

平成19年度 第5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8月2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 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、田中委員(以上9名)
【都側出席者】
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) 東京都保健医療計画第四次改定の骨子について
 - (2) 4疾病の医療連携体制について
 - (3) 4疾病5事業の指標について
 - (4) その他

会議録

【橋本部部长】 それでは定刻より少し前ですが、前回に引き続き、委員のほうこそ
ってしまいましたので、第5回の改定部会を開会いたします。

お暑い中、お集まりいただきまして、ありがとうございます。ぜひ上着等々をお脱ぎに
なって、ゆったりとやっていただきたいと思います。

それでは、まず議事に入ります前に、委員の出欠等について、事務局から御報告をお願
いします。

【吉田副参事】 暑い中、どうもありがとうございます。本日ですが、土屋委員から御
欠席の連絡をいただいております。以上でございます。

【橋本部部长】 はい、ありがとうございます。では、議事に入らせていただきます。事務局から、まず資料の確認をしてください。

【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「東京都保健医療計画第四次改定骨子(案)」でございます。こちらは5枚でございます。次に資料2として「4疾病の医療体制における各機能類型」でございます。こちらは4枚でございます。次に資料3として「疾病・事業別の医療体制構築に係る国指針における指標(例)について」でございます。こちらは3枚でございます。また、このほかに、これまで御説明しておりませんでした、がん及び医療安全につきまして、「東京都のがん対策推進計画の内容(案)と検討項目(案)について」及び「東京都医療安全支援事業の概要」を参考におつけしてございます。次に参考資料といたしまして、7月20日付で厚生労働省より発出されました通知をおつけしてございます。参考資料1としまして、医政局長通知「医療計画について」、参考資料2としまして、医政局指導課長通知「疾病または事業ごとの医療体制について」でございます。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。資料の漏れなどはございませんでしょうか。

では、前回もお願いさせていただきましたが、今回お配りした資料は、あくまで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お願いいたします。以上です。

【橋本部部长】 ありがとうございます。資料の取り扱い、よろしく願いいたします。あまり何度もしつこく言っていると、何か鈴をたくさんつけているような気がして、よろしく願いいたします。

では、議事の1番目でございます。東京都保健医療計画第四次改定の骨子についてということで、事務局から御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、座ったままで失礼させていただきます。

まず議事1でございますが、議事1につきましては、資料1で御説明させていただきたいと思えます。資料1「東京都保健医療計画第四次改定骨子(案)」でございます。

こちらの骨子の位置づけを御案内させていただきますが、改定部会の親会、8月28日に予定しておりますが、親会である推進協議会にお示ししたいと考えている内容でございます。また9月に開会を予定しております医療審議会にも示したいと考えております。そのような位置づけの資料でございます。

今回の内容でございますが、第3回の改定部会でお示ししました骨子案に、次回以降提示予定とさせていただいた部分について書き加えたものでございます。以前お示した項目については網かけで、今回新たに加えた部分につきましては、白地のままでお示してございます。また、先ほど参考資料で御紹介させていただきましたが、この7月に国から医療計画についての作成指針と疾病・事業別の医療体制の指針が出てございますので、それを踏まえまして、こちらの左側の欄でございますが、今までは平成18年2月の医療計画の内容を記載していたものを、今回、新たに発出された7月の計画の内容に置き換えてございます。なお、国の指針案なのですが、指針の構成上、必ずしも東京都の第四次改定の骨子案と当たらない部分もございますので、参考としてごらんいただければと考えております。

それでは、新たに書き加えた部分を中心に説明をさせていただきます。

まず「総論」でございます。第2章、こちらは括弧書きで示しておりますとおり、変遷について簡単にまとめさせていただきたいと考えております。

続きまして、「各論」のほうにまいります。「各論」の第1章でございます。こちらは、次回以降提示としておりました項目に、前回の部会で御説明させていただいた事業や今後の取り組みの方向性などをまとめて記載しております。

それでは、第1章第1節の「住民・患者の立場に立った医療提供体制の構築」でございます。こちらでは、「ひまわり」による医療機能情報提供制度の実施、医療機関の広報ガイドラインの普及により適切な情報提供の支援、第3番目としまして、都民向け理解促進のテキストの活用などにより、医療情報の理解促進に取り組みを図るという内容の3段立てで構成をしております。

次に第2節と第3節でございます。こちらにつきましては、7月に国に出された国の項目、国の指針のほうで、例えば必要な医療機能ですとか、医療機関名を記載しなさいという作成にあたってのポイントが書かれてございますので、この記載内容を参考にいたしまして、今回の保健医療計画で4疾病5事業の医療連携体制を記載する根拠、例えば国の指針に示されているというようなことですとか、あと、連携体制にあたっての基本的な考え方をまとめて記載をしたいと考えております。

次に4疾病5事業の各事業についてでございます。こちらは第3回改定部会で、5事業のうち、周産期を除く4事業については既に説明させていただいておりますので、今回はそれ以外の部分について触れさせていただきます。

まず1に「がん」でございます。がんにつきましては、今まで改定部会でも御説明しましたとおり、現在、がん対策推進協議会で、東京都がん対策推進計画を検討しているところでございます。ついては、その内容に合わせて記載内容を考えてまいります。がん対策推進計画の枠組みとしましては、こちらの欄に記載してございますとおり、がんの予防・早期発見、情報の収集提供体制の整備、がん医療水準の向上、ターミナルケア体制の充実という構成で記載を予定しております。現在のがん対策推進協議会の検討内容につきましては、先ほど補足させていただきましたとおり、別途参考資料をおつけしてございます。なお、こちらに記載しております4番目のターミナルケアという表現でございますが、その表現についても、がん対策推進協議会のほうで検討しているところでございます。

次に2「脳卒中」から4「糖尿病」まででございます。この3疾病につきましては、前回の改定部会でお示しした内容を、施策の方向としてそれぞれ記載しております。

「脳卒中」につきましては、1つ目としては、まず患者が発症したときの速やかな救急搬送体制の確保、2つ目としましては、急性期、回復期リハビリテーションの切れ目ない提供体制の実現、3番目としましては、在宅における療養生活の構築です。この方向を踏まえまして、具体的な取り組みとしましては、東京都全域の脳卒中医療連携協議会と地域における地域脳卒中医療連携協議会を設置して、それぞれの体制を検討していくという内容になってございます。

次に「急性心筋梗塞」でございます。こちら施策の方向としましては、まず患者さんが発症した場合における救急搬送体制の確保、急性期を脱した患者さんが円滑に、次の病院などに転院できるような仕組みの構築、3番目としましては、在宅等における生活の支援という3本立てになってございます。具体的な取り組みとしましては、現在のCCU協議会を活用した新たな取り組みを進めるという内容で記載をしてございます。

4番目の「糖尿病」でございます。こちらの施策の方向は、1つ目としましては、患者さんの早期発見、生活習慣の改善も含めた地域における治療の支援体制、2番目としましては、医師や薬剤師、栄養士など、さまざまな医療従事者に対する情報の共有化、また診療活動への支援、3番目としましては、患者さんが重症化した場合における、専門的な医療機関との連携体制の3本で構成してございます。具体的な取り組みとしては、東京都糖尿病医療連携協議会等を設けまして、専門医療が実施可能な病院の検討ですとか、あと、地域とのネットワークによる連携などを具体的な取り組みとして考えてございます。

次に5事業のほうでございます。こちらの5事業のほうでございますが、今回、国の指

針が出まして、5番目、6番目、これが周産期医療と小児医療であったのですが、新たに今回出ました指針に基づきますと、それが8番、9番に来ておりますので、順序をまず入れ替えてございます。

こちらの8番目の「周産期医療」でございますが、現在、周産期医療につきましても協議会を立ち上げて、内容を検討しているところでございますので、その内容を踏まえまして、今後、記載を整理したいと考えてございます。

以上が4疾病5事業の部分でございます。

次にまいりまして、第4節「医療連携を支える仕組み」ということで、「在宅医療」から「医療安全対策」まででございます。

まず「在宅医療」でございます。こちらは前回お示ししました事業の内容を踏まえまして、在宅医療基盤の充実と在宅医療にかかわる普及啓発の2本立てで構成してございます。在宅医療基盤の充実は、基本的に市町村において取り組んでいただく内容になりますが、在宅医療推進協議会を設置して、患者さんの容態が急変したときの病床の確保ですとか、在宅療養の調整、相談事業などを実施していただくものでございます。普及啓発としましては、医師をはじめとする医療従事者に対する在宅医療マニュアルの策定、パンフレットを作成するものでございますが、そちらについて触れてございます。

次に「リハビリ医療」でございます。こちらは、リハビリテーション病院の運営と地域リハビリテーションの支援事業の2本立てで構成してございます。地域リハビリテーション医療センターの役割としましては、各地域におけるリハビリテーション従事者の研修などが求められているところでございます。こちらにリハビリテーション事業のセンターが求められている事業の内容例を列記してございます。

次に「医療安全対策」でございます。医療安全支援と医療安全管理、2つの視点で構成してございます。医療安全の支援対策のほうでは、平成13年から東京都として設置しております「患者の声相談窓口」による医療や医療機関の相談、あと、今回の医療法改正によりまして規定されることになった医療安全支援センターの機能などについて記載をしていく予定でございます。また、医療安全の管理の面では、病院や診療所への立入検査、政令市や特別市による検査の支援などにも触れてまいります。医療安全支援センターの件につきましては、別途、参考資料をおつけしてございます。

次に第5節でございます。こちらは第1節で情報提供に触れておりますが、今回の医療計画の場合、医療連携体制の構築にあたって、医療機関の具体的な名称を記載することが

求められております。その情報の提供の方法、東京都としては「ひまわり」を活用したインターネットによる提供を考えておりますが、改めてここで記載をしたいと考えております。また、今回の計画では、目標に対する評価も求められておりますので、その評価の考えについても、ここで記載したいと考えてございます。

