予定しております。

以上が第3章の骨子でございます。

最後に、第4章の「保健医療計画の推進体制の構築」の部分でございます。こちらでは今までご説明したそれぞれの事業を推進する体制として、各組織の役割など理念的な部分を含めて記載する予定でございます。

最初の行政の役割でございますが、国、区市町村等のそれぞれについて記載する予定でございます。次の医療機関の役割でございますが、記載例にもございますように、特定機能病院から薬局まで、それぞれの組織について記載をしたいと考えております。3つ目は保険者の役割でございますが、今回、特定健診などを保険者が実施することなどを含めまして、その役割を記載していきたいと考えております。

最後の都民の役割でございますが、こちらは都民個人の役割とNPOなど団体との役割に分けて記載をしたいと思っております。今回の医療連携体制に当たりましては、都民個人も豊富な情報を適切に選択したり、また、医療機関の受診に当たっては、身近なかかりつけ医を受診などといったことが重要なポイントになるかと考えておりますので、そのような内容を、理念的な面もあるかとは思いますが、記載できればと考えております。

最後の第2節の「保健福祉施設の基盤体制」でございますが、こちらは記載例にありますように、保健所などの各施設についての記述を考えてございます。ただ、こちらについては、先ほどの行政の役割の部分とかかかわるところもございまして、内容については、また修正させていただく可能性もございまして。

以上が資料2の骨子の説明でございます。

なお、資料2の骨子のうち、総論の「東京の保健医療を取り巻く現況」についてはさまざまなデータをお示しする予定ですので、次にそのデータの案をご説明させていただきたいと思っております。

【佐藤医療政策課計画係主事】 それでは、保健医療計画の第四次改定データ部分の案をA3横長の紙でお示しさせていただいておりますが、今回の改定のデータ部分について、一番上の四角に改定のポイントを示させていただいております。1つ目が、わかりやすく都の保健医療の現況を示すということで、都の保健医療に総論的にかかわる部分を中心に掲載させていただいております。14年度改定では、大分広くデータを載せておりましたのですけれども、これを保健医療にかかわる分野に絞って掲載させていただく予定でござ

います。

2つ目が、できるだけ地図やグラフ等を用いて、ビジュアル的にわかりやすく掲載させていただく予定でございます。14年度改定の計画では、特に保健医療資源のところでは表による示し方が多かったのですが、できるだけグラフで示すようにいたしまして、そのほか、表等で必要なデータについては、後ろの資料編で掲載させていただく予定でございます。

その次が、年次推移や全国との比較等による分析可能なデータを掲載ということで、一つ一つが年次推移だったり、国との比較だったり、分析ができるような示し方をさせていただきたいと思っております。

その次が、流れがわかりやすいような項目掲載順序・掲載場所ということで、新しい構成案では、東京都の地域特性から始まりまして、人口動向、その後、都民の健康状況があり、都民の意識、受療行動につながって、とどのつまりの医療費につながるというような流れに沿ってつくらせていただいております。

最後に、医療制度改革関連の他計画と関連の深い項目については触れさせていただいております。東京都ですと、東京都の医療費適正化計画や健康推進プランや、高齢者保健福祉計画等にかかわってくるような医療費や健康寿命及び要介護認定者数等については触れさせていただく予定でございます。

データ部分については以上です。

【重村保健医療計画担当係長】 それでは、続きまして、資料3、次のページからになりますが、簡単な説明をさせていただきたいと思っております。こちらは先ほども申し上げましたとおり、4疾病5事業のうち、周産期を除きまして、4つの事業について、それぞれ機能別に現在の取組内容や各施設の役割などをまとめたものでございます。こちらの様式自体は、4月にありました国の都道府県会議で国が脳卒中の指針を案として示した際の様式を参考にいたしまして、それぞれの事業の体系に合わせて作成したものでございます。

まず、最初の「小児救急を含む小児医療体制における各機能類型」でございます。機能につきましては、一番上でございますように、子どもの事故防止や体調が変化したときの相談体制から初期救急、二次救急、三次救急、回復期治療まで、それぞれの段階で必要な役割、また対応する施設などを示しております。なお、家庭の中での対応など、特に連携など、こちらの項目になじまない部分については、空欄にしております。

次に、資料のほうをおめくりいただきまして、「救急医療体制における各機能類型」で

ざいます。こちらは初期救急から二次救急、三次救急、さらに特殊救急、精神科救急、救急相談、こちらの機能別に記してございます。こちらの機能に応じて、それぞれ医療を提供する施設、また、実施している内容などについてまとめたものとなっております。

次に、資料をおめくりいただきまして、3番目の「災害時の医療体制」でございまして。こちらにつきましても、機能を通常の体制から初動医療体制、後方医療体制、広域医療連携体制、それぞれの機能別に記載しております。また、NBC災害なども危機管理体制として記載をしてございます。こちらでは東京DMATや災害拠点病院などを中心として、さまざまな取組を進めているところでございます。そちらをまとめております。

それでは、資料のほうをおめくりいただきまして、最後に、「へき地の医療体制における各機能類型」でございまして。こちらでは医師の確保、医療の確保、また、診療の支援体制などを機能別に記載してございます。こちらでは、へき地医師の安定的な確保や専門医療についての支援、さらには救急患者の搬送などの取組を進めているところでございます。また、東京型のドクターヘリについても診療支援の一つの施策として真ん中のほうに記載をさせていただいております。

以上が、非常に雑駁ではございますが、資料3の説明でございまして。後ほどゆっくりご確認いただければと思います。

【橋本部会長】 ではですが、大変な資料が出てきて、いいですか。資料3までというだけで、随分頭の中に入っていかなきゃいけないんですが、構造的にはそれほど難しくなくて、資料1がまず大きな項目ということでの整理ですね。まず、一覧性、見て、こんなんでどう。この前も幾つかご意見があって、それを生かしてくださった形で目次みたいなものの構造ができ上がっているということですね。それがどうかという。

資料2がその中を少しブレイクダウンしていただいて、記載内容ということで書いていただいて、そのことのポイントについてご説明があった。ですからここは議論をちゃんとしなきゃいけない。それで、もしかすると、資料2の記載内容のところから、資料1の構造に少し関係が出てくるかもしれないという、そういう議論の組み立てがいいかなと思います。

それから資料2の続きですかね、総論部分のデータのところがありましたので、そのことの説明がございました。計画書の中ではそれなりのページになって、それなりの意味のあるデータが出てきて、そこを読み込むとなるほどと思わせるような資料が用意されるのだろうと思いますけれども、これでいいかどうかというようなことですね。特に東京都の

ある意味での特殊性みたいなものがこの中で表現できているかどうかということと、それから今回が初めて保健医療計画ではないですので、そういう意味では、ここの20年間ぐらゐの間に何を目標してきたのか、それがどう変わってきたのかというようなことが多少表現されているかどうかというようなことが気になるところでもあります。

それから資料3については、小児救急と一般的な救急と災害医療、それぞれについて、あとへき地について、中身を少し構造的にお示しいただいたということ。これは後でゆっくり読めというので、中身はそんなに議論しなくていいのかもしれませんが、気になる点をご指摘いただければと思います。

いかがでしょうか。今、多少説明のあったことを総合的に整理して申し上げましたけれども、ご議論いただければと思います。中心には、資料2の記載内容の話になるかなと思いますけれども、いかがでしょうか。構造を崩さない形で議論していきますので、どこでも大丈夫だと思います。どこの場所からでもいいかと思ひます。ございますか。

例えば、人材確保というのは、結構これから大事な話だし、国全体で医師の数をめぐっている議論があるところですが、これは、例えば政府与党案みたいなものが出て、医師会もたしか絡んでいますよね。例えば研修医を、乱暴な言い方をすると、都会から引っぱがして地方に向けましようという議論が出ていますけれども、これは何とかの税金と一緒に、東京都は勘弁してよというのと一緒の議論があるのかなという気がしますが、この辺は今の記載のレベルでは東京都はどんなお考えですか。

【吉田副参事】　　ここの人材の確保、今回一つ、やはり医師不足など、看護師不足がかなり表面化しておりますので、重要なポイントかなと思ひております。ただ、制度全体が国の制度ということで、東京都の中でどこまで論じられるかというのは、非常に範囲が狭くなっているかなと思ひます。人口10万人当たりの指数ですと264人ですか、東京が一番という形になっております。そういう意味で偏在という観点からはともかくとして、他府県から優遇策をもって東京に医師を引っ張ってくるとか、そういうふうな案については非常に立てにくいというふうに考えております。そういう面では、どこまで記載できるかというのは、これからご議論いただきながらじっくり考えていきたいというふうに考えております。

【橋本部長】　　あとは医師自身の数の確保の問題、あるいはもしかすると減っていく問題かもしれませんが、そういう問題と、それからもしかすると、そういう数をトータルで増やせないで、地域によって奪い合いみたいな話になると、医師の仕事自体をど

う考えていくかという組みかえみたいな話が、これは研究的になってしまうのかもしれないけれども、どこかで必要ですよ。医師が、もしかすると医師でなくてもよい仕事をしているために、医師としての機能が発揮できないとか、そういうような話もあるのかもしれない。

