

第3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3月28日
東京都福祉保健局

(午前 10時00分 開会)

○大滝医療改革推進担当課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第3回東京都保健医療計画推進協議会改定部会を開会いたします。

委員の皆様には、年度末の大変お忙しい中を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、医療政策部医療改革推進担当課長の大滝が進行役を務めさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

初めに、今回新たに委員の委嘱がございましたので、ご紹介させていただきます。東京精神科病院協会の長瀬輝誼委員でございますが、本日は都合により欠席されております。そのため、同協会の渡部事務局長に代理出席していただいております。よろしく願いいたします。

なお、長瀬先生におかれましては、国の検討会において、精神疾患が次期医療計画に記載すべき疾患に追加された中で、国の検討会委員でご活躍されておりました。ぜひ、東京都の保健医療計画改定の際も、精神を中心にご意見を賜りたいと考えております。

また、参考人といまして、社会福祉法人信愛報恩会信愛病院院長、桑野斉先生にもご出席いただいております。桑野先生は、療養病床にご造詣が深いということでございますので、ぜひとも基準病床数の設定や在宅療養の検討の際に、ご意見を賜ればと思っております。よろしく願いいたします。

次に、委員の皆様の出欠等について、ご報告いたします。本日は、葛飾区保健所長の細川委員と、瑞穂町福祉保健部保健課長の山崎委員から、ご欠席のご連絡をいただいております。また、稲波委員が来ておりませんが、ご欠席という連絡は入っておりませんので、後ほどいらっしゃるかと思っております。今のところ、12名中9名の出席でございます。

続きまして、本日の資料についてご確認させていただきます。まず、資料1といまして、東京都保健医療計画推進協議会改定部会委員名簿。資料2、その設置要綱。資料3、東京都保健医療計画第五次改定スケジュール(案)について。資料4、東京都保健医療計画第五次改定における二次保健医療圏の取扱いについて。資料5、医療計画の見直しについてとなっております。

資料は以上でございます。落丁等ございましたら、事務局にお伝えいただければと思います。

それでは、議事に入ります前に、医療政策部長の中川原よりご挨拶をさせていただきます。

○中川原医療政策部長 おはようございます。医療政策部長の中川原でございます。本日はお忙しい中、また、朝からお集まりいただきまして、ありがとうございます。

さて、本改定部会は、昨年5月に設置いたしまして、保健医療計画の基礎資料となります医療機能実態調査の調査項目について検討してまいりました。

実施いたしました医療機能実態調査の集計作業は、先日、一応終了しておりますが、

今、その内容について再度精査をしております。そのため、次回以降に調査報告をさせていただきますと考えております。調査項目の検討につきましては、委員の先生方に大変多くの意見をいただきまして、大変感謝しております。ありがとうございました。

平成24年度になりまして、いよいよ第五次改定に向けた本格的な作業が始まるということで、本日は今後のスケジュールと、二次保健医療圏の設定につきましてご議論いただきたいと思いますと考えてございます。

先日、国は保健医療計画の担当者向けの研修会を開催し、精神疾患、在宅療養につきましては新たな医療連携体制の構築、そのほかPDCAサイクルによる評価・検証の実施など、次期医療計画の改定の考え方についての説明がありました。こちらの内容については、後ほど説明させていただきます。

各都道府県につきましては、医療連携体制の構築に当たり、患者動向や医療資源、それから医療連携に関する情報等により現状把握をして、求められる医療機能とその連携体制などの課題を抽出し、数値目標も掲げ、目標達成のために策定した事業を行っていくことになっております。

また、東日本大震災の教訓を生かして、医療機関などにおける災害対策の強化、急速な少子高齢化による在宅療養の充実につきましても、次期医療計画の中で重点的に取り組むことになっており、今回の改定が東京都の医療のあり方を決めていく上で、大変大きな節目になるのだろうと考えております。

委員の先生方におかれましては、今後、計画の改定に当たりまして、会議をたびたび重ねることになるかと思いますが、大変お忙しいところではございますけれども、ぜひともご出席いただきまして、忌憚のないご意見を賜りたいと考えております。