次に第2章でございますが、こちらの第1節の部分では、国の指針などを参考にいたしまして、保健や福祉の分野、ほかの計画と保健医療計画との関連などを記載できればと考えてございます。

2枚めくっていただきまして、最後のページになります。第4章の第2節、太線で囲ってあるところでございますが、こちらにつきましては、当初、保健所や健康安全研究センターなどの、行政の施設についての役割を記載することを考えてございました。こちらは第1節の「行政の役割」と重なる部分が大いということと、健康安全研究センターにつきましては、第3章の「健康危機管理体制」のところで記載をさせていただくことになりましたので、こちらの第2節の内容につきましては、第1節「行政の役割」の都の役割、あるいは区市町村の役割に盛り込んで記載させていただきたいと考えております。

以上が資料1の説明でございます。なお、がんと医療安全につきましては、参考資料のほうで若干補足させていただきます。

【吉田副参事】 それでは引き続きまして、がんと医療安全について御説明させていただきます。1枚ずつ、資料をおつけしてございます。まず、1枚目の「東京都がん対策推進計画の内容（案）と検討項目（案）について」をごらんいただきたいと思います。

これにつきましては、今、御説明いたしました資料1の2枚目、ここ一番頭のところに当たります。東京のがん対策推進計画なのですが、この資料が5月28日、第1回目に行われたときの資料でございます。実際のがん対策推進協議会につきましては、7月3日に2回目、それから先週、7月27日に第3回を行ってございます。

それでは、このペーパーの御説明ですが、左のほうで、東京都がん対策推進計画、この内容案ということで、5項に分けて説明してございます。第1が「総論」で「現状と課題」と。そして、第2が「がん予防・早期発見対策の推進」、第3が「情報収集提供体制の整備」、そして第4が「がん医療水準の向上」、第5が「ターミナルケア体制の充実」と。これが先ほどの資料1の2枚目のところ。その1～4に当たる部分でございます。2～5のところは1～4に当たるようになっております。

そういうことで、2番の「がん予防・早期発見対策の推進」ということで、真ん中のと

ころに、その項目検討案、これがそれぞれ述べられております。「がん予防・早期発見対策の推進」につきましては、一番頭の で、生活習慣の改善に関する普及啓発、あるいは一つ飛ばしまして、検診受診率の向上策、その次の区市町村におけるがん予防対策の推進とその支援、こういったことと、一番下のところのがん検診の精度管理、こういったものを充実させる。こういった項目が検討案として挙がっております。

項目3になりますと、「情報収集提供体制の整備」につきましては、その検討項目案といたしましては、相談支援センターへの支援の実施、情報提供や相談の質を向上させるということ。それから2番目といたしまして、がん患者さん及び、その家族に対する心のケア、こういったものを行う体制を整えると。それから3番目が、これが大きな問題になります院内がん登録の集計、あるいはがん登録の普及、こういったものを掲げてございます。

3番目の「がん医療水準の向上」につきましては、がん診療拠点病院と地域の医療機関の連携体制の構築に関すること。あるいはがん診療連携拠点病院の情報公開、情報開示を積極的に推進するようなこと。こういったことが考えられてございます。

最後、項目5になりますが、「ターミナルケア体制の充実」につきましては、病院だけではなくて、住み慣れた家庭や介護施設など、地域で療養できるように在宅医療の充実を図っていくということ。そういう面から、緩和ケア病棟の整備にさらに進めると同時に、緩和ケアの外来を増やすため、こういったことも取り組みを行っていくということが書かれてございます。

右につきましては、参考といたしまして、がん対策基本法、この第3章「基本的施策」を並べてございます。

がん対策推進計画につきましてはの資料は以上でございます。

もう一枚ございます。医療安全のほうをごらんいただきたいと思います。医療安全につきましては、今回の医療法の改正によりまして、医療法6条の11のところで、都道府県、保健所の設置市及び特別区、ここにおきましては医療安全支援センターを設けるように努めることというふうな規定になってございます。

東京都なのですが、「都における医療安全センターの取り組みと方針」ということで載っておりますが、既に平成13年5月から、「患者の声相談窓口」という形で都庁の中に設置いたしまして、実質的に医療安全センターの機能を行っております。これに追随するような形で、15年4月には国が医療安全支援センターの設置についての通知を出しております。その後、記載はしてございませんが、16年7月には、多摩のほうの5つの保健所、

こちらのほうで「患者の声相談窓口」を設置してございます。それで今年4月に医療安全支援センターが医療法に明文化されたということでございまして、こちらの庁舎内にあります「患者の声相談窓口」、それから都の保健所5カ所の「患者の声相談窓口」につきましては、医療安全支援センターということで、新たに設置し直したという形になっております。また、政令市・特別区につきましては、医療安全支援センター、これの設置を促進するというところでございます。

真ん中の段に、東京都医療安全支援センター、この都庁内にございますが、この機能が6つ挙げて書いてございます。医療安全推進協議会の運営、2番目といたしましては、各区市町村にある医療安全支援センターへの支援、それから3番目といたしまして、病院医療安全推進支援、4番目といたしまして、病院患者相談窓口の機能の強化、あるいは5番目といたしまして、患者さんからの相談・苦情への対応、そして医療安全の推進のための支援などを行っております。

また、多摩のほうの5つの保健所のほうの医療安全支援センターでございまして、これにつきましては、下のほうに図を示しながら書いてございます。都保健所医療安全支援センターの業務といたしましては、4つに分けてございます。先ほど言いました「患者の声相談窓口」、これを16年7月から開設してございますが、そこでの相談業務、苦情などの受付を行っております。また医療安全の推進に関する情報の提供、それから3番目といたしましては、医療機関等の管理者、従事者に対する医療安全に関する研修、あるいは安全確保のための協議会等の開催を行っております。

右のほうにつきましては、簡単な図で、上に医療機関をとりまして、左の下に医療安全支援センター、右のほうに関係機関ということで、真ん中に住民、患者さんがいるというような形で示してございます。こういったことによりまして、医療機関における医療安全の確保の推進、住民の医療に対する信頼確保、医療機関における質の高い医療サービスの提供などの推進を目指しております。

医療安全につきましては、これ以外にも、さまざまなことを行っておりまして、医療法25条の中で、医療機関に対する立ち入りという項目がございます。そういう中での指導。あるいは、これは平成18年度から東京都医師会さんのほうにお願いしてやっている事業ですが、医療安全管理支援事業をやっておりまして、都内の病院の医療安全推進担当者に対しまして、インシデント、アクシデント報告の分析、それから改善策の立案といったものに対する知識や技術の付与といったものを行ったり、その連携を支援することで、医療

安全管理体制の確保を推進するような試みをやっております。

以上、参考資料の御説明でございます。資料1につきまして、今の参考資料とあわせて御審議をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

【橋本部長】 ありがとうございます。骨子ということで記載されていて、そして構造がわかって、骨子がわかって、やっていなかったところを御説明いただいたという段取りでした。御意見をどうぞ。頭からいきますか。順番どおりにしちゃいましょうか。どうしましょうかね。

まず、頭から確認していきますが、「総論」のところでは、ほとんど説明がなくて、白いところですが、東京都の保健医療行政の変遷についてまとめて記載ということでしたが、この前もそんな感じでしたよね。淡々とお書きになるということですか。淡々と書かない方法論もあると思うのだけれども。

【吉田副参事】 前回14年度はかなり細かな記述になっておりましたので、少しその辺は分量的に減らそうかなと事務局側では考えてございます。

【橋本部長】 何かポイントみたいなものは、例えば、今回の医療計画みたいなものは、今までと様変わりしていますよね。それはおそらく医療費適正化とかは、高齢化していった、お金がかかるから云々という話も裏側にはあるわけで、例えば保健行政の変遷を高齢化に向けての東京都の保健行政の対策みたいなもの、そういう切り口でまとめていくと、わりと今回のにうまくいくのかなという感じはしているのですがね。淡々と書いていっては、何となく歴史を読んでいるみたいでいいのだけれども、実際に今のところに、どう向かってきたのかという行政のポイントみたいなものを書くのも結構いいのではないかなと思いつつ聞いていました。参考意見です。

それから、第2部の「各論」のところに行きます。この辺はいかがでしょうか。どうぞ。

【田城副部長】 田城です。第3節の4疾患5事業のところですが、よろしいでしょうか。非常によくまとまっていて、素晴らしいと思うのですが、3の「急性心筋梗塞」のところ、まず一つ発言したいと思います。次に時間が許せば「在宅医療」ですが、まず、「急性心筋梗塞」のところコメントをお願いします。

右側の国から7月20日出された指針と照らし合わせますと、例えば「脳卒中」は、国の目指すべき方向の1、2、3と左の東京都の1、2、3が対応していますし、「糖尿病」も1、2、3で対応しています。ところが、「急性心筋梗塞」では、右の国では1、2、3、4となっていて、3番に「合併症予防や在宅復帰を目的とした心臓リハビリテー

ションが可能な体制」となっていて、左を見比べますと、ここがちょうど抜けているというように受けとめます。1と1は一緒ですし、2も一緒に、東京都の3のところは4になるのかなど。この東京都の3番の「在宅等における継続的な診療や服薬、運動等の生活指導など」というところを好意的に解釈すると、ここに心臓リハビリテーションということになるやと思いますが、せっかく国が1カ月も遅らせて出した指針に、これはちょっと僕も驚いているのですが、心臓リハビリテーションに関して、わりと従来の考えにないというか、従来の考えに加える形で心臓リハビリテーションにかなりはっきりとした記載がありますので、できれば東京都の医療計画にも、それを国のわりと新しい考え方を反映していただきたいと願うものであります。