【吉井参事】 ここにも記載してございますけれども、医療対策協議会という検討組織を6月の初旬に第1回立ち上げたというところがございます。ここでは巷間言われているところの診療科の偏在の問題であるとか、地域の偏在の問題であるとか、それから勤務環境の問題であるとか、言われている問題について、法律で決められた病院なんかの管理者にお入りいただいて検討しているというところでございますけれども、これとは別にということではないんですが、東京都として国に対して、制度的な部分である意味改善を図るようというところで国に要望している部分がございます。それは小児科や産科という不足が著しい診療科に対しての、いわゆる医者の養成であるとかいうところの制度的な改善、それからへき地についても安定的な確保ができるようにということ、それからあと女性のドクターのいわゆるタイムシェアということも含めた活用みたいなところで、そうしたことで勤務環境の改善が図れるようなもの、それから、今部会長からお話ございましたように、ドクターのいわゆる間接的にその業務のサポートができるような制度的な仕組みみたいなもの、こうしたことを取組として求めていると。国のほうもいろいろ検討してはなかなか、今吉田が申しあげましたように、すぐに見分けは難しいところではあるんですが、そうした国への制度的なものであるとか、医療対策協議会の中でそうしたことを踏まえて検討してきた状況、こうしたようなことで結論めいたことに至るかどうかわかりませんが、できればこの中でそれを反映させていきたいなというふうに思っています。

【近藤委員】 ここに医療対策協議会、立ち上がったばかりなんですけれども、進捗状況とか、何をポイントとして、明らかにできる部分は、やはりここで資料がないと、あっちがあっち、こっちはこっちになってしまう。

それからこの間出たばかりの国の「基本方針2007」、骨太の2007の中にも緊急医師確保対策、政府与党が出しましたけれども、あそこの表現で医師不足地域としてもらっているんです。それは医師不足の県とかにしてしまうと、東京は従事医師数が人口10万人あたり260名だからじゅうぶんに足りていると、他県と比較してなる。だけれども、例えば、研修医は大都市に多くいるんだろうと言いながらも、東京都は1年生、2年生合わせると、ここ数年間で400人ぐらい医師が減っているんです。それからマグネットホスピ

タルの考え方にしても、既に大学病院に研修医、それからその後育っていく医者が、これからまだ育てなくちゃいけない分、特に公立病院を中心に派遣できなくなっている。だから東京都内でも既に内科の当直体制が非常に厳しいところとか、山手線のすぐそばでお産ができなくなっている病院とか、大病院でありながらも、そういうのが出てきているのが現実としてあるので、国全体で描かれている東京のイメージと東京の現実が違うというところは、どんどん強く発信していいんじゃないかなと思っています。

それから先ほどのワークシェアという話もありましたけれども、ある程度時間を、例えば女性医師で家庭がありながらであれば、通常お医者さんというのは朝7時、8時から夜9時、10時、11時は当たり前で働いているんですが、やはり夕方に帰れて、しかも、保育所に子どもさんを迎えてとか、そういう体制をつくれるのか。少なくとも東京都から発信できるぐらいの心構え、意気込みでやりたいなと、希望しております。

【橋本部長】 そのほかの項目ではいかがでしょうか。

【近藤委員】 すぐ上の4章の連携、基本理念、これはつながりという言葉が出てきて、いろいろな領域でいろいろな分野で連携という言葉はしょっちゅう出てくるんですが、あくまでも連携というと、相手をよく知っていること、つながる相手を知っていることが条件となってきます。それで、一方で医療情報、ITを駆使して、国のほうに情報を提供しなくちゃいけない。この項目を公表しなさいと。一つには、それは患者さん、医療を受けたい人たちへの情報提供にもなるんですが、連携という言葉でいうと、医療機関同士がその情報をつかんで、特にもともと大学で同窓同門、同じ医局だとか、その研究の連携、つながっているお医者さんだけじゃなくて、広く東京全体、さらに近県も含めて医療情報をうまく使って、お医者さん同士、医療機関同士も連携という視点を入れていただきたいな思います。

【吉田副参事】 今回の件に関しましては、昨年の国の制度改正の中で医療機能情報の開示制度というものができております。これにつきまして、私どもは既に「ひまわり」という医療機関案内の情報システムを持っております。ただ、それはあくまで任意でございましたので、今度、法で100%それに医療機関を載せてくるということになっています。その改修作業を始めているところでございますけれども、その中の都民の方に医療情報を提供するということはもちろんでございますけれども、医療機関が連携を組めるような体制ですね、その情報についてもできるだけ多く掲載していきたいというふうに考えております。

【近藤委員】 それからもう一つ、国の資料で医療・健康・介護・福祉分野の情報がブランドデザインというのがあるんです。そうすると、少なくともこのメンバーはその骨子くらいはつかんでおかないと討論しづらいかなと思います。3月末だったか。

【吉田副参事】 先ほど近藤委員からお話がありました骨太をあわせまして、その辺の情報をそろえまして、後で郵送でもさせていただきたいと思います。

【橋本部会長】 はい、お願いします。

【稲波委員】 私ども東京都病院協会では、やはり地域格差というものに非常に強く関心を持っております。前回お願いしたかと思いますが、東京都の物価といいますが、そういうものと全国一律のものとの比較をしていただいたやに思います。その資料をお出しいただければありがたいなというふうに考えております。

それから地域格差の問題は、先ほど副参事もおっしゃいましたように、国が関与するところが多いものですから、東京都で何ができるかということはあるんだと思うんですが、マクドナルドのハンバーガーでさえ地域が変わって、従来、日本中同じ価格でやれていたのは、あれはきっと薄利多売ができたんだらう。東京のマクドナルドのところでは一人の職員が100食売れる。でも、地方では30食かもしれないけれども、そこは薄利多売ができた。皆さんもきつとご存じかと思いますが、病院の医師数とか看護師数は、外来の患者さん何人につき医師が何人、入院患者何人につき医師が何人というふうになっていて、これは薄利多売ができない状態であると。そういうふうに医療法で決まっているということとをぜひ念頭に置いていただいて、いろいろな点でちゃんとそれを根本的に解決することは難しいかもしれませんが、ぜひ東京での、今診療所も相当大変ですよ。病院の経営は圧倒的に東京都では大変だということとをぜひ念頭に置いていただきたいと思います。

【橋本部会長】 よろしくというか、念頭に置くのはいいんだけど、念頭に置いてどこに反映する。そういう希望はありますか。まず、要するに地域格差が、医療ということだけじゃなくて、いろいろな物価とか、要するにキャピタルコストみたいなところにありますよという差は、それはデータとして出るんだけど、それでいい。

【稲波委員】 ちょっとあまりにも過激な意見になってしまうので、今は出したいくないです。ただ、いろいろな方策はありだろうと思いますし、公的私的な病院のこともございますでしょうし、ぜひそこはそういう知恵を絞り出していただくのがそちら側の何列もいらっしゃる方々だと思いますので、こちらは要望として出して、その解決策をぜひ、少しずつでもいいですから、お出しただけるとありがたいなと思っております。

【橋本部長】 そのほかいかがでしょうか。

【高野委員】 第3章の第1節に、先ほどもありましたように、仮称でありますけれども、健康危機管理センターと。これはセンター、仮称なんですけれども、これは事務的なようなものなのか、派遣も含めてのものになるのか。実態が具体的に全然わからないものですから、少し教えていただければと思います。第3章の第1節のところです。健康危機管理センター。

【本多副参事(健康危機管理推進担当)】 現在、衛生研究所が、健康安全研究センターという名称で新宿区にございますが、そちらの旧館の再建整備に当たりまして、大規模な食中毒や感染症の蔓延などに対応できるような総合調整機能とか都庁に置いている広域監視部門等に移して再編し、名称を変更しようということでございます。

【橋本部長】 よろしいでしょうか。これは変な話だけれども、東京都の研究所が古いから、もうちょっと衣がえして何とかしようという話だけじゃなくて、もうちょっときちっとした構想がありますよね。国も相当力を入れてこの危機管理を、組織を持っているわけですから、それに対抗というか、それに負けないぐらいの東京都民を守るぐらいの力のあるところを建てなきゃ、あまり意味がないような気もするんですけどね。

【本多副参事(健康危機管理推進担当)】 私どもの気持ちとしては、今、おっしゃられたとおりでございますが、インフルエンザ等の管理や食中毒等の対応などを、こちらの危機管理センターで一括して対応できるような形の組織にしたいと考えております。基本構想につきましては、5月末に策定し、建設の詳細について内部検討しているところでございます。

【吉井参事】 ここに健康危機管理センターの仮称の整備ということで丸が2つほどございますけれども、小さな字でございますけれども、今部長がちょっとおっしゃったように、東京都の今言ったように、新型インフルエンザとかを含めて、健康危機管理についても一貫した形で、ここで拠点としての対応をしていきたいと。例えば、東南アジアのほうともネットを結んで情報をいち早く得るとか、そういう形も含めて、いわゆる総合的な機能をここで発揮していきたいと。今の衛生研究所の機能をバージョンアップさせていくということで、以降の健康危機管理の課題については、ここにある意味総括的に対応するような、そうしたような機能というふうに整理して、これから具体化を図っていくというものでございます。