今後とも、ぜひよろしくお願い申し上げます。

○大滝医療改革推進担当課長 それでは、これからの進行を河原改定部会長、よろしくお願いいたします。

○河原部会長 おはようございます。それでは、早速、議事に入っていきたいと思っております。

まず、議題1ですが、東京都保健医療計画第五次改定スケジュール（案）について、事務局からご説明をお願いします。

○大滝医療改革推進担当課長 それでは、座って恐縮ですが説明させていただきます。

中ほどの資料3をご覧くださいと思います。A3横でございます。

東京都保健医療計画第五次改定スケジュール（案）についてです。国の状況がなかなか見えない状況で、国は間もなく指針を都道府県に発出すると言っております。

先ほど、部長からもお話がございましたように、国の研修会は開かれておりますが、まだ、今のところ指針という形で正式にこちらに示される段階ではございません。ただ、4月から本格的な作業に入っていくところでございますので、これから説明するスケジュール案の流れを進めていきたいと思っております。

まず、本日の検討内容でございます。右側を見ていただきますと、黒丸が検討事項、白抜き普通の丸が報告事項ということで、示しております。

本日は、今回のスケジュール（案）の流れ等をご了解いただくことと、二次保健医療圏の設定についての考え方について、ご議論いただきたいと思っております。

参考として、国の医療計画の見直しの考え方が示されておりますので、後ほどご説明させていただきます。

年度が明けまして4月下旬あたりに国から指針が示されるという前提のもと、次期保健医療計画の項目についてご議論いただきます。あとは報告事項ということで、現状把握のための指標の提示、医療機能実態調査の結果報告、国が示した新指針についての考え方、こちらを4月下旬にご報告いたします。

左側をご覧ください。スケジュールの真ん中に、保健医療計画推進協議会がございます。第1回としまして、現行計画の実績検証ということで、4疾病5事業の計画の進捗状況について、親会でご説明をさせていただきたいと考えてございます。

これに基づきまして、右側をご覧ください。6月あたりに2回予定しておりますが、国の指針等を踏まえ、5疾病5事業プラス在宅について施策の考え方や課題を整理し、皆様に示させていただきます。

第7回になりますが、7月下旬を目途に骨子案を提示させていただきます。それと同時に基準病床数の算定方式についても、このあたりでご説明させていただきたいと考えております。

その後、骨子について親会へ中間報告を行い、それを医療審議会に骨子を提示するというので、進めさせていただきます。医療審議会でご了解という形になれば、今度は文案の作成に入る流れになってまいります。8回、9回で文案についての議論を行い、10月の第3回親会の時に計画素案の最終報告をさせていただいて、11月、12月と区市町村と関連団体への意見紹介、原案の決定、パブリックコメントの実施ということで、最終的には医療審議会で決定することになります。年を明けて25年1月、2月に最終的には進めていくという、このような流れになります。

説明は以上でございます。

○河原部会長 ありがとうございます。

スケジュールについてのご説明に関しまして、何かご意見等ございますか。

国の指針が遅かったために圧縮されてきていると思うのですが、本当に今のご説明にありましたように、7月ぐらいまでが非常に大変な作業になると思います。意見を出すとしたら、そのあたりですね。いかがですか。

(なし)

○河原部会長 これは、ちょっと物理的に決まっているようなスケジュールですので、仕方ないかなと思いますが、ぜひ、委員の皆さん、協力していただければと思います。

なければ、次の議題に移らせていただきます。もし、何かございましたら、後でも結

構ですので、どうぞ手を挙げてください。

では、議事（２）に入らせていただきます。

議事（２）が、東京都保健医療計画第五次改定における二次保健医療圏の取扱いについて。事務局からご説明をお願いします。

○大滝医療改革推進担当課長 それでは、A4横が2枚でございます、資料4、東京都保健医療計画第五次改定における二次保健医療圏の取扱いについてでございます。

まず、大きな一つとして、保健医療圏に関する国等の議論、考え方について、ご説明させていただきます。

まず、国からは、医療圏の見直しという話のことも出てまいりましたが、医療法において規定される医療圏とは、地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一帯の区域として病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められる単位であることが基本原則となっております。

今回の国の議論でも言われているところは、その受療行動が今まで都道府県の中できちんと分析されていなかったため、ほとんど見直されていなかったことです。前提として、この部分が国の中で議論されていることをご理解いただければと思います。