「在宅医療」についてもいいですか。

【橋本部長】 いいですよ。

【田城副部長】 では、次の3枚目の一番上の第4節「医療連携を支える仕組み」の1「在宅医療」についてコメントとお願いがあります。2点です。

1つは、東京都のほう、左側のほうで、在宅医療推進協議会の設置と。これは非常にすばらしいし、これはとてもいいと思います。在宅医療をやるためには、できるだけ小さい単位ということで、区市町村に多分、そこの医師会と行政とそこの病院ということで協議会をつくるのだろうと。そこに地域包括支援センターと訪問看護ステーションの団体と。それに関して一個、コメントと、どうお考えかということの質問にもなるのですが、東京都の場合には、第1回から言われていますように、広域流動があって、私自身、東大病院で退院支援をやった経験から、僕らは文京区だけを相手にしているのではなく、文京区に退院支援するのは10%あるかないかなのですね。7%とか10%ぐらいで。江東区であったり、渋谷区であったりということになりますので、それは多分、医科歯科さんにしても、どこの大学にしても、同じような事情だと思うのですが、そういう広域流動の場合、どうするのかという大まかなガイドラインとか、知恵とか、スキームとかをちょっと書いておいていただいたほうがいいかなと。

実際、別件で急性期医療と在宅をつなぐということを考えていますと、病院の人間としては、とにかく一旦受け入れてくれるところ、何も考えずに、そこをお願いすれば、あとのことはちゃんとやってくれるというところがあると便利だなと思っていますので、もしかしたら、区市町村の在宅医療推進協議会で、稲波先生の東京都病院会に御協力いただいて、地域に密着している200床ぐらいの民間病院等が地域一般病床という形で、とりあ

えずそこで一旦、広域流動の患者さんを受けとめて、そこでコーディネーションして下さるとかというようなことが、ここから先はお願いで、可能かどうかということ。そうになると、大学病院は、今、DPCに追いまくれて、平均在院日数が十何日という世界で生きている人間からすると、うれしく思います。

次に、同じところですが、ここから先は、先ほど「急性心筋梗塞」で話したのと全く同じ構図でして、国からは今回は「次の事項について記載を検討」と検討なので、書かなくてもいいのですが、こっちが1～5に項目があるのに、東京都のほうは1と2と。1の中に幾つか分かれていますのですが、差異を照らし合わせますと、右の国側の2番、「重症患者でも希望するものが最期まで在宅医療を受けられる医療及び介護の体制」というところが、僕が目が悪いせいか、該当するのがないのかなと。これも全部込み込みで、在宅医療推進協議会で検討して、問題解決をしますよということなのだと思いますが、できれば、ちゃんとこれを書いていただけると親切かなと思います。以上です。

【橋本部会長】 どうぞ。

【吉田副参事】 まず第1点の「急性心筋梗塞」の心リハなのですが、私ども、ちょっと認識が足りないところもございまして、心リハについては、かなり急性期の医療が中心になのかなと認識していたところがございます。国のほうで、運動療法、食事療法等の心臓リハビリテーションということで書いておりまして、これは参考にして、何らかの形をとりたいたかなと考えてございます。

【田城副部会長】 すみません、途中で。参考資料2の33ページですよね。これは確かに早期の、それから脳卒中で言うところの回復期リハビリテーションですね。心臓は、急性期の場合はCCUであっぴあっぴしているのです。やはり、心臓リハビリテーションというものの自体が、若干、用語が混乱していることと、循環器の心臓リハ学会の人たちが使うのと、ほかの脳卒中や整形外科のリハビリテーションのものと若干ずれがあるので、例えば維持期リハというのは何なのかとか、それは御指摘のとおりだと思いますが、心臓リハビリテーションという、ある意味、あまり一般的ではないというか、若干耳慣れないターミノロジーを国のほうで使われているので、できれば、東京都のほうでも、この文言を、解釈のところは多少あれですが、この文言を入れていただくとアピールするのではないかという意味です。

【橋本部会長】 どうぞ続けてください。

【吉田副参事】 続けて「在宅医療」のほうなのですが、在宅医療基盤整備につきまし

での区市町村包括の中で区市町村の事業を支援するという形で私どもは考えておりました、その中で、やはりその基本的な考え方が実際に在宅に利用されているときに、直接、訪問診療される在宅医療支援診療所の方、もう一つが訪問看護ステーション、薬局、そういったところ。それと3点目が、バックベッドを用意するための病院と。この3つがかなえのような形になって機能していけばいいだろうと。その中では、いろいろ研修機能とか、そういうこともセンター事業の中で考えていきたいと考えておりました。実際、病院などで研修いたしますと、在宅診療をやっているらっしゃるドクターの方、病院ドクターの方、それ以外のケースワーカーの方、いろいろな方がその場所に一堂に会することができる、顔を見る研修ができるだろうと。そういう意味で研修事業そのものが非常に進むのではないだろうかと考えてございました。

それからもう一点、ちょっと質問の順番が逆になってしまったので申しわけございません。特に東京の場合、急性期病院は、自分の地域から遠いところに来てしまう場合がある。それで実際に在宅されるときは、地域に帰るために、そこら辺の連絡関係をとらなければならないということにつきましても、こういう基点があれば、ここのところに聞けば、必ず、この地域については在宅医療に対する支援はここでやるのだというのがわかると。そういうことを前提にして、この協議会を各区市町村に整備していただきたいと考えてございます。

【田城副部長】 それはとてもよくわかりますし、基本的に似たようなことを考えていると思います。例えば東大にしても、順天堂にしても、例えば板橋区とか、杉並区というようなところには、在宅医療推進協議会の窓口をお願いをして、そうしたら解決してくださるということを期待するわけです。実際にやってみると、それは区市町村レベルになると、実際にコーディネーターをどなたがやるかは、それもその地域にお任せになると思うのですが、レスポンスが遅いときに、さっきから同じことを言っていますが、DPC対応病院ですと、この2～3日が待てないという世界なので、大体お願いして1週間、これは自分の経験なのですが、そういう窓口をお願いして1週間ぐらい、調整に時間をかけられると、大学病院をはじめとする病院は、待たなしに患者さんを出してしまうという時代なので、やはりレスポンスを速くする。逆に言うと、区市町村の在宅医療推進協議会が24時間とか、48時間で必ず受け入れますということをおっしゃれば、どこの病院も、任せたということになるのですが、きっとそうならないことが予想されるので、ほんとうに、この在宅医療推進協議会というのは、在宅医療をやっている医者と訪問看護ステ

ーションと薬局等の協議会なのだと思うのですよ。でも、病院から出す側としては、病院の気持ちも理解してくれるメンバーが入っていてほしいというか、そのほんとうにつなぎのところを、同じようなことを言っているのですが、現実にはほんとうに待たなしの状態なので、そこを担保していただけないかなという意味です。

【吉田副参事】 それからもう一つ、在宅へのスムーズな転出を考える場合に、出すのほうの側につきましても考えていかなければいけないところがあるかと思っております。そういう意味で、私どもは、特定機能病院の連携会議を設けておりますが、そちらのほうでも、18年、19年の2年間で、いわゆる退院調整、出すときに、どういうふうにしたらいいいのか。ある程度、今、進んだ病院ですと、入院の段階から、退院を目指して入院計画をさしあげますが、その段階でどういうふうにするか。その段階で決めていって、いつごろくらい退院するだろうかと。どの段階でアプローチをかけるとかということも、両方からの協力が必要だと思っております。そういう意味での取り組みをやっていきたいと思っております。

【吉井参事】 ちょっとよろしいですか。前回の第4回のときにも、脳卒中等の医療連携体制ということは出させていただいて、そのところにはシームレスというか、切れのないという形で、地域のほうにも在宅のほうに結びつける形の仕組みを都レベルのと地域レベルというものも、そういう形の調整機構を置いたと。あわせて、今度は在宅という切り口にしておりますのでね。だから、先ほどの4疾病で言うのであれば、4疾病ごとのそれぞれの疾患特性に応じた対応と、それからこちらとをかみ合わせると。こんなような形になっていると思います。ここの在宅は、そういう意味で、そうしたことの在宅での対応を、その局面に合わせてみて、バックベッドの確保であるとか、人材育成という形の切り口をしているということになるのではないかなと思います。

【橋本部会長】 どうぞ。

【栗野委員】 今、先生がおっしゃったことはすごくよくわかるのですが、今まで医療連携とかをいろいろ見てきて、将来的に薬局における在宅の部分はすごく多くなってくると思うのですね。そういうときに、服薬管理とか、受動勧告とか、いろいろすると思うのですよね。そういうときに、医療計画というのは、住民がどういうふうにしたら、この医療資源が上手に使えるかということだと思うので、やはり薬局の機能といいますが、そういうものも医療資源の一つとして、これからは考えていただくと、かなりやれることが多いと思うのですね。ですから、その辺のところを上手に。すぐとは言えないと思うので

すが、ぜひこれからお願いしたいなと思います。

それから、連携という言葉がいっぱい出てくるのですが、医療連携間における医療情報とか、医療計画のあり方とかはあると思うのですが、ドクターと看護師とか、いろいろあると思うのですが、薬剤師となかなか、そういうカンファレンスを持つことが少ないと思うのですね。ですから、これからは、そういうところを医療資源の一つとして持っていただくと、私たちもスムーズに患者さんのことを見れると思うのですね。その辺のところをぜひよろしくお願いしたいと思います。

【稲波委員】 先生がお話になった急性期の病院と在宅医療の間は、もともとは老健施設がやるはずだったのですね。ところが、DPCの病院でも、うちの病院でも、非常に早く出してしまうので、老健施設が見られないような状態で患者さんが退院していったという形になるのだらうと思います。今、東京都の中の病院が、どんどんだめになっていって、ある特定の機能に特化していかないと、質は下がるし、残れないし、何でも屋で、雑貨屋さんみたいな形の病院は残っていて、そこには患者さんがしょうがないから行って、自分から、その病院の内容を知ったら行かないような病院が結構あって、そういう病院が早く特化して。東京都は特殊な場所だと思うのですよ。島嶼とか、そういうところもありますが。そうすると、病院の特化をもっと推進するような情報の提供と、情報を出させることと、それによる選別だとか、病院の機能をもっとみずから変えていくような状態のシステムというか、そういうものを東京都としては考えていかないと。病院を運営していますと何科でも持ちたい。総合病院を。でも、熊本の例でもわかりますよね。300床、500床の病院でも、ある特定の部門を強化して、やっと皆さんの望まれる医療がある程度提供できるようになるわけです。そうすると、東京の中には、小さい総合を目指すような病院がずっとあって、それは中くらいの医療しかできなくて。