【橋本部長】 よろしいでしょうか。

【稲波委員】 別件で。

【橋本部長】 今のことで何かご意見ありますか。

【高野委員】 そうすると、疾病というか、そういう感じのもので、例えば精神科絡みの対策とか、こころの健康の面の危機管理には触れないことになりますよね、完全にね。わかりました。

【栗野委員】 最後の丸のところなんですけれども、「平成19年度より組織・人員体制の整備を順次実施」と書いてございますが、これは、この間、私もちょっと見たような気がするんですが、これは医師会、歯科医師会、薬剤師会とか、いろいろな会がありますね。そういうところで別々に組織を立てて、そしてそれを網羅して東京都でやっていくというような、そういう体制のことを言っているのでしょうか。どういうことでしょうか。ちょっと教えてください。

【本多副参事(健康危機管理推進担当)】 健康安全の関係につきましては、都庁に健康安全室という部がございまして、それ以外に健康安全研究センター、旧衛研がございまして、総合調整部門をこちらに設けるということですので、どのような組織を都庁から百人町に移すかという部分での組織人員体制でございまして、あくまでも行政内部の話でございます。

【栗野委員】 わかりました。ありがとうございます。

【橋本部長】 よろしいですか、この件に関しては。じゃあ、どうぞ。

【田城副部長】 田城ですけれども、第2部各論の第3節、5の小児救急を含む小児医療の件ですが、今、ご説明があって、そのとおりだと思います。それに加えて提案ですが、東邦大学の森大病院と森医師会だったと思いますが、連携を組んで、森医師会がやっている夜間休日診療所を東邦大学の森大病院の中でやっている。ですから、10時までは森医師会の当番の先生がそこに詰めてトリアージをして、開業医の先生が診れる範囲は自分たちで診て、難しいと大学の人に渡すというやり方をしています。それで、夜来た場合に、翌日は自分の診療所で診るというようなやり方の連携もやっています。

これは全国でも先進的な事例で、ほかに同じことをやっているのは仙台ですね、東北厚生年金病院の小児科と地域の医師会が同じようなことをやっている2例ぐらいしか僕は知らないんですが、これは非常に患者さんとそのお母さんにとっては非常にいいと。要するにこれは軽いのか重いのかって素人には判断つかないですよ、ご家族。それから10時までとわかっていたら、9時30分だったらどうしようかというようなことがあるので、

これは先進的で全国に誇っているいいシステムだし、全国に普及すべきものだというふうに思っていますので、この第2部第1章第3節の5のところに総論を書くほかに事例とか、東京都の進んでいる例として、ここに書いていただきたいという提案ですし、書くことは可能かどうか教えていただけますか。

【吉田副参事】 4疾病につきましても、この後ご説明させていただきますが、いろいろな事例、取組、各医療機関、それから医師会などでやっていただいているのがあります。そういう中で先進的な事例、それから参考になる事例ですね。そういうものについては、できればなるべく載せていきたいというふうに考えています。ただ、いろいろな紙面の関係とか、それから東京都以外でやっているものについてどこまで書けるのかという、そういう制限もちょっとあるかと思います。

【田城副部長】 必ずと言っているわけではなく、可能な範囲でぜひご一考をお願いしたいということです。

【細川医療政策部長】 先生おっしゃるように、二次救急の病院で一次の人たちがやっているというのは、都内では10カ所やっています。それが一つの類型となっていて、先生おっしゃるように、非常にいい取組になっているので、今後、そういったことの方で進めたいとか、そういったことも含めて、ここの中で大きな方向性として書き込めるかなというふうに思っています。

【田城副部長】 東京都の地域医療計画は厚生労働省も注目していますし、東京って全国の首都ですから、他の46道府県のお手本になるような地域医療計画の本にということもあるので、先進的な事例かつ、これをお手本に他の46道府県でもやってちょうだいよというようなものを幾つか示せばいいのではないかな。東京都の地域医療計画の本を教科書として他の道府県が参考にしてくれるぐらいの意気込みでと、少なくとも僕は考えておりますので、ぜひよろしくお願いいたします。

【橋本部長】 そんな意気込みでやりましょう。

【稲波委員】 つまらないことなんですけれども、いろいろなデータが出ていますよね。疾病分類別病院の推計入院患者数の推移のところ、見てて、下の段の虚血性心疾患の平均在院日数ですかね。

【吉井参事】 これはまた後ほど。

【稲波委員】 これね、見てて変だなと思ったのは、平均値が書いてあって、全国平均と比べると、ものすごい東京都が高いので変だなと思ったんです。これは一つの特異的な

数字があるので、それを一緒に平均することがほんとうにいいのかなというふうに、中央値をとるとか、棄却検定を使うとか何かしないと、虚血性心疾患の平均在院日数かな、全国が15.9で、東京都が22.0ですごく長いのは、これは1カ所に引きずられているんですね。つまらないことではありますが、でもこれはきっと間違える可能性があるもので、平均を何をするかというのはちょっと考えていただいてもいいかなと思います。

【橋本部長】 それはちょっと後で。その前にございますか。今、資料3までのところで、どうぞ。

【飯山委員】 国保連の飯山ですが、若干この前からIT技術のことにこだわっておりまして、きょうの資料でいいますと、例えば総論の第4章の東京の保健医療の方向性のところに、IT技術の積極活用ということをごひここで触れていただきたいというのが1点と、それから次の第2部の各論のところの第1章第2節で地域の保健医療提供体制ということであれば、ここでもやっぱり出てくるんじゃないかなと思うんですね。在宅医療を推進していく上では、診療所、病院との情報のやりとり、特に治療内容のやりとりも必要になってくるんじゃないかと思しますので、そこら辺でもぜひ活用をお願いできればというふうに思っています。

具体的には、へき地医療のところでは、画像伝送システムによる診療支援というのが出ていますので、これはおそらくへき地だけでなく、都内でも同じようなことができるのではないかと思いますので、他の部門でもお願いをと思っております。

同じようなことでは、第2章の第1節、保健・医療・福祉の連携のところでも、国のほうでは情報ネットワークシステムの取組と書いてありますけれども、ここら辺でも出てくるんじゃないかなと思っています。それから第4節の高齢者保健福祉対策のところでも医療と介護の連携ということを考えれば、ここでも情報システムが大事になるんじゃないかなと思っております。そんなところがほかにもあるかと思いますが、ぜひご検討の上、お願いしたいと思っております。

それからもう一つは、個別の面ですけれども、第2部第2章第5節の3、精神保健医療対策のところ、ぜひ児童精神科の充実について私は入れていただきたいと思っております。

前職の児童相談所の際に、やっぱり児童の精神科の問題では、えらい苦勞をしておりまして、特に最近難しいお子さんが増えておりますし、家庭ぐるみでの対応が非常に必要になってきていると思しますので、ここら辺のところをご配慮いただければというふうに

思っております。

【橋本部長】 例えば、今の議論で、小児の精神科を持っているところは都内にどのぐらいあるとか、そういうデータはどこかで示せるんですよね。今なくても示せますよね。そういうことが基盤になって、今のお話が生きてくるのかなと思います。

どうぞ。

【田城副部長】 IT化のご発言を受けてなんですけれども、ほんとうに医療、特に在宅医療を推進する立場の人間としては、今の飯山委員のご発言は非常に心強いものがあります。特に在宅介護におきましては、これは固有名詞を言っているのか、国際医療福祉大学等でいろいろな研究費を取って、飯島節先生が訪問看護を、訪問介護の電子ネットワーク化のような、携帯電話で画像を送ったりというようなシステムも開発されているので、可能な範囲というか、まだ発展途上ですから、すべてを書いていただくというふうにはいかなと思いますけれども、そういう可能性もあるということに触れていただければと思います。

ただ、非常に高コストになりますので、インターネット、IT関係の財源で診療報酬上、あまりほとんどついていませんし、どちらかというと、医療費が高騰する要因ではないかと思うので、それを支払い側の国保連合会の委員の口から、支払いが、どちらかというと、医療費を下げる立場の国保連合会からそういう発言があったというのは非常にうれしくも、心強く思っておりますけれども、医療ネットワーク、必要ではありますが、厚生労働省のグランドデザインも若干フライングぎみのところもあるので、理想と現実と経費ですね、コストをどう責任をとるのかというようなこともきっちり踏まえて、現実的に、5年後は多分コストも下がっていると思いますけれども、あまり夢ばかり追わないで、現実的なこととコスト分析もきっちりやっていただければ、首が締まるのは病院側なので、ということは申し添えたいと思います。

【飯山委員】 今の件なんですけれども、一応先ほどの意見は受療者側の委員ということでの発言ということが一つと、あと支払い側といたしましても、重複の検査を避けることができるとか、いろいろな意味で省けるところが出てくると思うんですね、こういう情報システムを活用すれば、そこら辺のところ効率化に資するのではないかと考えていますので、ぜひご理解をお願いしたいと思います。

【稲波委員】 IT化は素晴らしいことですし、すごくコストがかかることを簡単に、例えば、平均在院日数より2週間以上出た者は自動的に抽出して、それを検討するとか、

非常にいいことだと思いますけれども、僕は先生とはちょっと違って、ITを使って、あれは当初の予算というので、すごく経営側から見るとわかりやすいコストなんですね。電子カルテを入れるのに1億円かかる。これは何年間でやればいいたろう。でも、そういうものに関しては、国も東京都もちゃんと見てくださるんですが、それを使うときに、例えばメールで相談があった。それに対応する人的なコストが非常に実は大きいんです。それは目に見えなくて、ほとんどの場合にでも考慮されないんですね。今度、東京都がテレパソロジーとテレラジオロジーですかね、あれに関しても1,500万円とかいろいろついていますが、それをハンドリングする医師だとか、それ以外の人的コストが、考慮するのは難しいのかもしれませんが、そこをぜひお考えいただければと思います。