参考までに、資料5は二次保健医療圏の設定についてということでございます。こちらが、一番わかりやすいものでございまして、現行の二次保健医療圏の人口規模を確認した場合、人口20万人未満と20万人以上の二次保健医療圏で流入と流出のそれぞれの受療行動の動きを見た場合、一方的に流出ばかりして流入が入ってこない、出っ放しというところが、20万人で線が引けるとのことです。流出型になってきた場合は、医療圏としての体を成していないのではないかということで、ここについて見直しをかけるようにとのことです。見直しは必要ないという話になった場合でも、その理由をきちんと明示することが示されております。

その下で、非常に細かくて恐縮ですけれども、東京都はこれを見ていただきますと13医療圏うち島しょは除き、20万人未満の二次保健医療圏もなければ、その流入・流出の話のこともないということで、12圏域全部が流入・流出型という型式に分類されております。基本的に東京都の場合は、バランスがとれているという考え方が示されております。

お戻りいただきまして、資料4でございます。この状況の話というのが、1番の（２）、（３）、（４）の考え方でございます。繰り返しになりますが、入院医療を一帯の区域として提供できるかどうかということについては、概ね20万人未満のところに対して、しっかりと見直しを検討してもらいたいというのが、国の考え方でございます。

下にまいりまして、2番、都の二次保健医療圏の圏域の見直しについてということで、都の現行の圏域につきましては、人口状況や患者の流出・流入状況を設定条件として

考えた場合、圏域を変更するだけの大きな変化は見られない。いわゆる、今までやってきたものについて、医療法上の設置条件としての二次保健医療圏に、大きな変化が見られないと考えてございます。

その状況は次のページについておりますので、後ほどご説明いたします。

(2) 医療圏を設定して以来、様々な施策について、この二次保健医療圏を単位として推進しており、圏域を基本単位としたサービスを提供する形が定着しています。

また、(3) で保健医療、また福祉施策、これを一体的・総合的に推進するということで、23年度に東京都高齢者保健福祉計画が改定されております。こちらで、介護保険施設等の目安となります圏域として二次保健医療圏で設定しています。また、引き続き医療と介護の連携を行っていかなければならず、二次保健医療圏を変えるのは、難しいところがあるかなと考えてございます。

なお、(4) でございますが、疾病や事業ごとの進め方につきましては、各圏域の保健医療資源の状況とか受療状況等を踏まえ、必要に応じて圏域にこだわらないで連携をしているものもございます。例えばですが、在宅療養につきましては、区市町村が主体的な単位ということで、あえて圏域単位での取り組みという考え方は用いずに、区市町村と都という形で動いているというものもございます。

最終結論でございますが、都における二次保健医療圏は、医療法に基づいて設定した現行の圏域は維持しながらも、疾病や事業ごとの取り組みについては個別にご議論いただいて、どういうふうな連携体制があるべきかをご議論いただければと考えています。

なお、1枚おめくりください。これは平成17年と20年の患者調査を比べた資料でございます。Aというのは都内に入院した場合、その住所がどこにあるかというのを母数としたものです。そのうち、自分の圏域に入院したという率で、この率が自己内で回っていると思っただければと思います。

これは、あえて都内だけで動かしていますので、他県からの流入は今回考慮しておりません。ここで見た場合には、区西部が49.72、多摩でいきますと北多摩西部、これが48.49から49.71ということで、約5割は自分の圏域内に入院しているという状況にあるということでございます。

説明は以上でございます。

○河原部会長 ありがとうございます。それでは、今のご説明につきまして、何かご質問、あるいはご意見ございますか。

資料4の下が、今の都の考え方ということで結論が出ていると思いますが、いかがですか。

はい、どうぞ。

○桑名参考人 オブザーバーですけれども、よろしいですか。

ワンデイ調査についてですが、これは他県を含まないということでしたけれども、

流入の分を含まないのか、都民が外の医療機関、他府県に行ったものを含まないというのか教えてください。

○大滝医療改革推進担当課長 この計算は、数字上でいきますと、流出のほうは考慮しておりません。流入のほうの入院数、都内に入院したという患者数というふうに集計しておりますので、出のほうは考慮していないことになります。