ということなので、どこに書いていただいたらいいかわからないのですが、先生の問題意識は、そういうところにもあって、何か急性期の総合病院を目指しているような病院ももっと特化していくようなことを推進できるような体制を根本的なところで考えないと、ばたばた倒れるだけであって、ちゃんとしたいい病院医療はできないのではないかなと。

【橋本部会長】 どこに書いたらいいのだらうね、それは。

【近藤委員】 医師会の近藤です。医療経営の面から見ると、院長先生がある専門医療にたけている方とすると、それをもっと活かしたい。一方地域の医療機関では、ひろく一般的な行政医療的なことが必要とされている。今後、社会医療法人というしくみで、より

民間に課していきたいというのが、国の考ええていることと思います。最近、そういう議論をされているところですよ。

【稲波委員】 東京は、最も進んでいる、最も異常なところですから。

【近藤委員】 病院じゃなくても、診療所であっても、ある特殊な技術だけで成り立つ診療所が幾つもできるのが東京の特徴でもあるのです。これは他県と異なる東京の特徴と言えるかなと思います。

【橋本部会長】 難しいよね。だから、そういうふうに人口が大きいから、特化しても、ある程度、基盤人口で持てる場所があるけれども、そればかりになると、結果として、そんなものでも全体として総合的になればいいのかもしれませんが、それはすごい難しい話ですね。

【稲波委員】 ただ、病院を経営していて、周りの病院の感じを見ている、よほどでかい、500床以上の病院でないと、総合病院を目指してもだめだと思います。

【橋本部会長】 まあ、それはわかる。

【稲波委員】 23区では、特色のある病院がいっぱいあるから、これはあそこに行こうというほうが都民のニーズに応えられるのではないかなと。また質も上がりますよね。これだけたくさんの病院があるから、日本全国を考える厚生労働省とは違う施策を持っていくことこそ、今度の医療法改正に沿った方向であろうとも思うのですが。もちろん多摩地区とか、いろいろなところがあるから、ある程度違った方向も考えなくてはならないと思います。

途中で変なことを言い出してしまいました。

【橋本部会長】 いえいえ。医療の総合性みたいなものをどこで担保するかというのは医療の計画の中では必要でしょう。そうすると、例えば、それを病院という形ではなくて、診療所のレベルでプライマリーケアみたいなところで、総合性を担保していく。そこは、だから、どのくらい強固な基盤がつかれるかという問題はあと思うのだよね。そこはなかなか難しいかなという気がするけれどもね。

でも、今のようなことが書かれるとしたら、どこだろう。「総論」のところの「東京の保健医療を取り巻く現況」のところを書くけれども、ここは淡々と現況を書いているだけで、では、どうしたらいいの？ という問題は出てくるかもしれないけれども、こうしようよというのは、やはり「各論」だよ。

【田城副部長】 第4章第1節の2「医療機関の役割」の「民間病院」というのが

あるのですが。今の議論はここかなと。民間病院のあり方という形ですよ。2つの議論があると。でも、全日病は、在宅療養支援一般病棟とか、何かそういうコンセプトが。札幌でやっているような。

【稲波委員】 地域一般病院とか、そういうことがありますし、老健の施設を強化したようなところをたくさん集めて、そういう病院もあるでしょう。

【田城副会長】 全日病とは違うということですね。東京都病院協会は。

【稲波委員】 ええ。

【田城副会長】 わかりました。

【橋本部長】 全日病は全国だからね。

【飯山委員】 いいですか、今のお話に続けさせていただきたいのですが、我々受診するほうから見ると、医療資源の適正配置ということはぜひお願いしたいと思うのですよ。特化されたものがあっちこっちにあると。特定の機能を持った小さな医療機関がどこかにあって、需要を満たすためには、都内のどこかに行けばいいということも確かにあるかと思うのですが、受療側から見ると、一定の生活圏内に、それなりの私どものニーズを満たしてもらえる医療資源が適正に配置されているのが一番望ましいわけなので、そこら辺のところは難しいかとは思いますが、役割を書かれるときには意識していただければなと思います。一番最初の人に、等しくいろいろな資源が満遍なくあるのが望ましいと申し上げたときに、なかなか実際はそれは難しいだろうというような感想を皆さん、お持ちだったようですが、少しでもそういった方向に近づけていただきたいというのが受療側の立場ですので、一言申し上げておきたいと思います。

【田城副会長】 それに関していいですか。おっしゃることはとてもよくわかりますし、部分的には実現していると思います。それは後から言いますが、難しいということも、当然、飯山先生も御理解していると思いますし、一応、自由主義経済で開業する自由があって、政策医療をやるべき自治体病院は、なかなか8割が赤字という時代で、なかなか難しい。だからこそ、公的病院や特定医療法人が、その役割を担うというふうに医療法に書かれているのだらうと思います。

御指摘の点に関しましては、僕が答えることではないのかもしれませんが、事務局が答えることかもしれないのですが、がんに関しましては、がん医療の均展化という言葉ですね。この均展化という言葉で、がんに関しては二次医療圏の間で差がないということを目指して、一応、それは東京都も、がん対策基本法に基づいて、二次医療圏ごとの均展化に

は取り組まれているわけですよね。そのノウハウが、がんの病院はがんだけをやっているわけではなくて、大きい病院は心筋梗塞も脳卒中も大体できるので、がん対策基本法によるがん連携拠点病院の均展化をやると同時に、その他の疾患についても、ある程度均展化ができるのではないかと思いますのですが、いかがですか。事務局のほうとしては。

【吉田副参事】 非常に難しい問題で、私が答えていいのかどうかというのもあるのですが。今回の医療法の中で、疾病ごとの連携という形で出てきておりまして、例えばがん拠点病院を医療圏ごとに指定して、そこにすべての機能を集めるということについては、逆にどうなのかなというふうにも感じております。先ほど言いましたように、稲波先生におっしゃっていただいたように、機能を特化して、それを医療機関ごとで連携するというのは確かに一つの理想論だなと私は考えておりますが、それが受療者側から見て、いい、悪いのというのが出てくると思いますので、その辺はバランスの問題かと思えます。それと、そういうことを東京都、いわゆる行政がどこまで指導できるかというのは、かなり微妙な問題かと思っております。ですから、核心の問題ではあるのですが、今はちょっと答えにならないことになって申しわけないのですが。

【稲波委員】 行政が主導するのではなくて、情報の開示と競争によって結果的に生まれてくるのだと思います。情報開示をすれば、例えば産婦人科と内科と外科をやっているような病院で、この程度の産婦人科では、もう患者さんが来ないと。そうすれば、その産婦人科に費やしている人的資源だとか、そういうものを外科に移すなり何なりして、変わっていくのですよ。でも、そこを開示しないようにして、この間のアウトカム評価にしても、出さないという方向でいけば、それはいつまでもぬるま湯の中でいて、あるとき、全部がだめになる。ですから、早く情報を開示させる方向で、また公的な病院が出していけば、出さざるを得なくなってくるので。そういうことで情報開示をして、競争を進めていくような、ちょっと台を傾けるといふか、そういうことで先を見て、そういう方向を行政がやる。行政しかやれる力はないような気がします。

【橋本部長】 そういう経営判断をするためには情報が必要で、だから、情報の開示がきちんとできれば、それぞれの経営主体が判断していけると。だから、そういう基盤をつくれということですね。それは正しいね。だから、計画とそういうことのちょうどバランスがどう取れるかの問題がありますね。

どこかで書くことを考えながら、先に進めましょう。

【飯山委員】 ちょっと別の観点からのことなのですが、今のがんと脳卒中と急性心筋

梗塞と糖尿病で書かれていることを見ますと、がんは、がん予防・早期発見対策の推進と、糖尿病のところは、患者の早期発見及び生活習慣の改善を含めた地域における治療支援体制の構築ということが書いていますが、脳卒中と心筋梗塞のところでは、早期発見は難しいとしましても、予防という観点がここで入らなくていいのかなという感じがするのですが、そのところはいかがでしょうか。

【吉田副参事】 もちろん脳卒中と心筋梗塞につきましても、この2つは非常にもとが似ているかなという感じを受けておりますが、食生活とか、そういうことでの予防とかというのは、もちろん入っております。あとはもう一つは、プレホスピタルの考え方で、いかに速く運ぶかと。その2つが相まって、いかに専門機関に運ぶかということを考えていかなければと思います。ですから、その辺は、ちょっと予防のほうの範疇でも、この疾病の体制に限らないところからでも書き込んでいきたいなと考えてございます。

【田城副部長】 公衆衛生の立場から東京都の側に立って補足説明をいたします。

急性心筋梗塞や脳卒中は、基本的に動脈硬化の病気なので、要するに糖尿病の対策をしっかりやるということがイコール、脳卒中と急性心筋梗塞の予防であるということだと思いますね。結局、命にかかわる三大疾病と同格に糖尿病が入っているということは、動脈硬化性の疾患のもとが糖尿病に代表される生活習慣病対策、さらに医療計画には入りませんが、メタボリックシンドロームとなっていくので、それが一連のものとして脳卒中と急性心筋梗塞の予防につながっていくので、今回、地域医療計画の場合には、そのところはメタボリックシンドローム対策にお任せして、病気になったところを脳卒中と急性心筋梗塞については書いていくという理解でよろしいかと思います。