【田城副部長】 それにつけ加えて、森内閣の最後にメディスがやった60億弱の全国30カ所のネットワーク事業というものの追跡調査の研究の結果を見ているんですけれども、稲波委員がおっしゃったことに、さらにランニングコストですね。回線費とか、そういうのも実は、補助金でハードは買ったんだけど、その後のランニングコストって意外とばかにならないというのがありますから、そこが診療報酬ではきちっと手当てされていけませんので、そういうこともきっちり、この地域医療計画に当たるかどうかわかりませんが、そういうところも含めてITネットワークの整備というのは考慮すべきだと思います。

【橋本部会長】 話が拡散します？

【土屋委員】 私はデータのほうで、こここのところに高齢人口とか、ひとり暮らし高齢者世帯とか出ていますね。その中で一つ気になっているのは、多分、東京はそうだと思うんですけれども、今、日本で2007年がひとり暮らしの方が家族構成の中で一番大きくなる。夫婦といういわゆる古典的な家庭は必ずしも一番ではないと。ひとり暮らしが全世代というんですか、必ずしも高齢者とか、母子とか、そういうだけじゃなくて、全体の中でひとり暮らしがトップになっちゃう。多分、東京は既になっているんだろうと思うんです。

それをなぜ言うかという、我々はどうしても情報を伝えるときに家庭を基盤に考えます。だれかはきっと相談できる人がいるんだろうというふうに思っているいろいろな情報を出しているんですけれども、基本的にもうその人しかいない。1人にちゃんとした情報を伝えていく。なぜそれがここで、私の町田市でも麻疹がはりました。それで、どういうふうにやるかと言っているいろいろなことを考えたときに、リアクションが怖いんですね。ワク

チンがないところを、どこどこにありますなんて言うと、どんなふうに市民が動いちゃうかわからないような、市民と我々との基本的な情報のとり方等を含めて非常に難しくなっている一つには、私はいわゆる世帯の中で一人世帯が増えちゃって、十分な情報のコミュニケーションがとれなくなっているというのが、特になぜ健康のところと言うかという、当然自分自身がそういう病になったとき、非常に危機的になりますよね。熱が出ちゃうとか、あるいは子どもが熱が出た、年寄りがぐあい悪くなった。そういうときの情報判断を、昔ですと、おばあちゃんに聞いたとか、親戚に聞いたとか、そういうのが今非常に薄くなっているんだろうと思うんですね。そこで情報をどういうふうにかき出していきかというのがきわめて大事なんだろうと思っています。

それで一つは、世帯の問題が頭の中にあるんですけども、一つそういうのをこれから、これは残念ながら回復しないと思っています。三世代みたいな家庭は出てこない。となると、それに対応していかなきゃいけないと思って、私も今頭の中でそれを考えているんですけども、ですからデータではその部分というのは、そういう観点から大事じゃないかなというふうに思ったところでございます。

あとはちょっと気になっているのは、アスベストなんかはどこに入るのかななんて思ったわけでございます。

以上です。

【橋本部長】 今の前のほうのアスベストじゃないほうの一人世帯が多くなります、そこに情報提供をどうしていきましょうか。もしくはさらにその支援をどうしていきましょうかという切り口はどこかにありますか。

【吉田副参事】 逆に、私どもちょっととらえていたのは、今、高齢のひとり暮らし世帯、これが17年現在で50万世帯なんですね。それが10年たちますと、74万世帯ぐらまで上がるだろうと。そういう情報はとらえていたんですけども、そういう切り口での考え方というのを今回ご示唆いただいて。

【橋本部長】 ご検討ください。

【吉田副参事】 そうですね。どういう伝え方かということですね。

【橋本部長】 決して高齢者だけじゃなくて、ひとり暮らしが多くなっている。そこへの情報提供とか、そういう。高齢者というのは地域ネットワークみたいな話である種出てくるんだろうけど、若い人の単身というのはなかなか地域という観点からはつかまえ切れないような気がしますけどね。さっきの危機管理センター、あれとも多少関係が出てき

ますよね、そういう意味では。そこにITがどう絡むかとか、いろいろな切り口があるのかなと思います。

あといかがでしょうか。進行からいうと、ちょっとおくれ始めて、改定部会はいつもこうなんですけれども。どうぞ。

【田中委員】 一つ、各論の4章の計画の1節の2、医療機関の役割というところで一般診療所というのがあるんですが、これについて、前回の14年の計画を見ても、一般診療所に関する記述がちょっと少ないかなというふうを感じるんですね。一番身近な医療機関という、やはり一般診療所、まして私どもの西多摩のほうですと、病院よりも、まずはかかりつけの診療所ということがありますので、これをどのような記載がいいかという考えまでは持っていないんですけれども、ここをもう少し記述を増やしていただけないものかなというふうに思うんですが、いかがでしょう。

【橋本部長】 今のご意見はいかがですか。

【近藤委員】 ここは今ちょうど、きょう吉田副参事も先ほどお伝えしたんですけれども、かかりつけ医ということと、かかりつけ医機能ということと家庭医ということと、ここにも括弧であります、総合医を含む、地域のお医者さんたちがどういうふうな体制で地域の方たちの健康を守るかというのを、今すごい議論、非常にホットな話題になってまして、日本医師会の委員会でも、各都道府県の医師会でも、それから地域の医師会の先生方でも議論発熱している段階です。改めて20年ぶりにかかりつけ医というものは何ぞやということが、今また課題になって議論し始めているところです。

日本医師会の考え方と、それから都道府県医師会でも考え方が少しずつ、地域の違いがあるので異なるところがあるんですが、厚生労働省の案と学会の案と、幾つかの案が入り乱れています。ちょうどこの計画が年末に向けて整っていく段階でおおよそ、前回の計画には載っていないけれども、今回に関してはかなり書き込めるんじゃないかなと。書き込んで東京から発信したいと、これも思っています。

【橋本部長】 都のほうは何かありますか。

【吉田副参事】 ございません。

【橋本部長】 多分、診療所の医師の機能付与がこれからもっと強く進められていく情勢にありますので、そこですね。標榜化の問題が出てきますよね。結局、もとのもくあみで終わりそうですけど。いろいろな学会が猛反対して、総合科がなくなる。結局認められないという話も非公式では伝わってきていますけれども、どうなるかまだわかりません

が、どっちにしても、診療所の医師の書き込みはもっと必然的に必要になりますね。

【田中委員】 もう1点なんですけれども、その上の行政の役割で、都の役割としまして、区市町村への支援を実施と。これは財政的支援のように受け取れるんですが、財政面だけでなく、ほかの、例えばまちで病院なり、診療所を誘致したいというようなときの財政面以外の支援のようなものもここにに入れていただければありがたいなというふうに思います。

【橋本部長】 現実にはやっているんですか。診療所レベルはあまりやっていないか。

【吉井参事】 診療所はそうですね。基本的には病院の場合で言えば、支援というよりも、先ほどの基準病床の関係での地域的な状況で事前相談を受け付けたりなんかということはやっています。それと、あといろいろなケースにはやっていくんだろうと思いますけれども、例えば、具体的なところでの病院なら病院の運営に当たってどういうところをクリアしていったらいいかとかというところの相談とか、そういうのはやっておりますけれども、例えば、何か具体的にそこへ足りないから持ってくる、誘致するとかというようなケースという形になるのでしょうか、今言っている趣旨は。

【田中委員】 私どものまちで、やはり地域的に診療所が偏在しているんですね。そこで、どの地域にも診療所を設置できないかというような、議会でも一般質問があったりしているんです。そういったときに、診療所、これは難しいというのは十分自分でもわかっているつもりなんですけれども、自由に開業できると。難しいのはわかっているんですが、それ以上に、まちのほうとしてもどのようにしていいものか、どのように誘致できるものかということところがまちのほうで限度がありますので、都のほうでそういった支援策を検討願えないかなというふうに思うんですけれども、大変難しい問題だとは思いますが、前回の計画ですと、ここは検討するというような記載になっていたかと思うんですが、14年度の計画で。103ページですね。

【吉井参事】 103ページですか。

【吉田副参事】 全体の中で検討させていただきたいと思いますので。

【田中委員】 よろしくお願いします。

【橋本部長】 どうぞ。

【飯山委員】 今の同じページの行政の役割のもう一つ下に保険者の役割というのがありまして、ここで保健指導とかそういったことが出ているんですけれども、これについては非常にこれから我々としても厚くやらなきゃいけない課題でありますし、医療費適正化

計画のほうでも議論しなくちゃいけませんし、保険者間でのいろいろな議論がありますので、ぜひそういった推移を見ながら、そこら辺のところを十分ご考慮いただきたいなと思いますので、よろしくをお願いします。