○桑名参考人 わかりました。ありがとうございます。

○河原部会長 ほかに何か、ご意見は。どうぞ。

○林委員 資料4の2の、都の二次保健医療圏の圏域見直しの(1)ですけれども、「流出・流入等の設定条件」云々と書いてありまして、「圏域を変更するだけの大きな変化は見られない」ということですが、これは人口の数だけということですが、高齢化の影響やそれから虚弱性ですね。支援状態、要介護状態がだんだん上がってくるというの、恐らく予想を超えておりますから、ただ数だけで決めるのではなくて、その人の置かれた身体状況ですね。全然考慮していないのかなと思ったのですが、いかがでしょうか。

○大滝医療改革推進担当課長 計算上、国から最終的に示される、この二次保健医療圏の基準、これが基本的には基準病床数の算定の基礎になる圏域になるわけですが、ここの話のことについては、国からも計算として示されているもので、動かせるものではないので、これは前提としてはなっています。

今、林先生のお話しでいきますと、それぞれの疾病とかの範疇で判断すべきかと考えております。

○林委員 はい、わかりました。

○河原部会長 ほかに、何か。どうぞ。

○稲波委員 ワンデイ調査で、東京都外からの入院の患者数を教えていただければと思います。

○大滝医療改革推進担当課長 例えば、流入でいきますと、今の資料の合計で恐縮ですが、20年のD欄の一番下、合計88,390人となっております。この場合、他県からの流入としまして、103,925人ということで、約25,000人が流入ということで都外から入ってきていることになります。

○稲波委員 じゃあ、合計の、その平成20年のある日に、都内の医療施設に入院した人の合計が10万人ということで、流入が10万人ではないですね。

○大滝医療改革推進担当課長 そのときに入院していたのが10万人です。

○稲波委員 わかりました。ありがとうございました。

○河原部会長 ほかに。

これは患者調査ですから、厚生省のワンデイ調査ですよ。私も昔、粗集計をしたことがあるのですが、もちろんこういう値になります。もう一つ、それぞれの医療圏で人口規模が違いますから、人口が大きいところでどうしても引きつけられるというこ

とを補正して、MPIという移動選好指数という計算方法があるのですが、それで計算したところ、全国的に一番悪いのは南会津です。南会津が期待値の8倍を超えて会津に人が流れているということで、ああいうところの医療圏は、やっぱり存続というか、考えないといけないと思うのです。

都内でも流出が見られるのは、ここにもありますように、区南部と区西南部なんです。MPIでやっても同じような結果が出たのですが、国が一律に20%未満とか以上で、出入りで考えると一遍ですが、これはあくまでも地方と、交通が至便で隣の医療圏に容易に行ける東京とか、そういう大都市部と混同しているんですね、厚労省のほうか。そこは、ちょっとどうかと思います。

実際は、この流出入を考えても、大体というか、ほとんど都内で完結していますね。それが、今の医療の実態だと思います。

ほかに、何かご意見ございますか。どうぞ。

- 飯山副部会長 これは、17年と20年で、日は同じ日なのでしょうか、調査された日はいつですか。
- 大滝医療改革推進担当課長 すみません。時期的には一緒だと思うんですが、きちんと確認して、後ほど回答させていただきます。
- 河原部会長 10月の適当な日に行っております。
- 大滝医療改革推進担当課長 どこかの期間を設定して、いずれかの日で実施しています。
- 河原部会長 それで、これは流出入とは離れますけれども、患者調査の問題は、季節性の疾患がカウントできていないです。インフルエンザが10月に流行らないから。そういうところはあります。
- 飯山副部会長 17年と20年を比べると、23年10月に調査を行っていてもいいような感じがするのですけれども、それはされていないのですか。
- 大滝医療改革推進担当課長 これは厚労省の患者調査なので、そこからのデータをもらってくるようになりますが、23年版は国からデータの提供がされていない状況です。
- 飯山副部会長 提供されていない。調査はされているのですか。
- 大滝医療改革推進担当課長 調査はされております。
- 河原部会長 3年ごとに。
- 飯山副部会長 じゃあ、新しいデータがあれば、なるべく早くに。
- 河原部会長 そうですね。ほかに何かございますか。
- 稲波委員 区中央部の基準病床数何床でしたか。それから、現存病床数は。
- 大滝医療改革推進担当課長 基準病床数は、6,208でございます。
- 稲波委員 それで、現存病床数は、1万を越えていますよね。
- 大滝医療改革推進担当課長 はい。1万3,741です。
- 稲波委員 表の見方をもう少し説明してもらえますか？
- 大滝医療改革推進担当課長 資料の見方は、都内に入院している方で、区中央部に住所