【近藤委員】 がんと糖尿病に関しては、予防医学の考え方が保健医療計画の中に少し入ってきている。ただし、糖尿病だけが心筋梗塞また脳卒中になるわけではありません。予防の観点から考えると、血圧をもっと重要視してほしいことと、それからどうしても、たばこ対策になってまいります。特に国は触れておりませんので、どこかで匂わせて、東京都として、たばこの対策をとっていただきたい。また、高血圧はあるけれど、ウェストは太くなく内臓脂肪とは関係ない人たちがいます。この視点は、ここで入れるかどうかはまた別で、糖尿病対策、糖尿病を中心とした生活習慣病対策の中には血圧も当然入りますし、リスクファクターとしてのたばこ対策も入っているので、2番、3番に関しては、予防の部分が少し抜けているととらえております。

【橋本部長】 ちょっと後でまた、書きぶりのところで。今は骨子を議論しています

ので、あまり細かいところまでは入りたくないのですが。すみません。もう一回言いますが、骨子を議論しているのだから、こういう点が抜けているよという話をここではぜひ。

ちょっといいですか。進めて。「各論」のところの第1章第2節が、すぐ4疾病5事業で、確かに国から求められているのは、そうなのだけれども、書きぶりとして、すぐ医療連携のところ、まず第1節で、医療情報提供が必要でしょうという話をして、保健医療提供体制に関する現状で、すぐ4疾病5事業というのは、何となくすり寄り過ぎではないかと思うのですがね。もうちょっと包括的な書き方をして、4疾病5事業に落としていくという書きぶりだろうと思います。

それからもう一つ、項目として、東京都は、国のいろいろな指針もあるのだけれども、最低限のところはある程度やらなければいけないのだけれども、東京都民の生活様式から考えて、もうちょっと先に行った話もあってもいいのかなと。多分、これから、がんのサバイバーの問題が出てくると思っているのですよ。実際にがんはある程度治るけれども、どこかを手術した人たちのことをサポートしていくような仕組みというのはどうしても求められていて、サバイバーシップといいますが、そこを協議会で議論してもらえないかなという感じはありますね。これを見ていると、何かがんの人は、結局、ターミナルで死んでいくから、そのときのターミナルケアをしなければいけないみたいな話で、ちょっと現状から抜けているところがあるかなという気がしています。何か御意見があれば、どうぞ。

【近藤委員】 がんに関しては、早期発見で確実に100%近く治せるがんの種類と、専門医療機関でないと対応しづらいタイプのがんと、見つかった時点で、もう既に対応しづらいタイプのがんがあります。例えば肺がんとか、膵臓がんですね。ほんとうの早期だったらいいのですが。およそ3つのタイプに分かれると思うのです。東京都の場合には、がんに関する専門医療機関も非常に豊富ですから、役割分担は出てくると思います。一方では、治せるがんなのに、今年のピンクリボンが「悔しいがん」というのがテーマでしたが、わかったらすぐ治療すれば助かる人たちがしかるべき治療を速やかに受けることに至らず、命を失っているのです。そこはやはり都民に対して、どんどん運動していかなくてはいけないと思っています。

【田中委員】 周産期医療の件なのですが、これは東京都の周産期医療協議会、ここで今検討して協議しているということなのですが、この周産期医療を提供している医療機関、

これは西多摩地域にはゼロなのですね。1カ所もないのです。近くて八王子、その八王子も府中に移転するという話を聞いています。そのような状況から、西多摩地域をカバーするには、どのようなことが考えられるものなのでしょうか。

【吉井参事】 今、ちょっと少子化担当者がいないのですが、今の現状で申し上げますと、杏林ですか、あそこが総合周産期の位置づけになっていて、八王子は小児の関係なのです。あと、地域の周産期というので若干ありますが、圧倒的に区部と比べれば少ないですよ。そういう意味で、多摩地域では、いわゆる周産期にはなりきれないのですが、NICUなんかを持っている医療機関は連携協力医療機関みたいな形にして、たしか12カ所からお願いをして、若干、総合周産期にいかないような形の部分で、お互い周産期医療をやるための事前の対応みたいなところで取り組む、若干の短い時間ではあるのですが、持てるNICU資源で対応するという形の工夫はしております。ただ、圧倒的にそういう意味で、つくっていかねばいけないセンターは2でしたっけ、そういう形で対応できるというところで、上った部分と下る部分をどうしていくのかみたいなところについて、今、周産期医療協議会の中で、そういうことも含めて検討はしているという状況です。

【田中委員】 はい。

【橋本部会長】 あとはよろしゅうございますか。骨子としてお示ししてもらって、あともう一回、いろいろなものが書かれたものが出てきていますので、そこでもう一回、もんでいただくようなことになると思います。それでは、骨子の議論はここで終わらせたいと思います。8月28日に今、議論したものの骨子が出ていくわけですよ。

それでは、次の議題に移りたいと思います。「4疾病の医療連携体制について」ということで、よろしくお願ひします。

【佐藤医療対策課計画係主事】 それでは、議事2について、私から説明させていただきます。資料2をごらんください。

資料2は、4疾病の医療連携における各機能類型でございます。この資料は、参考資料2、7月20日付指導課長通知の「疾病または事業ごとの医療体制について」の別紙に当たります「疾病または事業ごとの医療体制構築に係る指針」の4疾病の部分について、文章を表に落としたものでございます。主に国指針に基づいて、そのまま表に落とし込んでございますが、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の部分については、今までの御議論等から、一部、都で独自に追加している部分がございます、その部分については 示させていただいてございます。また糖尿病の部分、4枚目ですが、その中で、 の中でさらに括弧

書きになっているものについては、括弧書きの上の部分で、国が示しているところについて都が補足する形で重複して掲載させていただいておるものでございます。

4 疾病ごとの連携体制につきましては、がん対策推進協議会で別途検討をしておりますがんを除きまして、前回の第4回の改定部会で既に御議論させていただいておるところでございます。また今回、国が通知文の中でも明記しておりますとおり、指針はあくまでも技術的助言であるため、必ずしもこの指針に縛られるものではございません。ただ、今回の指針の内容は、これまでの議論の方向性と異なるものではなく、むしろ一致している方向でございます。また例えば急性心筋梗塞について、前回、そして今回と、田城委員から御意見をいただいた心臓リハビリテーションについての記述があったり、また脳卒中につきましても、前回、近藤委員から御指摘がありましたとおり、脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血等に触れていたり、また糖尿病については、急性合併症と慢性合併症とに合併症を分けて記述しているなど、今後の検討にあたり大分参考になる部分も多くございます。今後、今回の国指針も参考にしながら、議論を進めていくにあたり、今回の4疾病ごとの各機能類型の表について御意見があれば伺いたいと思ひまして、今回、この資料をつけさせていただきました。

なお、表の中の「指標による現状把握(例)」については、議事3で、4疾病5事業の指標について、御説明さしあげますので、そこで議論いただきたいと思ひます。説明は以上でございます。

【橋本部長】 よろしゅうございますか。国が出したものを表の形に整理をしてくれたと。そういうことでございます。ざっと見ていただいて、御意見があればお願いします。

【田城副部長】 田城です。糖尿病のところなのですが、先週の土曜日に富山大学の糖尿病の先生を会長とする糖尿病地域医療研究会という会があって、そこでの議論を紹介しながら、この地域連携クリティカルパスのお話をしたいと思ひます。意見ですが、これに書き込むのもどう書き込むのかなと思ひながら、僕も発言しているのですが。

そこでは、二相性のインスリンを使うと、昔から二相性の合成のようなインスリンはあったのですが、一番新しいタイプを使うと、夕食前に1回打つ。それでコントロールが不良の場合には、朝食前を加えて1日2回打ちで、結構なコントロールができるという事例が示されました。何が言いたいかというと、これはかかりつけの先生でも、ある程度の部分はできる。私、地域医療連携パスの研究をずっとして、いろいろ学会等でも話したり、聞いたりしているのですが、基本的には現時点の糖尿病の連携パスの一般的な考え方は、

経口糖尿病薬の段階はかかりつけの先生で、インスリン治療の段階になると病院の専門医にというようなやり方になっているのですが、病院のほうも、東京はわかりませんが、地方の中核都市ですと、専門医の数と患者さんの比率がある一定のラインを超えると、あまり丁寧なコントロールがどうしてもできなくなって、治療しているにもかかわらず、毎月、ヘモグロビンA1cが8%とかを超えて、9%、10%という、治療していても治療効果が出ないまま、本人は病院に毎月通っているという認識があるわけですが、そういう事態になっています。私が知っている限り、インスリン治療をかかりつけ医にやってもらって成功しているのは、千葉県の東金病院なのですが、あそこはかなりインテンシブに、かかりつけの先生に教育を相当集中的にやって、それでも、かかりつけ医の多分3分の1か、4分の1の人が専門医並みの治療をしているということになりますので、パスの中身の話だから、ここで話すのもいかなものかなと思いつつながら、そういう新しいタイプのインスリン治療を活用することによって、かかりつけ医でも、インスリン治療ができるような地域連携パスを普及することを目指すとかということを書き込んでいただければうれしく思います。

【橋本部長】 どこに書くの？

【田城副部長】 地域連携パス導入率の下ぐらいですかね。それか、「連携」というところですね。「連携」というところは、「医療施設間における診療情報・治療計画」のところに、「かかりつけ医でもインスリン治療を行う」ぐらいを入れてください。「でも」ではなくて、「かかりつけ医が主体となって」と。

【橋本部長】 御意見として伺っておきます。

そうなのですか。インスリンの注射って、病院でないとできないのですか。

【田城副部長】 それは糖尿病専門で対応されている方は、もちろんやれると思いますが、専門性に特化しない内科専門医とか、一般的な内科医だと、それは難しいと。ということは、最初の治療が遅れるということなのですね。合併症に向かって進んでしまうと。