【橋本部会長】　まとめていただきまして、ありがとうございます。

そろそろいいですか。データなんかはありませんか。いいですか。このデータの部分については、東京都全域を示すんですか。東京都も地区によって結構違いますよねという話が結構際立っている自治体ですよ。その辺は特徴としてはあるとは思いますが、特に療床の問題になってくると、療養病床とか、かつては精神科も含めて西多摩とか多摩地区に偏在していたということの影響はまだ消えていないですよ。そういう問題と介護保険が出てきて、多少地区で高齢者を最後まで見れるかもしれない状況が出てきたけれども、どうなんだろうというような、そういう、どこで死んでいるかというのが一番おもしろいデータだと思いますけど。というような、今までのものがどう推移してきているかみたいなところをもう少し工夫があってもいいかなというふうに思いますが、ぜひそれも、そんなに急がないことだと思いますけれども、ご検討いただければというふうに思います。夜ですから時間はずっとあるんですが、おなかもすいていますので、先を少し急ぎたいと思います。

それでは、議事の(2)に参りたいと思います。東京都における4疾病の現状とこれまでの取組と。いわば求められている計画の中でかなり重要な部分になりますので、そこを議論したいと思います。

それでは、説明をお願いします。

【佐藤医療政策課計画係主事】　それでは、資料4の「東京都における4疾病の現状について」ということで、既存の統計調査から簡単に示しておりますので、後からごらんいただきたいんですけども、ポイントだけ申し上げますと、1つ目が受療状況について、厚生労働省の患者調査からとっております。これがその疾病ごとに罹患している人をとらまえるのが難しいので、代替的に受療している人をとらえているところがありまして、例えば医療保険制度の自己負担等の影響も受けますので、そのあたりはご留意いただきたいと思います。1枚目と2枚目はそれぞれ受療の状況について示してございます。

3枚目が人口動態統計から見ました4疾病の死亡の動向でございます。これも後からごらんください。

4枚目が「二次保健医療圏ごとに見た4疾病の状況と医療機能」ということで、患者調

査と、その右に東京都医療機能実態調査から見た医療機能について記してございまして、ポイントだけご説明申し上げますと、傷病分類別に病院の推計入院患者の流入流出状況とありますが、医療圏ごとの色の濃さで、域内完結率ということで、医療圏に住所を置く人がその医療圏で何%入院しているかということを示したものでございまして、色が濃くなればなるほど、そこの医療圏内で入院しているということでございます。ご留意いただきたい点としては、脳血管疾患であれば、それが急性期か回復期か維持期かというところまではとらえられないというところでございます。なお、糖尿病については、比較的各医療圏内で完結しております。

その次に参考とありますのは、これは参考にその他のデータを載せさせていただきまして、その中で、2枚目の平均在院日数については、稲波委員からご指摘がありましたとおり、年度によってばらつきがありまして、かつあくまでも平均なので、実態をしっかりと示しているとは言いがたい点もありまして、国の指標の中にもこの平均在院日数が出てくるかどうか不明な点でございますので、あくまでも参考扱いということで載せさせていただきました。

現状については以上です。

【吉田副参事】 それでは、続きまして、資料5をごらんいただきたいと思います。

今回の医療計画改定の目玉と申しますか、4疾病なんですけれども、まだ国から指針が示されておりませんが、現在、東京都の4疾病の現状、それとこれまでの取組についてご説明させていただきます。

資料5 - 1が東京都におけるがんの医療提供体制についてでございます。がん対策につきましては、ご承知のとおり、国のほうでがん対策基本法、これが4月1日に施行になってございます。その中では、3点ありまして、がんの予防及び早期発見の推進ということ。それからがん医療の均てん化の促進、そして3点目ががん研究の推進ということが出ております。

それに基づきまして、東京都でもがん対策推進協議会を設けてございます。5月に第1回を既に実施しておりますが、この中でがん対策推進計画、これを位置づけていくように考えてございます。策定の期間としては今年度中に、医療計画と同時進行になりますが、策定していくということで、これも期間といたしまして、医療計画と同じ平成20年から平成24年度までの5年間ということでございます。

計画の内容(案)といたしましては、そこに4点示してありますとおり、がんの予防・

早期発見対策の推進、情報収集提供体制の整備、それからがん医療水準、これの全体的な向上、あるいは緩和ケア、ターミナルケア体制の充実ということでございます。

それと、がんの診療体制につきましては、下のほうの真ん中になりますけれども、既にがん診療連携拠点病院というものが指定されてございます。今、島しょを除きまして、12の医療圏があります中で、10の医療圏につきまして、地域がん診療連携拠点病院ということで既に指定されてございます。

これが平成19年4月1日現在の拠点病院でございますが、平成20年4月に国が新規または更新して指定する予定でございます。これも指定期間を今度は設けまして、4年ということになっておりますが、具体的な機能といたしまして、その左にございましてがん診療連携拠点病院の機能というふうになっております。この考え方といたしましては2つございまして、1つが都道府県がん診療拠点病院、これが都道府県に原則として1つ。それから下のほうにございまして地域がん診療連携拠点病院、これは医療圏、12になりますけれども、12の医療圏に各1つというふう考えられてございます。

下のほうの地域がん診療拠点病院の主な指定要件といたしましては、集学的治療の実施、それから緩和医療の提供体制を設けること。それから3点目といたしましては、地域の医療機関、これに対する支援などがございまして。また、それに類します専門的なスタッフをそろえることと、あるいは相談支援センターを設けることもありますが、最後に、院内がん登録の実施ということも書かれてございます。これも東京都にとって大きな課題であると考えております。

都道府県がん拠点病院につきましては、それにプラスいたしまして、上のほうに3点丸で囲ってございますが、地域がん診療拠点病院の医師、看護師等への専門的ながん医療研修の実施。それから地域がん診療拠点病院、これに対する症例相談、こういったものの診療の支援でございます。そして、3点目が都道府県がん診療連携協議会、これを設置しなさいというふうになっています。

これにつきまして、「東京都がん対策推進計画」、また、それ以外のものについて検討させていただきますが、下の右のほうですね、東京都におけるがん診療連携拠点病院のイメージ図というのを挙げてございます。これにつきましては、現段階で考えられるものとしてでございますので、推進協議会などでこれについても検討を進めていく中で具体的な案になっていくかと思っております。

東京都のがんの医療提供体制については、5-1の資料でございます。

続きまして、5 - 2をごらんいただきたいんですが、4疾病のうちの2番目、脳卒中の医療連携体制でございます。脳卒中の医療連携体制につきましては、東京都といたしまして、がんの拠点病院のような形でしっかり定まったものはまだございません。ただ、その中でいろいろパイロット的にやっている事業がございまして、二次医療圏ごとで疾病別の医療連携の取組を行っております。今回はこれの区中央部の取組についてご紹介させていただきます。

疾病別医療連携の位置づけなんですけれども、東京都における地域医療システム化推進事業、これを平成12年から行っております。二次医療圏ごとにシステム化推進計画というものを設けてございます。その中で、平成15年から疾病別の連携、これについての検討作業を行っております。区中央部におきましては、脳卒中ということで取組を行っていただいたところでございます。実際に各地域によりまして疾病を選んでやるんですけれども、主にがんとか、脳卒中、それから心疾患、糖尿病などの生活習慣病、これを中心に取り上げてございまして、急性期や亜急性期、慢性期など、そういった状況に応じた連携体制の組み方、こういう医療提供体制、これについて検討したものでございます。

その目的といたしましては、疾病別の状況、こういうものに適時に適応できるような統一的な基準、ガイドラインですね。例えば糖尿病ですと、ヘモグロビンA1cが幾つになったら拠点病院に送ったらいいとか、そういうことの検討などをいたしたものでございます。

区中央部における疾病別連携の取組ですけれども、下にございます検討会については、中央部5区でございます。そちらのほうの地区医師会さん、地区歯科医師会さん、地区薬剤師会さん、それから中核的な病院、それから脳卒中の専門家、あるいは行政の方にお入りいただいて検討しております。平成16年から検討いたしまして、その取組内容は右のほうに掲げてございます。実際にアンケートを行って、医療提供体制、この現状を把握したり、平成17年度に至りましては、回復期、維持期、この基準をつくったり、そして平成18年度は医療連携リストを作成しております。机上に参考としてお配りしております、このブルーの冊子が区中央部のリストでございます。そこでは急性期、回復期、維持期に分けました各医療機関の機能など、これにつきまして細かく記載してございます。

こういうものが一つの例となりまして、医療計画の中に何らかの反映ができないかというふうに考えてございます。医療計画の反映のポイントといたしましては、右下にございますけれども、他の区域におきます脳卒中の医療連携体制、こういった取組への展開、そ

れから急性期搬送から介護、福祉サービスまで一貫した連携、これをどう組み立ていくか、そういうものがあるかと思えます。

脳卒中につきましては、以上のような形で、事例の紹介という形にさせていただいております。

次の資料5 - 3は、4疾患のうちの3番目の急性心筋梗塞でございます。これにつきましては、資料5 - 3にございますとおり、東京都のCCUネットワーク事業というものがございます。昭和54年からと申しますので、もう20年以上にわたります、こういう取組が行われておりまして、そこにCCUネットワークに参画医療機関ということで62の医療施設、それから東京消防庁さん、搬送で重要な役割を果たしています。東京都医師会さんのご協力によりまして、こういう医療の取組を行っております。