を持っている方が5, 155人いて、そのうち、区中央部に入院している人が2, 773人あるということなので、ちょっと極論になってしまうかもしれませんが、1万3, 000あれば、ほかのところの患者で埋まっているということになります。実際の入院患者は。

○稲波委員 1万3, 000の病床があって、その8割ぐらいが実際入院していると仮定すると、1万床ぐらいが使われているわけですね。その中で、同じ医療圏に属する人が入院しているのが、平成20年では2, 700だということですから、7割以上が他の医療圏から入院しているということですね。

○大滝医療改革推進担当課長 きちんと分析してみないと確定というふうには言えないですが、そう推測するのが普通かと思います。

○稲波委員 そういう数字ですね。わかりました。

○河原部会長 ほかにいかがですか、何か。

はい、どうぞ。

○河口委員 すみません。データがあったら教えていただきたいのですが、推計入院患者数の、一般療養別の数値はないのですか。

○大滝医療改革推進担当課長 すみません。まだ、分けて計算しておりません。

○河口委員 そうですか。患者調査の原データはもらえるのですか。

○大滝医療改革推進担当課長 国のほうのデータに基づいて計算しているので、そこで分けていないと数値としてちょっと、うちのほうで分けるということとはできないかと思っています。確認はしてみます。

○河口委員 もし、生のデータを入手できるのであれば、一般病床に入っている人と療養病床に入っている人と、それから精神というのは実態が違うと思います。都内ですべてを診るのは、かなり難しいと思いますし、もしかしたら数値が低いのは、精神や療養に引っ張られている可能性もあるんじゃないかということですね。

実際に部会で議論する時には、そちらも見たほうが良いと思います。国が言うのは単に実態を踏まえてやっってくださいというだけで、こういう議論をする時には、一般病床でどのくらい都内で賄えているのかというのが重要だと思います。療養、精神まで全て賄うべきとすれば、介護保険や地域包括ケアに入ってきます。

以上です。

○河原部会長 今のご指摘のように、確かに精神がかなり引っ張っている余地があります。例えば長崎医療圏なんかは、精神病床だけで2, 000床ぐらいあります。だから、要するに流入みたいな形になってくるわけです。

ですから、私もその点、ちょっと気にしていたのですが、今のデータでは分析できないんですね。だから、元データがもし入手できて分析できれば、もっと自分の医療圏で完結している可能性は高いんじゃないかなと思います。

ほかに、よろしいですか。

今度、5疾病目に入った精神ですね。それが一番大きな問題かなと思います。今日、精神の担当の方も来られていると思いますが、非常に福祉まで幅が広い、いわば文化的な要素まで含む問題で、医療では片づかないようなところもあるので、精神というのが、かなり大きな比重を占めるかなと思います。

ほかに、よろしいですか。

あと、二次保健医療圏の考え方ですが、今までの補助金とか施策が、二次保健医療圏単位で行われているということも一つ、現実としてあるわけです。それと、実際の疾病ごとに、やはり脳卒中とか心筋梗塞を考えた時、なるべく身近な搬送がいいわけですが、それについては、例えばもう救急の中で、事実上の圏域みたいなシステムが完成しているのではないかなと思うのですが、いかがですか。

二次保健医療圏にかかわらず、救急搬送だったら自分の医療圏で受けられないようなところがあれば、次は隣の医療圏のここだという形で、もう完成しているのではないかなと思います。

○大滝医療改革推進担当課長 データ的な話のことは、後ほどという形になるかとは思いますが、基本的に東京消防庁も含めて、きちんとした救急搬送体制ということは構築されております。基本的に一番早いところに送れる体制というのは、かなり構築されているのではないかと考えております。