【橋本部長】 かかりつけ医という言い方でもないような気がするね。

【近藤委員】 地域の医療機関で、インスリンが進まない幾つかの理由があるのは、多分、小林教授の話だと思うのですが、インスリンを導入した場合に理想的な血糖コントロールだと、インスリンを3回ないしは4回、1日に打ちましようとなると、注射という医療行為が必要になってくる。老老の家庭とか、一人暮らしの家庭で、インスリンの目盛りが見えないとか、そうなってくると、訪問看護師さんか、お医者さんが打ちに行かなくて

はならないだろうかというのが出てきます。それから、歩ける患者さんの場合、通える患者さんの場合だと、ぎりぎりまでインスリンに関しては専門医療機関に通われている場合が多くて、地域の診療所にはあまり通っていらっしやらない。インスリンの導入は、やろうと思えば、特に今の内科研修を終わっている人たちだったらできるはずだと思います。内科を標榜している先生方の基本的な診療技術だけれども、導入のとき、患者さんに低血糖が起こり得るから、できれば教育入院を兼ねて、食事療法を兼ねて、病院で行われることが多いです。そのまま病院に通われ続けている方が多くて、病診連携を通しては、インスリンを導入した人が地域の診療所に戻って来られていないというのが現実だったと思います。病院に通えなくなったお年寄りが、御自身、御家族で対応できなくなった1日4回のインスリンをどうやって、だれが管理していくかとなると大きな課題です。休みの日とか、ゴールデンウィークでの対応は実際難しく、地域の診療所にはつながらなかったのではないかと考えています。介護保険の審査会では、このような事例が結構見受けられます。インスリンをやっていて、行き場所がない。どうしましょうかとかというコメントが書かれていたりします。

【田城副部長】　あまり細かくて専門的な話になるのでいかがなものかと思いますが、それを補足というか、つけ加えますと、そのとき、先週の土曜日の議論は、インスリン治療を本気にやろうと思うと、確かに1日4回打ちとなっていくのですが、さっき言ったみたいに新しいタイプの二相性のやつを使うと、患者さんの程度にもよるし、すべての患者さんではないのですが、1日1回打ちで、それなりのコントロールができるということですから、すべての患者を4回打ちにする必要がないのであれば、1日1回打ちで、診療所でも対応可能な患者さんが、例えば10万人のうちに2割、3割いれば、その分を診療所で見てもらえれば、病院に集中する患者さんが7割に減るという意味で負担が軽くなると。トータルで、いつも100か、ゼロかみたいな議論ではなく、患者さんの集団をミックスして考えて、ある部分はこういう感じだから、これは診療所でもできるとちゃんと切り分けて議論すればいいのかなという意味です。

それから、そのときに言われたのは、診療所は基本的に歩いて15分とか、近所にあるので、導入期は毎日来てもらおう。1週間ぐらいは毎日来てもらって、逆に簡単に使えると、わりと早めに導入することができるので、低血糖の事故等も逆に少なくなると。今までは、その逆で、近藤先生がおっしゃったみたいに4回も打つから大変だからというので、経口糖尿病薬でぎりぎりまで行って、合併症がどんどん進むし、インスリン導入で、いろいろ

トラブルがあって、さらに遅れるということになるから、早め早めにやるという意味です。

【近藤委員】 ですからこそ、持続性のインスリンが出てくるのを地域の医療機関としては待っていたわけですね。数年前にできた薬がしばらくして使えなくなったので結構しり込みした印象はあります。

【橋本部会長】 わかりました。だから、書きぶりだよ、そこもね。1つの技術について、そこだけを書くか、そういう可能性があるのも、そういうことも利用していくとか、そんな感じですよ。活用していくとか、そういう書きぶりだと思います。

よろしいでしょうか。あと、ほかにありますか。この資料2の4枚について。はい、どうぞ。

【高野委員】 ここは主ではないと言ったのですが、がん医療体制における予防の中で、かかりつけ医が禁煙支援をやっているのも、福祉保健局と我々の会長名でも研修会の資料で、かかりつけ医における禁煙支援というものも予防のところに書いていただければ。東京都の福祉保健局名での研修会でもやっていることなので書き込んでいただければと思っているのですが。敷地内禁煙の下あたりにでもと考えておりますが。

【橋本部会長】 はい。何か御意見はありますか、東京都のほうで。いいですか。

よろしいでしょうか。では、議事3に行かせていただきます。事業の指標のことで、御説明いただきたいと思います。お願いします。

【吉田副参事】 それでは資料3をごらんいただきたいと思います。これにつきまして7月20日に国が出されたもので、それぞれ先ほどの資料にございますが、その中で国のほうで指標の例として出されたものでございます。それを表横のほうががん、脳卒中、急性心筋梗塞等々という形で9事業に分けて、表頭のほうは国のほうでストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標と分けてございますが、その形で整理してございます。

ただし、その中で、例えばがんのところをごらんいただきたいのですが、がんの一番の上、がん診療連携拠点病院数、こういう指標が掲げられております。これにつきまして、今、データがとれるかどうかということをとかであらわしています。それを欄外、下のところについては「データあり」と、現在の段階でも、これについてはデータがございまして、につきましては、指標例の類似項目についてのデータがございまして、につきましては、医療機能情報提供制度が完全に実施されれば、こちらのほうからのデータがとれると。それと×となりますのは、現在のところではデータがないと。これにつきましては、新たな調査なり何なりをしなければいけないと。こういうような形で整理して

ございます。

そういう意味で、国のほうもいろいろ出しておりまして、こんなのはデータとしてとれるかなと、ちょっと首をかしげるようなものもあるのですが、そういうことも含めて、今、これをどうこうということではございません。また次の部会るときあたりでも御議論いただくような形になるかと思いますが、今、このデータをざっと、がんから脳卒中と眺めていただいて、東京都としては、こういうデータのとり方もあるのではないかとか、そういうことを御示唆いただければと思います。よろしくお願いいたします。

【橋本部長】 これは国が示している例なのですね。ということは、国は自分たちのところではデータがとれると思っているの。国レベルでは。

【吉田副参事】 最初に、この指標の議論を始めたときも、国が統一した指標を出すかと思っていたのですね。ところが、いつの間にか、だんだんに後退してきまして、指標については、都道府県で決めてかまわないという形になっています。ですから、これはあくまでも、その中の例の一つとして提示されたものと考えております。ですから、この中で都道府県でいい項目があればとりなさいよと。また、それ以外のものがあれば、指標としてとらえてかまわないのだよという言い方でございます。

【橋本部長】 なるほど。はい。ストラクチャーとプロセスとアウトカムに分けなければいけないの。そんなことはないのでしょうか。例として区分はこういうのですよという話ですね。医療用麻薬の消費量というのはどうするのですかね。

【近藤委員】 日本と諸外国の比較を見たことがありますが、あれはどこの資料ですか。

【吉田副参事】 OECDかな。何か麻薬の使用量は極端に少ないというデータでございますが、OECDだったかな。

【稲波委員】 これは各病院・医療機関ごとに出されるものを集計して、どういうふうに公表されようと考えておられますか。とにかく病院・医療機関から出てくるものを集計するわけですね。例えばアウトカム指標で、薬物療法からの離脱実績だとか、こういうものは各医療機関から集めざるを得ないわけですね。

私は何が言いたいかといいますと、公正な競争を進める上でも、患者さんが最も知りたがっているデータであるという点からも、また納税者の一人であるという点からも、東京都が援助したり、補助する医療機関に関して、それを受ける条件の一つとして、アウトカムの何らの指標を出すようなことを条件にすることをお考えいただければいいなと思っています。

【橋本部部长】 これは医療機関ごとに出すものですか。事業の評価のために出すのですよね。

【稲波委員】 そう思うのですよ。ただ、これをやる過程で、医療機関から集めざるを得ないでしょう。

【橋本部部长】 そういうものもあるね。

【稲波委員】 それで、この4疾病5事業のことにに関してではなくて、医療計画そのものの根本の方向を形づくるといえるか、そういう方向での話ではあるのですが、ちょうどここに出てきたので。

【橋本部部长】 どうぞ。

【栗野委員】 これは医療機関に対して、いろいろ医療機能情報制度ですか、それがございませぬ。それからいろいろわかると思うのですが、例えばがんのところ、がんの予防に対する取り組みで禁煙とありますが、医療機関と書いてございませぬが、薬局は医療提供施設にはなつたのですが、医療機関ではないのですよね。ちょっと機関と施設とごっちゃになるのですが、そのときに今回の医療機能公表制度の中に、禁煙相談の可否というのが中に入っていました。そうすると、その中に禁煙相談ということが入って、多分、イエスのところがほとんどだと思ふのですね。そうすると、医療機関の中に入るのかどうか、ちょっと教えていただきたいのですが。大体、医療機関というものと医療提供施設との違いというのをちょっと教えていただけますでしょうか。

【吉田副参事】 今回、医療法上の中で薬局が医療施設の中に位置づけられたということでございます。医療機関と厳密にその定義を分けているというのは、あまりあれなのですが、私どももこの場で答えられないのですが。

【栗野委員】 そうですよ。ただ、医療機関数など書いてあるので、一応、薬局も禁煙相談の中のところで、ちゃんと医療相談をしているということなので、その中に入れていただけるかどうかということ。

【吉田副参事】 逆に、指標のとらえ方は都道府県によって柔軟性がございませぬので、東京都がどういうふうなとらえ方をするかによって、十分、その範囲の中に入るかと思ひます。

【栗野委員】 よろしくお願ひいたします。

【田城副部部长】 この指標は、中間評価と5年後の評価に使う数値目標の指標ですよ。ね。

【吉田副参事】　　そうです。そういう意味から、現在、はっきりした数字がとらえられるもの、それから経年的に調査なり何なりで数字が出てきて、わかるものというのが前提になるかと思います。