目的といたしましては、心疾患患者、これを発生場所から専門施設、こちらに速やかに収容する。適切な医療を受けられるように組織化したということでございます。それから2番目といたしまして、心臓循環器救急医療、これにかかわる方々、これの技能の向上、あるいは患者家族への普及啓蒙などということでございます。

右の活動内容でございますけれども、CCU参画医療機関、これが輪番で消防庁からの電話相談、あるいは心疾患患者の入院先などを決めて実施しております。CCUの参画機関、あるいは消防庁、東京都医師会さん、あるいは東京都などで連絡会を年4回実施しております。それからCCU研究会、これを加盟施設の医師、あるいは救急隊などによって行っております。また、救急処置向上のための基礎データの収集とか分析、こういったものについても行っているとともに、最近では、AEDの講習会、これをそろえることと同時に、講習会のほうも行っております。

CCUの参画医療機関につきましては、下の東京都の図のところに書いてございます。こういう中で患者の搬送の流れというのが左にございますけれども、CCUの参画機関の中で輪番制をとって空床を確保して、そういうところに東京消防庁、こちらのほうから直接、真ん中にございます「東京CCUハートライン」というホットラインを設けております。そこで空床状況などを確認して、そこに適切に搬送しているという体制をとっております。ただ、このCCUの機関につきましても、二十数年行っておりますが、まだ多摩地区などではなかなか医療機関が少ないなど、そういう面での問題もございます。

CCUネットワークについては以上でございます。

続きまして、資料5 - 4は糖尿病の連携ですが、先ほど申しましたように、糖尿病につ

きまして、東京都でまだ確とした連携体制というものは持ってございません。ただ、先ほど言いましたように、二次医療圏での疾病別連携、この取組を行っております中で、区の南部と区の東部の取組、これにつきましてご紹介させていただきます。

区の南部につきましては、品川区、大田区、この2区になります。そちらのほうの区南部糖尿病医療連携検討会というものを設けてございます。地区医師会さん、地区歯科医師会さん、地区薬剤師会さんなどに入らせていただきまして、中核的病院、これは東邦の大森のほうに事務局的な病院としてやっていただいております。

幹事区といたしまして、2区で持ち回りでやっていたんですけれども、平成19年度、今年からは病院、医療機関に直接この事業をお願いするような形で実行しております。取組の方向性として、医療機関相互の役割分担の明確化ということで、医療連携のリストを、区中央部と同じような形でリストをつくっております。

また、区南部につきましては、特に住民とか医療関係者、この辺の普及啓発ということに重きを置いておりまして、いわゆる潜在患者さん、これの掘り起こしなどについても熱心にやっております。そういう意味で発生予防から発症患者の自己管理などの支援、そういうきめ細かな連携体制ということを考えてございます。

そこに潜在的な糖尿病の患者を掘り起こすということを書いておりますけれども、実際に取り組んだ内容が下に書かれている中で、いろいろなガイドラインとか、連携パス、こういうものをつくった。あるいはアンケートを行ったとかいうことをしておりますけれども、その一番下にパイロット・スタディーというのを、昨年度末に実施いたしまして、実際にある地域を選びまして、テストテープ、尿試験紙ですね、これを配っております。その回収の状況などを追いかけるようなこともやっています。その中で自分で検査して、これまでそういう自覚症状がなかったんですが、異常値が出た方がどれだけ実際診療機関にかかったとか、そういうことの検討をしております。

もう一つ、区の東部の糖尿病医療連携の取組、これについてご紹介いたします。これにつきましては、平成18年度からということで、昨年からは始めております。区東部糖尿病医療連携検討会ということで、地区医師会、こちらにつきましては、すみだ、江東区、江戸川区の3区になります。そちらの医師会さん。あるいは中核的病院さん、診療所さん、それから保健所などの行政機関が入って検討しております。

こちらにつきましては、平成18年度からということで最初から中核的病院、これはお名前を出しますと、済生会向島病院さんのほうにお願いして検討を進めております。平成

18年度からということで、スタートは遅かったんですが、区南部とか、いろいろな連携の取組がございましたので、そういう情報も集めまして、非常にスピードを速くやっております。連携につきましても、リストなどはかなり完成いたしております。これにつきましても、先ほど言いましたガイドラインをつくっております。今、ヘモグロビンA1cが一番基準になるかと思いますが、その基準になったら教育的に入院させるべきだとか、あるいは幾つになったらかかりつけ医にお返しするとか、そういうことの検討をしております。

実際にこの検討会に参加していただく医療機関につきまして、登録制度というものを実施しております。こういった小さなプリントといいますか、プラスチックのボードで区東部糖尿病医療連携加入機関というものをつくりまして、それをご加入いただきました診療所の医療機関に張れるような形にしております。そういう取組をやりまして、来月に実質的に立ち上がります講演会みたいなものを設けようということで、これは区の東部の墨東病院を会場にいたしまして、そういう講演会も実施するという予定でございます。

こういった取組につきましても、医療計画への反映ということで考えてございますが、他の区域における糖尿病医療連携体制、この取組についてもいろいろございます。もう一枚、その次にご説明いたしますが、それからまた、医療従事者、住民、それから医療連携体制の確実な周知とか、そういった活用方法についても検討していきたいというふうに考えてございます。

今、ご説明いたしました二次医療圏の疾病別連携の取組につきましては、資料5-5でまとめてございます。島しょを除きました12の医療圏で、現在9つの医療圏でこの試みをしてございます。それを地図の中であらわしております。ただ、逆に、これ以外ですと、いわゆるこれよりももっと早く、実際東京都が主導ということでなく自主的に連携体制を検討していただいているところが多々ございます。一つ例をご紹介しますと、北多摩南部、こちらのほうで私どもでは糖尿病で連携体制ということで検討を平成17年から行っておりますが、それよりはるかに早い段階からこの同じ地域で、この地域ですので、武蔵野日赤さん、杏林さん、それから慈恵第三さん、あと府中病院など、そういうところが中心になりまして、北多摩南部脳卒中ネットワークというものを組んでございます。そちらも先進的な取組をしてございます。

それからもう一つ大きなのが、有名でございますけれども、糖尿病の連携でございます。西東京臨床糖尿病研究会、こちらのほうも非常に広範囲で、着実かつ先進的な取組を

してございます。次回にはその辺の取組につきましても、ご協力を得られるならば、ご紹介していきたいというふうに考えてございます。

4 疾病につきまして、現状とこれまでの取組についてご紹介させていただきました。
以上でございます。

【橋本部会長】 ありがとうございます。

では、残りの時間を少し議論していきたいと思います。資料4はデータですよ。患者はどのぐらいいるのというのが受療調査から出てきているということですね。それから死亡率は人口動態統計から出てくる。そのほかに医療機関がどうあるかというような患者の動きがどうかということが医療機能実態調査から把握されているということでもあります。こういうベースのデータがあるということになります。これについてはあまり議論をしないでということになりますでしょうか。むしろ取組のほうについてちょっと議論をしたほうがいいのかと思いますので、もし資料4レベルでご意見があれば、コメントがあれば簡単に伺って、それから資料5の話に移りたいと思います。いかがでしょうか。よろしいですか。

では、資料5のほうの取組についてのお話を伺いたいと思います。ご意見をどうぞ。

【田城副部長】 急性心筋梗塞につきまして発言したいと思います。CCUネット、要するに救命救急の部分では東京都で立派な実績があるということで、それは非常に評価していいと思います。それで、今、薬剤溶出型ステント等で非常に生命予後がよくなっていますので、そういう救命救急をやる病院の外来に患者さんが非常にたくさんたまってくると、人員を外来に割くことによって、今度は救急をするドクターを圧迫するというような外来負担ということもありますので、こういうCCUネットに入っているような病院は、基本的には救命救急と入院医療に徹して、外来は地域のかかりつけの先生、200床以下の病院を含めたかかりつけの先生にお願いすると。後ろが便秘にならないように、ずっと流すというようなイメージですけれども、そういうことで、病診連携パスというようなものがいいのではないかと。

直近で、北多摩南部保健医療圏で地域医療支援病院がありますので、つい先週ぐらいですか、その地域医療支援病院の協議会で市と、5つか6つの市ですけれども、その市と各医師会の同意も得まして、7月以降、徐々にではありますが、そういう後方連携、CCUの後のかかりつけ医との医療連携体制について構築していきたいと思っています。そういうのもぜひ参考にして、5年計画ですから、今整っていないくても、平成25年には、

もしくは中間評価の段階には立派なネットが形成できるような感じで医療計画をつくっていただければよろしいかと思えます。

【吉田副参事】 まさにおっしゃられるとおりで、これにつきましては、救急搬送ということを主眼にしてつくられておりますが、その後のいわゆる連携パスですね、そちらのほうというのは一つ大きな課題というふうに考えてございます。

【橋本部部长】 昭和54年からネットワークがあって、これは評価しているんですか。例えば、ほかのこういうものがないところに比べて、すばらしく時間が短くて、治療がすぐ受けられるとか、というような。

【吉田副参事】 こちらのほうの連携会の、そういう救急措置向上のための基礎データの分析収集とか、解析まで行っております。それで、実際に解析した中で、救命率のアップとか、そういうことについての評価といえますか、実績、これについても検討しているところでございます。