○河原部会長 はい。どうぞ。

○河口委員 救急データで言うと、東京都の平均搬送時間は一番長いです。しかも、大阪は悪化幅が小さかったのですが、東京は多分、全国一悪化幅が広がっています。何がいかというと、三次救急については日本一です。かなり短いし、アクセス時間は逆に全国で一番よいと思います。

具体的には、東京都は去年より搬送時間が約9.1分増加している、延びているのです。対する大阪は7.3分増加でとどまっています、これは偏差値換算すると、東京は偏差値で23.1になっています。

河原先生がおっしゃったことは大変重要で、医療計画を策定する時に、急性期病床の整備とか救急アクセスが悪いというのは、住民にとっては大変不安なわけです。しかも、平均搬送時間が長く延びている。これは、全体で考えなければならないのですけれども、「今はうまくいっていますから大丈夫です」という認識は非常に危険で、むしろ、確認したほうがよいと思います。

○越阪部課長 ちょっとよろしいですか。

今のご質問というか、お話に対してですけれども、総務省が年間で集計している救急の搬送時間のほか、東京消防庁が独自に毎年やっているものもございます。今、9分というお話がありましたが、覚知からどこまでをとっている数値かということもあると思うのです。東京消防庁が毎年出している救急活動の中では、約3分ぐらいです。ただ、伸びているのは間違いございません。

それで、年々延びているというようなことになっておりますが、今、我々なりに分析しているのは、その覚知から現着みたいところで、233隊の救急がいわゆる消防署にいないで、GPSで管理しています。そこから直接行くというような、そういうようなところもかなり出ています。

それと、あと重症が早いという先生からお話がありましたが、そのとおりです。検証の中でも、今回22年中と23年中ですと、2万件ぐらい救急の搬送の母数が増えました。そのうち1万5,000が75歳以上というようなことが明らかになっていきます。一週間のワンウィーク調査ではありますが、いわゆる年齢別に、65歳以下と65歳から74歳、75歳以上と比べると、やはり75歳以上の方が、1回にかかる時間というのでしょうか、それだけいろいろ会話とかコミュニケーションの問題もありますし、あと丁寧なというのでしょうか、移動に対しても細心の注意を、もちろん全てそういうことでやっておりますが、特に高齢者の方はというところが影響しているであろうというところまではわかっています。1件、1件、細かくは出していないので、ちょっと議論に、確かにそういうようなことも入れていかないといけないかと思っております。

ただ、二次保健医療圏というのは、救急は直近優先ですから、当然圏域境であれば隣の圏域に行くこともありますし、今申し上げたように、救急車がどこかに出場していて、出場地からすぐに直近が行くので、世田谷だとかそういうところで起こっても、新宿の消防がそちらに行っていれば、そこが出ていくというような、そんなような体制もっております。時間だけで云々ということでは、なかなか全てを語るというのでしょうか、状況を確認するのは難しいかなというような感じがしています。

○河原部会長 桑名委員、何か。

○桑名参考人 今のお答えとオーバーラップしますけれども、東京都の救急システムに非常に支障を来している原因の一つとして、75歳以上の救急搬送が多いということは、前からわかっていました。私達とはまた別の、東京都療養型病院研究会が、モデルを見てみようかということで、八王子地区において慢性期疾患を持つ高齢者の救急搬送を、例えば救急指定ではなくて、療養病床で受けられないかということを検討しております。

実績としては、まだまだ非常に少ないのですけれども、そうした行動の視点というのは、結局救急の中身を精査してみないと、はっきりしたことがわからないというところが一つと、本当の意味での、いわゆる救命救急なのか、あるいはアキュート・オン・クロニック、またはその逆でもいいですけど、そういうものなのかによっては大分違いますので、やはり高齢ということに視点を置いた場合、システムが変わってきますので、これはとても重要なポイントじゃないかなと思って、私達もどう対処したらいいかということで、いろいろ研究をしております。

○河原部会長 救急は、電話をかけて出動を願ってから、現地に到着して患者さんを救急

車に収容して、さらに病院への搬送までの三つのパーツに分かれると思うのですが、そのそれぞれの時間、どこが長くなっているか、どこが短縮しているかということを検証しないといけないと思います。