【稲波委員】　　上げるには、個々を競争させれば、すぐ上がる。

【田城副部会長】　　でも、これは医療計画のやつなので、多分、個々のが……。

【橋本部会長】　　これは事業評価のためにやるのでしょうか。

【田城副部会長】　　うん、そう。医療計画がうまくいっているかを評価するものですね。

【橋本部会長】　　これは今、何を議論すればいいのだけ？　こんなものでいいかとか、悪いかとかという話をするの？

【吉田副参事】　　それともし、きょう、これを提示したのが初めてでございますので、ごらんいただいでいて、何か東京都で、こういう評価の仕方もあるのではないかと、こういうところまで切り口としてとらえられないかと。その辺がありましたらばお教えいただきたいなと思っております。

【田城副部会長】　　基本的にはアウトカム指標が一番大事なのでしょうね。死亡率が下がらないことには。

【橋本部会長】　　まあ、アウトカムは、そういうリスクファクターを調整しないといかんよという話は学術的には正しいし、がんは難しいですよ。そこだけがほんとうにアウトカムに寄与したというもとのデータがほんとうは必要だから、単にアウトカムだけ出してというのは、ちょっと研究者としては辛いですよ。

【稲波委員】　　アウトカムだけに限らなくて、これではプロセス指標だって、ストラクチャー指標だって。

【橋本部会長】　　それはそうね。

【田城副部会長】　　もちろんそう。これは5年計画なのですよね。それで、僕は1回目からも言っていたと思うのですが、流入・流出で、確かに昔から、流入と流出をちゃんと計算して、二次医療圏ごとに必要病床数を計算してどうのという話もありました。多分、何を言おうとしているかという、5年計画で、4年目ぐらいに隣接する県から、有病率の高い集団がどっどつ。例えばありましたよね、肝炎のときなんかは。川口から、こっちに住所を移すなんていう話があって、そういう人たちが来た場合に、見かけ上、アウトカム指標がどっどつと悪くなる可能性が否定できないのですが、それはどうすればいいのでしょうか。そういう聞き方も変なのだけれども。

【橋本部部长】 住所を移したなんてわからないね。

【田城副部部长】 そうなのですよ。東京都は、多分、今、マンション等も考えて、有料老人ホームやマンションの需要を考えると、隣接県から、特に文京区を中心として、病院のたくさんあるところに高齢者の流入者が増えていますから、数年後に彼らがどんどん病気になることは予想できるのですよね。そこはもう排除しようがないということですかね。要するに5年計画で、結果を問われるわけでしょう。47都道府県と比較されちゃうわけだから。そのところは何か対策とかは考えていますか。

【橋本部部长】 そこだけで見ると損だけれども、ほかの面では得しているのだからいいとか。

【吉田副参事】 国のほうから、今回、こういうふうなストラクチャー、プロセス、アウトカムという3つの形に分けて提示されておりますが、それにつきましても、都として3つの分類で出すとか、そういうことも逆に言えば、御討議いただければと思っております。このままの形でなく、1つの形の指標として出しても、私どもとしては、それはかまわないのかなと理解してございますが。

【田城副部部长】 進歩しているような数字が出せそうなものを選ぶとかね。(笑)

【吉田副参事】 そういう意味で、きちんとした形でとらえやすい数字、指標を選んでいかなければいけないなと思っております。

【橋本部部长】 評価ポイントが幾つかあるわけですよね。だから、エンドポイントである患者さんが救われた率というのは確かに理想的なのだけれども、その前に事業がうまくいっているかとか、幾つかの評価時点があるので、それらをうまく出せるような指標にすればいい。そうしないと、実はエンドポイントだけ見ていると、どこがうまくいったか、うまくいかなかったかがわからないですよね。そういう仕かけが必要かなと思いつつ、眺めていますけれどもね。

ちょっときょうは、これ以上の議論は……。まだ時間があるんだ。時間があるので、多少して、整理をできる形で議論しましょうか。例えば連携だから、大昔、東京都の人と仕事を一緒にしたことがあるのだけれども、産婦人科で子供が生まれて、血液の交換をしなければいけないときに、その仕組みがどううまくいっているかということ、要するに連携がうまくいっているというふうな置いて、そこでの交換できる医療機関とのアクセスがどうなっているかという評価も一つ、それは連携の評価であると思うのですよね。今回のこういうことから言うと、例えばさっきの退院支援みたいな話があるけれども、そこで、

どうスムーズにしているのかという患者さんの流れの度合いだとか、そういった評価もあるのかと思いますね。多分、プロセスの評価にはなるのだと思うのですが。

だから、事業を組み立てていく一つ一つの要素みたいなものをうまくできればいいなと思っているのですが、何か国のほうは、そういうことを考えているのかどうか、よくわからないデータだなと思っているのですよ。見ていると。単純な全体の中で、ストラクチャーにはどんなものがあるだろうか、プロセスにはどんなものがあるだろうか、アウトカムにはどんなものがあるだろうかという羅列のような気がして、事業を評価するという観点がそんなに強くあるかなという感じがするのですがね。

【稲波委員】 例えぼうちの病院で新科ができて、その新科の患者の数が増えれば、それは成功したことになるのではないですかね。

【田城副部長】 でも、それは出てこない。ここには。

【稲波委員】 ええ。ここには出てないですけども。それで、あるところからあるところへ患者さんを送ったという、ほんとうの連携というか、連携した患者さんの数というのはどうなのですかね。

【吉田副参事】 それで言うと、例の地域連携クリティカルパスの導入率とか、それを使って、何人の患者さんが移ったとか、そういうような数ではないかと思いますね。そういうところで、脳卒中、急性心筋梗塞では、そういう地域連携クリティカルパスの投入率というのは、一応、ここにありますが。

【田城副部長】 それでいくと、がんはがん診療連携拠点病院ですよと……。

【稲波委員】 これは導入率ですよ。実際に動いた患者さんの数と導入率は同じですか。

【田城副部長】 導入率というときの分母に何を置くかだから、逆に言うと連携パス適用患者数でも。実数は確実に増えるので。成績を評価される側としては。

それに関連して、がんのところには連携パスがないのは、国のやつには書いてなかったということですかね。この診療連携拠点病院にノルマとして連携パスの整備というのがあるから、このプロセス指標のところは、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病にはちゃんと地域医療連携パスの導入率があるにもかかわらず、がんでは、そこから抜けているのは、がん診療連携拠点病院のみがやればよしという解釈でしょうか。とすると、次なのですが、がん診療連携拠点病院以外の病院で、がんを診ているところもあるので、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病と同様に、がんにも連携パスの導入率は必要なのではないかと思います。

【佐藤医療政策課長】 先生がおっしゃるとおり、国のほうは、おそらくがんの場合は、診療連携拠点病院に、それが義務づけとあります、条件になっていますので、おそらく、そういう観点で、こちらに整理をされていると思います。

【橋本部長】 がんの場合は、がん登録をやったりするから、かなりわかりますよね。母集団がかなりわかってくるから。

ほかの都道府県も、これをにらみながら、いろいろと頭をひねるわけですかね。

【田城副部長】 もう一つ、「救急医療」のところなのですが、これは全く同じ議論ですが、隣接県から搬入されてきますよね。母子なんかもそうでしょうけれども。それはどう処理するのですか。逆に、これも入れて……。たしか2つ議論があって、南関東の1都3県の各都県の知事が集まるような、そういう連携会議があったかと思うのですが、そこで議論して処理するのか、このプロセス指標のところに、どれだけ東京都が隣接する他の県のためにも貢献して、税金を使っているのかということのアピールするべく、特記とか、附記するかということは考えられていますか。

これは多分、「東京消防庁ほか」だから、救急医療のプロセス指標の他県からの数というのはちゃんと証拠として残りますよね。救急搬送記録で住所もあるし、大体、隣の県の救急隊が来ますからね、東京都の医療機関に。これは簡単に出るから。

【近藤委員】 逆はない。

【田城副部長】 え、逆はないの？ あるんじゃない？

【橋本部長】 逆はほかから……。

【田城副部長】 まあ、とにかく、どれだけ東京都が他の県に恩を売っているかというのを出したほうがいいような気がするのだけれども。と思います。

【稲波委員】 どうでもいいことなのかな。

【田城副部長】 いや、東京都のためを思って言っているのですがね。

【稲波委員】 それでアピールして、地方交付税をもらうとか。

【田城副部長】 というか、もらうんですよね、埼玉県から。

【室井救急災害医療課長】 その議論は非常に難しいと思います。田城先生がおっしゃるような、他県にも協力しているよというアピールの仕方もあるとは思いますが、逆に例えば産科とか、小児科ということになると、東京都、特に多摩地域ですね。都民の受け入れ体制がなかなか厳しいというところもありますので、何で都外の人を受け入れているのだという話にもなってしまう危険性もあると思います。

【橋本部長】 まあ、あまりそこをギシギシやらないようにしましょうよ。

【田城副部長】 はい。

【近藤委員】 糖尿病のアウトカムが細か過ぎないですかね。多分、レセプト電算化とか、突合とかを考えて載せているのかもしれないけれども、それぞれどう判断されるのか。

【橋本部長】 これはそれぞれに班研究が違っていています。

【田城副部長】 救急なんかもみんな、そうですね。

【近藤委員】 研究としては、これは知りたい情報だと思いますが、どれもつかみづら
いのですよね。

【田城副部長】 班研究の人が、こういうものを指標にしてという方向性をつくった
ものですから。

【橋本部長】 それがそのままなのね。だから、整合がとれていない。では、それは
国がわかっている、都道府県に投げたのだと思うのですが、まあ、それぐらいの扱いでい
いでしょう。

でも、大体、クリティカルパスの導入みたいなものは一つの核になるから、その導入
というか、普及率みたいなことがあるけれども、母集団をある程度推計して、どのぐらい
やっているかみたいなですね。難しいね。指標としてはいいと思いますがね。指標として
平均値をとるのがいいのかどうかということもあるでしょうね。