【橋本部部长】 ほかの県よりいいんですか。ネットワーク化を図って。例えば心筋梗塞の死亡率がほかより低いとかという話はあまり聞いたことがないんですが。つまり、死亡だけが目的じゃないですけども、何らかのシステムがあって、そういう体制があれば、効果があるはずだということ終わってちゃそろそろいけないので、30年近い実績があるところで効果が示せると、ほかのところもいろいろな分野に弾みがつくのかなというふうにも思います。

【吉田副参事】 先ほどの資料の中でも全国よりもいいということは挙げていましたけれども、このネットワークを組んでから救命率が上がっているとかというデータも出てございます。

【橋本部部长】 それはもっとアピールしていいですね。あと、今4疾患出ていましたけれども、この疾患が多少切り分け方をすると、時間という要素がかなりきいてくる。今のCCUもそうだし、脳卒中もそうだと思いますけれども、そういう連携の問題と、それからがんとか、糖尿病とか、比較的時間的に余裕のある、そういう疾患の連携とやっぱり違ってきますよね。そこら辺は、ほかの疾患でも多分同じようなことが言えると思えますが、そこはシステムをどうつくるかで、今のところの大きい話になってきますね。がんがちょっと気になっている。

【栗野委員】 私のがんが気になっているんですが、私、薬剤師なので、この図を見させていただきますと、がんの場合、入院のときにはお医者さまが診ていただけるというこ

とでいいと思うんですけども、やはり私ども見ておりますと、入院から退院なさって、そしてお薬を取りにいらっしゃる方がたくさん増えてきております。そして、薬局の中でも麻薬を扱っているところがたくさんございますので、その緩和というか、そういうものもたくさんございますし、薬剤師の役割といたしますか、かかりつけ薬剤師といたしますか、薬局の役割ですね。その中ですと、地域一般病院・診療所というのが四角いところがございますけれども、ここからの処方せんもあるでしょうし、拠点病院からの処方せんもあるでしょうし、こういうことが日常茶飯事になってまいりましたので、やはりどこかに薬局というシステムを入れていただきたいなと思います。

そして、このところにも一応書いてございますけれども、いろいろな薬をたくさん飲むことが多いんですね、がんの場合。そういうときに情報収集というか、そういうときに医療連携をしていきたいなというふうに考えておりますので、その中にぜひ連携の部分をきちんと入れていただいた薬局の位置づけというものをしていただきたいと思います。よろしくをお願いします。

【吉井参事】 はい。

【橋本部長】 5 - 1の絵というのは、がん診療連携拠点病院の連携のイメージですよ。ちょっと外に出ているけれども、がん診療の連携、全体のイメージって、今の地域の薬局の問題も含めて、もうちょっと広いかなという感じがしますね。それから在宅の医療も、多分この辺は薬剤師さんが訪問して管理をするとか、そういう新しい、既に始まっているとは思いますが、局面が出てくるので、そういう絵柄もつけてみたいですね。

それからもう一つ問題だなと思うのは、東京の全体の問題ですけども、東京という場所の、ナショナルセンターの病院がたくさんあって、例えば、真ん中の地域がん診療連携拠点病院を見ると、東大がないよねという話が出てきたり、名立たる病院がここからないということは、別にやっていないということじゃなくて、もっとボリュームがたくさんあるのだと思うんですけども、これだけでは多分見えてこないだろうと思います。だからそこをどう入れよう、ここは難しいですね。すごい難しいところですね。がんだけじゃなくてだと思いますが、特徴的にがんにあられるのでしょうけれども、東京都の医療計画と言ったときに、昔から一番悩みのところですね、ここはね。どう描くか。確かにナショナルセンターは東京都のことだけをやっているわけじゃないと言っているし、それは事実だし、ということですね。現状を受け入れながら、多少絵柄にしていくしかないですかね。東京の真ん中だけの問題なのかもしれませんけども。

【佐藤医療政策課長】 今のこの診療連携拠点病院のイメージなんですけれども、これは都道府県に限って書いてございますけれども、この上に、当然のことながら、国立がんセンターがございまして、そこが国全体をやるということになっています。その下に都道府県のがん診療拠点病院がございまして、そこからこういう地域のがん診療拠点病院、これが二次医療圏でございまして、現実には、真ん中のところに拠点病院の指定とございまして、平成20年4月に新たに更新するということでございまして、これは今、非公開でこれを選定中をございまして、国のほうに平成20年4月に国が指定をできるように今手続をしているところでございます。

そういう形で、ちょっとイメージ図の中に国立がんセンターが抜けておりまして、非常にわかりにくくて恐縮でございますけれども、厚生労働省の横のところに国立がんセンターが参りまして、全体の都道府県を取りまとめるという仕組みでございまして、

【橋本部長】 それはわかるんですけども、国立がんセンターだけじゃないですよ。同じぐらいの機能を持っている大きい病院がたくさんありますから、それが抜けちゃっていることがどういう影響があるのかよくわかりませんけどもね。

【細川医療政策部長】 先生、おっしゃるように、東京は病院が多過ぎて中心に、自分こそが中心だという人が多くて、なかなか難しいところがいっぱいありまして、今現在、佐藤課長が申しましたように、地域がん拠点病院の選考をしていますが、ほんとうにナショナルセンターのような病院もいっぱい手を挙げてくださっていて難しい状況だなど。ただ、私も思っていますのは、逆に一病院、自分の病院だけが立派で頑張るぞというんじゃなくて、その病院が地域の中でほかの病院とネットワークを組む拠点になっていただきたい。そういう地域全体を見て、面倒を見るつもりのあるところのがん拠点病院になっていただきたい。それがネットワークのかなめになって、例えば、ここで言えば、皆さんご存じのように、区中央部なんか山ほど病院があるわけです。そういう中で1個だけ言っても、ほかの病院とうまくやっていただけないとできないものですから、そういう観点から選んで、それこそ軒並みある病院が、それぞれがうまく機能するように、その地区の中でやっていただこうと今思っているところです。それをここで全部病院名まで書き込むのはちょっと、今年度選んで、平成20年4月からの国の選定なので、この計画と全く時期を一にしてしまうので書き込めるかどうかについてはちょっと難しいかもしれないと思っておりますが、できるだけ見える方向にしていきたいなということを考えています。

【近藤委員】 がんに関しては、先ほど時間の経緯の話もありましたが、東京の場合は

全国から、ひどいと外国からも治療を受けに来られる、集まる病院が幾つも東京にはあるというのが一つ。それから国立がんセンターに関しては、全国にがんの診療、情報の発信基地、情報センターを設けていますので、これからの役割はまたある意味ちょっと変わってくる。さらに今度、国立のセンターの医療クラスター構想というのがまた出てきているので、またこれも議論のところなんです。一方では地域の診療もやると。

それからもう1個、WHOが言ったこの緩和ケアのあり方に関して、がんの初期のときから痛みに対する治療、モルヒネだけじゃなく、新しい薬が幾つも認められましたし、痛みが耐えられないときのレスキューのお薬の話とか、そうすると薬剤師さんのかかわりももっと出てくる。

それからがん診療連携拠点病院で言えば、いろいろなトータルのがんのケアに対して、地域の診療所を含めて、かかりつけの先生を含めてネットワークをやったり、研修をやったりという立場が中心、それから大学病院、東大がないじゃないか。また一方では、先進的なことをどんどん突き進んでほしい病院も東京にはあると。

さらにもう一つ言うと、がんの種類によって、一通りどのがんもがん一言ですが、例えば早期の胃がんだったらどこの、ある程度の規模の病院だったら、まず、同じように治療まで持っていけることができる。そういうのと、膵臓だとか、肺だとか、わかった時点でもう手立てがこれは厳しいぞというがんをどうとらえるか。そうするだけでも医療機関の棲み分け、患者さんがどちらに向かうべきかとか、それからあとはホスピスの話になってきたとき、在宅でのがんの医療がかかわってきたとき、がんだけでも幾つも幾つも話が出てくるかと思えます。切り口は、例えば癌研有明にしても、武蔵野赤十字にしても、地域で抱えるがん対策のあり方もいろいろ違うので、何かポイントを絞ってここはやっていかないと、ここだけで大きな1冊ができちゃう。

【稲波委員】 私は医者から言っても、高度な医療をどんどんやるというのは、ちょっとぼんとたたいてやれば、どんどん動いていくんですが、ターミナルケアに関しては、やりたいという医師は非常に少なく、それからまた、そういう病院も病人が不足していて、それを在宅で、先生がおっしゃったようにやるのも非常に重要で、高度な新しい医療をやることは比較的簡単だと思うんですが、そうでないところにこそ行政が力を入れるのが重要かなという気がいたします。

【田城副部長】 ちょっと教えていただきたいんですが、医療法に基づく地域医療計画、それからがん対策基本法に基づくがん対策推進計画、これはどっちが上位になるのか。

つまり、どちらに包括される、医療計画にがん対策基本法が包括されるものか、並立なのか。個人的な自分の印象としては、何かがん対策基本法のほうがわりと派手な成立の過程、国会で成立された経緯等もあって、何か地域医療計画と別個に別の生き物として動いているような印象をちょっと持っているんですけれども、やっぱりそれは医療計画のほうが上位なんでしょうかね。