東京の場合、特色があるのは真ん中の、現地への到着を早くしたけれど、収容するまでに時間がかかっているわけです。もしかしたら都市問題、道が狭いとか、マンションの問題、セキュリティの問題とかがあるのかもわからないし、75歳以上の方とのコミュニケーションの問題、あるいは精神とか、あるいはホームレスの方という社会的な問題。福祉を抱えた方が、救急搬送の時に例えば断られるとか、そういうふうな福祉的なものを抱えた救急患者さんの問題とか、複数の要素がかかわってきていると思うので、救急病院を増やしたとか、隊員を増やしたから解決するといった問題ではないので、この機会にどこが原因かということで、一回検証してみたらいいのではないかなと思います。

それで、もし都市問題だったら、そちらのほうの部局に投げかけるようなことで考えないと、医療では解決しない要素もかなり入っていると思います。

○飯山副部長 そこら辺の議論は、救急医療対策協議会あるいは東京ルールで相当したと思うのですが、その結果と実績を出していただければ、かなりご指摘があったようなことは理解されるのではないかと思います。

○越阪部課長 そのとおりだと思います。選定困難事案への対応として、東京ルールというものを2年半ほど前から始めましたけれど、22年度も一週間調査をしており、23年度は12月に行いました。部会長がおっしゃるように、その中で患者さんの背景とか、いわゆるアルコールを帯びているとか、あるいは精神の既往症があるとか、救急隊の活動の環境に応じて、どういうものがあつたか。高層階であるとか、患者への説明、あるいは家族への説明に時間を要したとか、そういうような調査の比較もありますので、次回にそれをデータで出して、ご議論をいただければと思います。

○河原部会長 わかりました。河口先生、いかがですか。

○河口委員 大変勉強になりました。ありがとうございます。ぜひ、議論をしていただきたいと思います。

もう1点だけ追加でコメントしますと、こういう素晴らしい取り組みをいろいろされているのに、東京都の今ある医療計画に、救急について関係する指標が設定されているかをご確認いただきたいです。他の都道府県では、救命搬送に関する死亡率を目標として設定しているところもあります。平均アクセス時間を目的として設定しているところもあります。

東京都は、2指標しか入れていないため、素晴らしい取り組みをしながらも、計画上でPDCAサイクルが回るようになっていないのかもしれないかもしれません。ぜひ、どういう指標を入れ込むと医療計画上でPDCAサイクルが回るかも、あわせてご議論いただければと思います。

○河原部会長 はい。ありがとうございます。

ほかに何かございますか。どうぞ。

○山元委員 教えていただきたいのですけれども、この二次保健医療圏の今現在の考え方で、例えば精神の疾患を含めた、4疾病5事業になった時に、今の二次保健医療圏の割合で、何か疾病的な、4疾病5事業に問題というのはない、格差というのはあるのでしょうか。

○大滝医療改革推進担当課長 例えば疾病でいきますと、やはり地域で既に取り組まれているところと、これから取り組もうというところが、現行計画をスタートさせた時に出ましたので、その差はあります。

なので、例えば北多摩南部あたりというのは結構固まりやすく、先に取り組んでいるところがあります。そういうところをモデルに、どういうふうに先行していくかでやっていますので、今後またご提示させていただきながら、次のステップにどういうふうに地域連携したらいいかということをご議論いただくことが一番の中心になるかと思えます。

○河原部会長 確かに今、二次保健医療圏ごとの格差というのは、病院に例えたら医療の質ですよ。アウトカムのところですが、それは非常に指標としては難しいわけです。医療圏ごとの格差をはかる指標というの、多分無理だと思います。いろいろな背景があるから。

だから、少なくともプロセス指標で管理して、プロセスがよければアウトカムもいいという形が必要かと思えます。アウトカムを求めようとしても、間違った指標を選択したらひどいことになってしまうので、そのあたりは考えていく必要があると思えます。ほかに、よろしいですか。

あと、がんとかも、国のほうは二次保健医療圏ごとに拠点病院をつくれとか言っていますが、実際は集約的な治療は東京の、例えば極端に言えばがんセンターだけでいいと思うのです。そういう意味で、医療圏は病床算定とか施策の遂行上残るとしても、疾病ごとにどういう取り組みをするかというのは、また個別の議論が必要かと。それを行うのが、この場かなと思えます。