【田城副部長】 まだ時間があるから。憶測なのですが、地域連携クリティカルパス
は、今、大腿骨の骨折で、手術をした急性期病院と回復期リハビリテーション病院間での
み診療報酬が取れていますが、もしかすると、地域連携クリティカルパスに診療報酬をつ
けると、これは医事情報ですぐ計算できちゃうと思うのですよ。例えば急性心筋梗塞とい
う病名がついていて、連携パス加算が取れている人の人数だと、もうすぐ割り算すれば出
ると。そういう可能性はあるかもしれません。

【橋本部長】 それはだから、大腿骨骨折以外にクリティカルパスに診療報酬情報が
乗ってくるという見通しがあつてと。でも、逆かなと思ったので。

【田城副部長】 いや、すごく安い点をつければ可能性はあると思います。

【橋本部長】 それは医療機関名を特定して連携のスタイルを決めちゃうところは、
意外と楽にできるかもしれないけれどもね。

【田城副部長】 特に診療報酬で加算を取るとなると、病名ごとの患者数とかも簡単
にわかるし。

【橋本部長】 そうなればね。

【飯山委員】 ちょっといいですか。この指標で評価するということになりますと、最終目標はアウトカム指標をいかに達成するかということになるわけですから、そのアウトカムでこれだけのものを得るためには、こういうことをしなければいけないと、そのためには、これが必要だと、そういう計画自体の組み立て方をしていけないと、なかなかアウトカムでこの指標だといったときに、これはそのとおりになるかどうかというのは難しいと思うのですよね。計画は計画でつくっていて、それに対して、単純にこういったものが考えられるから、これを指標としたらどうだというのだと、なかなか最終的にうまくいかないのではないかという気がするのですがね。たとえば、救急の場合にしたら、患者さんを何分で運ぶかということになった場合に、道路の問題を考えなくてははいけませんよね。狭い道で駐車違反を起こしていれば、当然、救急車は動けませんし、今、大通りは、かなり駐車違反の取り締まりが厳しいですから、いませんが、そうすると、当然、消防庁だけではだめで、警視庁の協力が必要になってくるわけです。そういったことも、もしこういうアウトカム指標をほんとうに結果として使うということであれば、もっと目配りが必要になってきてしまって、幅も広がってしまうところがあるのではないかと、そういう気もするのですが。

【橋本部長】 幅が広くなり過ぎるから、やめちゃったほうがいいという話ですか。

【飯山委員】 いや、そういうわけではなくて、よほど厳選して使わないと、何が何だかわからなくなるところがあるのではないかと。

【橋本部長】 どこが影響しているのかわからないようなものを一生懸命議論しているという可能性もありますよね。

【稲波委員】 だから、あれでしょう。どのアウトカム指標を使うかを決めたら、そこから演繹的にいろいろな施策を考えていかないと、いい結果が得られないということでしょう。

【飯山委員】 そうです。ほんとうにベンチマークをちゃんとつくるかどうかなのですよ。

【橋本部長】 計画論の中で、ミニマックスとか、そういう考え方があるのですが、要するに我々は何を改善するのが計画にとっていいのかとかという議論なのですが。つまり、平均値を上げることがいい。そういうものと、それから一番恵まれていない部分を上げることがいいという、幾つか計画の議論の中で、そういうのがありますが、事業ごと

によって結構違ったり、あるいは地域によって違ったりするような気がするのですよね。だから、全体の計画として、例えば離島みたいなところがたくさんあるところだと、全体として上がらなくてもいいから、恵まれないところをよくしましょうというのがミニマックスですね。そういう方法をとるべき考え方と、それからいいところだけをよくとると、平均値が上がりますから、それでいいとする考え方なのかと。指標でも、そこが問われるかもしれないですね。全体的な数字を見せられるということであれば、ボリュームのあるところに効果的なところをやれば平均値はよくなると。これは当たり前の話ですが、でも、ほんとうにそうかと。それでほんとうに解決されていると言えるのかという根源的な問題がありますね。

【田城副部長】 医療機能情報提供制度というやつは保健所に提供するやつでしたっけ。

【吉田副参事】 医療機関から東京都が情報を提供いただきまして、それをインターネットなどを使って。

【田城副部長】 ですね。だから、今回の医療法の改正で、都道府県知事はその地域住民に対して、その地域にどういう医療機関があって、なおかつ、その医療機関がどの程度の医療を提供できているか。パフォーマンス等を情報収集して、それをホームページ上で公表するという制度ですね。

【吉田副参事】 はい。

【田城副部長】 この3枚目の補足を見ていると、「医療機能情報提供制度の項目として検討されている「地域連携クリティカルパスの有無」は疾患別に分かれていない」と国が認めているみたいだから、逆に言うと、余計なことかもしれませんが、東京都の場合は、医療機能情報提供制度で、医療機関に提供を求める医療情報として、疾患別の連携パスを要求するとすれば提供しなければいけないということですね。今のところは、連携パスをやっていますか？ で か×かと。それで、やっている病院は幾つ？ と。というか、ホームページに何々病院という項目のときに、医療連携パスが か×かということですね。

【吉田副参事】 国のほうでは、疾病別に分かれておりません。国の中でやらないとすると、都道府県が独自にやる項目というところの中で、疾病別の連携パス導入率をとっていくかということになります。それは今、内部で検討しているところです。

【田城副部長】 検討していると。まだやっていないけれども、いずれやるからと。

【橋本部長】 まあ、国もいずれやるでしょう。やれないという意見があって、では

まず、とりあえずやめておきましょうという話かもしれませんが。

資料3で、ほかはいいですか。どうぞ。

【高野委員】 「救急医療」の中で、歯科を扱えるような救急医療というのは、特に夜間の場合は、東京都内においても、1～2区しかないというくらい少ないのですね。非常にデータとしては悪いデータだと思うのですが、その辺を改善する意味でも、そのような指標を設けて増やしていく方法はないのでしょうか。歯科の救急外来というか、それを受け付けるのは、日中でも少ないですし、夜間に至っては1カ所か、2カ所。たしか、それくらいしかないはずなのです。そういう意味でも、そういう体制も増やしていかなければいけないのではないかという意味では、嫌なデータですが、あえて取り出すというのの一つの手ではないかと思います。

【吉田副参事】 その辺は現在のデータというのは、かなり正確につかめているものがあって、大体、どの地区でどの程度というのは。

【田城副部長】 この資料ではないことでいいですか。

【橋本部長】 情報の話ですか。まあ、いいです。どうぞ。

【田城副部長】 時間にちょっとゆとりがあるようなので、ほんとうにただ知りたいのですが、医療圏域ごとに疾患別にネットワークを医療計画に示すことになっていますよね。疾患別医療圏域を。東京都の場合は二次医療圏、もしくは市区町村になると思うのですが。何を聞きたいかという、そこに病院名を書けというのが5月、6月の段階では出ている、多分、そこでもめて1カ月遅れた原因だと思うのですが、それはきょう、提示されていないので、今回は用意されているのですが、地域ごとの疾患別ネットワークを書くときには、例えばがんの場合には、がん診療連携拠点病院としては、これが登録されています。そういうような登録をされているものについては固有名詞を載せるけれども、それ以外については、あえて固有名詞を載せない。ネットワークを表現するときには、どうするおつもりですか。

【吉田副参事】 基本的な考え方なので、まだちょっと内部で詰めているところもあるのですが、この5年間の医療計画の中に、病院名をここに記載するのが適当なのかというのは、ちょっと国のほうとも話してございます。というのは、医療機関は変遷も多いですし、5年間の計画の中に、ほんとうに病院名を書いちゃって、ドクターがいなくなったら、明るくなる日か診療できなくなってしまうという可能性もあるわけなのですよね。そういうことを考えたときに、医療計画、都民に明示する計画に書くのが適切なのかということは、ち

よっと国のほうとも話し合わせていただいております。

【橋本部長】 書かないほうにしたいですね。

【吉田副参事】 私どもとしては、それにかわるものが、この医療機能情報の提供制度ではないかということで提案しておりまして、国のほうもそれについては医療計画と同一のものともみならずというような話もいただいております。

【稲波委員】 随時訂正していくことと書いてありますね。

【吉田副参事】 医療機能の情報提供制度ですと、少なくとも年に1回は情報の更新ができますので、そういう意味ではアップデートなものがとれると考えております。

【橋本部長】 そのほかにありますか。ですから、これはまだ時間があるようなので、ながめて、ああだこうだという話でしょう。国が言っているものはすべてです。全部網羅している。もうちょっとスマートな指標があるといいですね。これは見ておいてください。お目通しください。

あとは何か議論することがございましたか。では、事務局から、その他についてよろしくをお願いします。

【吉田副参事】 ありがとうございます。非常に難しい議論になってしまいました。

次回なのですが、きょう使いました資料1で御意見をいただいたのを精査して、それからあと、資料2も少し使って、それから、これまでいろいろと3回目、4回目で書かせていただきました連携のイメージとか、そういうものを少し部会長さんと相談させていただいて、28日の親会のほう、あるいは9月7日に医療審議会がございまして、そちらのほうにかけさせていただきたいなと思っております。

それで、28日に親会のほうということをお案内しておりますが、正式には通知させていただくことになると思いますので、別途送らせていただきます。

それから、その後、親会と医療審議会にかけまして、親会と医療審議会の意見を伺う形になります。それで、意見を伺った上で、再度またこちらのほうの部会に持って帰って、議論を深めていただくということを考えておりますので、またその際には、日程調整等をお願いに上がると思います。恐縮でございますが、よろしくお願ひしたいと思います。

それから、いつものことでございますが、資料はお荷物になるようでしたら、その場に置いておいていただければ、こちらのほうから郵送させていただきます。あと、医療計画につきましては、そのまま机上に残しておいていただければと考えます。事務局からは以上でございます。

【橋本部会長】 はい。あとはございませんので、閉会させていただきます。ありがとうございました。

了