【吉田副参事】 有権解釈を持っているわけじゃないので何とも答えにくいところがあるんですけれども、がん対策については的を絞って出てきたもので、どちらが上とか下とかという感じではないのかなというふうに考えております。医療法はずっとあったものでございますので、そういう意味では、どちらを重視という考え方はあまりそぐわないかなというふうに感じております。

【田城副部長】 どちらを重視じゃなくて、がん対策基本法に基づいて東京都がん対策推進計画を立てたものを医療法に基づく地域医療計画に書き込むということでいいんですね。はい、わかりました。ありがとうございます。

それと、がんで言えば、介護保険法が改正されて、第2号被保険者も特定疾患に15あったのがんが入りますから、40歳以上の方は介護保険を使って在宅医療でヘルパーさんというのができますから、それも書いていただければ、医療計画の枠を超えますけれども、でも在宅医療の部に書くか、ここに書くかは別としても、それも書いていただければ、都民の皆さんががんで在宅でも頑張れて、ヘルパーさんも呼べるというイメージがつかめれば在宅医療等が推進するのかなと。都民の方に親切かなと思います。

【飯山委員】 周りを見渡してみまして、家族だとか、親戚だとか、友人とか、職場の仲間とか、やはりがんで亡くなったり、治療を受けている人がいっぱいいるわけですが、その中で痛切に思うんですけれども、やっぱり検診の充実ですよね。これはがん対策計画のほうで当然触れられてくると思うんですけれども、やはり働き盛りの人というのは、なかなか検診を受診する機会が制限されちゃっているというところもおかしいんですけれども、難しいところがありますので、ぜひ夜間とか、休みの日にとかも、何も全部とは言いませんけれども、できるだけ検診を受ける機会が確保できるように、そういった配慮をお願いできればというふうに思っています。よろしく申し上げます。

【佐藤医療政策課長】 先ほどの資料5-1のところでは先にご説明させていただいているんですが、ちょっと下のところ、拠点病院が指定の関係の経過がいっぱい入っているものですから、ちょっと目立たないんですけれども、右の上でございます東京都のがん対策

推進計画、今、まさしくお話しございましたように、この基本法に基づいて基本計画、国が提示を6月にされておりますので、それに基づきまして推進計画を各都道府県がつくるということで、この中で、今、ご指摘ございましたように、右側のところの白抜きのところに、当然のことながら、現状等を書いた上で、がん予防・早期発見対策の推進ということで、この辺でその辺のところを記載されるかと。

それから2番目に情報収集提供体制の整備、それから医療水準の向上というところ、それからターミナル・ケア体制、これについては当然のことながら、緩和ケア病棟に入るだけではなくて、在宅でやるということも含めまして、先ほどいろいろな話、薬局の問題も出ましたけれども、そういうような形で、ここでそういう形のところをまとめていく。ということで、がんについての推進計画というのをここで策定する。これは今、既に5月に1回目を開きまして、実は7月3日に2回目、そして、7月中にもう一回、で、あと9、11とありまして、ある程度の案文をつくりましてから、計画の案を策定しまして、パブコメをやって、それで来年の2月ごろに最終的にもう一度会を開きまして、3月中に計画を作成するというのでございます。当然のことながら、この保健医療計画と整合性を持たせるという点ですべてを、保健医療計画はもっといろいろなことをつくっておりますので、その中で保健医療計画の中にも記載していくと、そういう形で行いたいというふうに思っております。その辺のところをご理解いただきたいと思います。

【田城副部長】 先ほど部長がおっしゃったとおり、がん診療連携拠点病院の指定は来年の4月1日ですから、ふたあけるまでわからないことになっていると思いますので、これは書き込めないですね。これは書き込めなくてもしょうがないという認識でよろしいかと思えます。僕らも当事者なんですけども。

【橋本部長】 今回の説明で、国がどうしても言えなかった喫煙率を50%以下に下げるとするのは捨てましたよね、国はね。東京都は言う気はない？

【細川医療政策部長】 それにつきましては、がん対策推進計画の検討会が今ちょうど国と同じ垣添先生を座長としてやらせていただいておりますので、そういった議論が今度の7月3日に出るんだろうというふうに思います。国と同様に難しい政治情勢もありますので、その辺を含めてみんなで考えたいなというふうに思っております。

【橋本部長】 国は財務省の顔をうかがったと言っていますけど、東京都は必要なさそうなので、そうでもないか。地方税に入るのか。そうですか。わかりました。

もう時間が実は過ぎているんですが、ほかの、今がんだけの話にちょっといきましたけ

れども、ほかは。どうぞ。がんですか。

【高野委員】 がんで申しわけないんですけども、歯科のほうというか、口腔歯科のときに、口腔外科に入っちゃうと思うんです。口腔外科がどうしてもいろいろなデータの抜けてくるんですね。ですから、その辺を、歯科からのデータなども入れていただかないと、どうしてもいろいろなものになると、各科の関係で、どうしても口腔外科の中に、入れてくれるところと入っていないところがあるので、忘れないでいただければと思いついて、よろしくをお願いします。

【橋本部長】 よろしくをお願いします。

【近藤委員】 追加で、がんに関しては、もう一つ、院内がん登録ってありますが、がんセンターとがん診療拠点病院でがんの登録を進めて、少なくともこの病院の中だけでは日本のデータというのは全く出ないんですね。がん登録がないから。唯一仙台の大内先生のグループぐらい。それからもう一つ、糖尿病では、東京都糖尿病対策推進会議をぜひ、学会と医師会と糖尿病協会と福祉保健局で組んでいる組織がありますので、そこでの情報交換を生かしたい。それから脳卒中、CCUももちろんそうですが、救急隊への啓発、病院前診断を進める、それからメディカルコントロールを生かす。大切なことなんだなと思っております。以上でございます。

【橋本部長】 今の最後のは救急相談センターというのがある程度機能を発揮するんですよね。あれは都民に対するサービスであるとともに、救急隊員に対するサービスではなかったっけ。違うんですか。都民に対するサービス。

【細川医療政策部長】 救急隊員はメディカルコントロール。ドクターが常駐してやっておりますので、そのところで相談したり、指示を受けたりしています。

【橋本部長】 わかりました。

【細川医療政策部長】 プレホスピタルのケアについても、やはりそこでやっていますので、そういったものも含めて、この中にできればというふうに思います。

【橋本部長】 よろしいでしょうか。

いろいろな体制をつくるのはいいんだけど、意地の悪い言い方をすると、患者さんを囲い込む体制にもなっていて、実はそれはその囲い込む中で、いい医療が提供される仕組みをそこに内在しないと、それだけのことで終わっちゃうような気がするの、例えば、糖尿病の医療連携体制についてもおやりだと思いますけれども、例えば、診断基準みたいなものが結構ばらついてきた時代がありますから、そこがそのままになっていないだろう

かとか、糖尿病治療の標準化みたいなことが図られているかどうかというような、そういう観点がほんとうは必要なのかなと思います。これはこれで、別にこれがやっていないとか、そういう話じゃなくて、むしろそういうことが医療計画でシステム化することの意味なのかなと思います。

【近藤委員】　これはお任せで、先ほどの総合医という話がありましたが、やはりこれは医療って信頼関係、それから安心感と安全と質です。質の維持に関しては、改めて地域の診療所の先生を中心に新しいガイドラインが出ているとか、新たな基準が出たといったら、これは改めて生涯教育の立場から、いろいろな立場から今の最新のトレンドはこれだということを常に教育・発信していきたいと思っています。糖尿病に関しましても、糖尿病のガイドだとか、治療のエッセンスとか出てきている今、改めて勉強し直そうという講習会を東京都医師会でやっております。日本糖尿病学会で医師会の取組を発表して参りました。

【田城副部長】　医療連携というのはワークシェアリングだと思います。もう東京都の23区でも一部の診療科ではお医者さんが足りないという医療崩壊がついに23区まで来たかという状況ですから、確かに連携パス等とか、医療連携で囲い込みという側面がかつてなかったわけではないんですけども、今そういう状況ではなく、ほんとうにワークシェアリングをして自分の持ち分のところで精いっぱい頑張るということをしないと、病院も開業医の先生も200床以下の病院も多分過労死してしまうということなので、いい方向でとらえていただけて、ワークシェアリングだということを、薬局や歯科の方も含めて、それでいけばいいと思います。

【橋本部会長】　そのほかございますか。もう8時を過ぎていますがけれども、また、これでこの部分が終わりじゃなくて、今、継ぎ接ぎでやっていますけれども、もう少し全体を通した議論もまたできると思いますし、それから4疾患については、本格的にやらなきゃいけない、そういう時間も必要だと思いますので、また議論したいと思います。時間ですので、きょうの議論はこのぐらいにしたいと思いますけれども、そのほかございますか。

事務局から何かあれば。

【吉田副参事】　参考資料、この2つ、話にも出ましたので、ご参照いただければと思います。それで、机上に置いておいていただければ郵送いたしますので、14年度の医療計画につきましては、そのまま置いておいていただければと思います。

あともう1点、次回なんですけれども、7月12日を予定しております、またご連絡を出させていただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

以上でございます。

【橋本部会長】 よろしゅうございますでしょうか。

それでは、これで閉会いたします。ありがとうございました。

了