ほかに何か。どうぞ。

○桑名参考人 実は、日本慢性期医療協会という協会で、話題はちょっと戻りますけれども、患者さんの入退院の動向を調べて、どこから、在宅から入院したのか、急性期病院から入院して、あるいは介護保険施設から入院して、どこに退院したのか、死亡はどのぐらいかという調査をしました。

その出入り、出口・入口の調査もしっかりやらないと、結局必要数というの、今後、多分議論になっていくと思えます。量の問題と、それから質とはちょっと違いますが、機能の問題を一緒に片づけていかないと、うまくいかないと思えます。そのもうちょっと細かな調査も必要になるんじゃないかなと思えます。

○河原部会長 ほか、よろしいですか。

それでは、議事2に関しましては、事務局の資料4にも書いていますが、現在、人口状況あるいは患者の流入・流出、そういう状況を見たところ、島しょは別にして二次保健医療圏の圏域、この施策の基本となっている圏域を変更するような合理的な理由は見当たらないわけです。

ただ、疾病ごとに、やっぱり施策というのは、その医療圏を超えて考えていく必要があると思いますので、その医療圏自体は現行のままということで、今後、疾病ごとにどうしていくか、連携も含めて、どういう施策を医療計画に盛り込んでいくかということ、この会、あるいは親会で検討したいと思いますが、それでよろしいですか。

(了承)

○河原部会長 ありがとうございます。では、そのようにさせていただきます。

以上が本日の議事事項ですが、次に報告事項になります。事務局からお願いします。

○大滝医療改革推進担当課長 それでは、資料5に基づきまして、国が開催した研修会の時に医療計画の見直しについて、医政局から話がございました。

この中では、1ページ目に医療計画制度の趣旨とか記載事項が示されております。次のところへいきますと、改正の主な経緯が時系列で示されています。

大きなⅡの医療計画の見直しということで、これまでの検討会の取りまとめ意見となります。次ページになりますが、二次保健医療圏の設定、PDCAサイクル、在宅医療、精神疾患、医療従事者の確保、災害時の医療体制の構築という六つの大きな項目が示されており、ここの中で指針がきちんとこれに基づいて出てくる形になります。

この中で国から言われた一つは二次保健医療圏の設定です。もう一つは2の疾病事業ごとのPDCAサイクルについてです。ご議論の中で話が出てきたことが示されておりますので、それを今回ご説明させていただきたいと思います。

1枚おめくりいただきますと、先ほどご説明したのが二次保健医療圏でございます。その次に、疾病事業ごとのPDCAサイクルの推進ということで示されてございます。この①となっている下段資料でございまして、現行の指針では、このように四つに並んでおりまして、1が情報の収集、2番が医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討、連携の検討及び計画への記載、数値目標及び評価という形で示されております。

河口先生のお話もございましたけれども、国もこういう形で示してございます。改定案では、現状の把握と圏域の設定もしなければいけません。連携の検討も考えていけない。ここまでは従前と同じですけれども、次に追加で課題をきちんと抽出し、数値目標を設定して施策を考えるようにとしています。その後、評価をして、公表まできちんと結びつけていきなさいというのが、国の考え方です。

とりわけ、我々が誤解をしていたところであり、都道府県からもかなり質問が出たところは、指標についてです。指標には「必須指標」と「推奨指標」があり、例えば心筋梗塞の話では予防ですと二重丸で書いてあるのがストラクチャーで、二重丸で禁

煙外来の実施医療機関数、この数値が取れることを言っております。

プロセス指標で、今度、丸だけになっているのは、年齢調整の脂質異常症患者の年齢調整外来受療率というものです。これをデータ解析して、現状把握することになります。我々が何を誤解していたかということ、指標という言葉を目標というふうに受けとめておりました。要はこれを目指さなければいけないものというのを、「必須」としなければいけないのか、「推奨」としなければいけないのかを整理するまで、少し混乱をしたところがありました。

今回、国が言っている指標というのは、課題を抽出して議論をするためにデータとして把握するものを指標といっています。そのため、最終的にどういうことを計画に掲げるのかというのは、数値目標という言い方をしていることを、確認してきたところです。この数値をもって現状を把握した上で課題を抽出していくことになります。

その課題を、推進について①でございますけれども、課題をきちんと抽出して、数値目標を掲げて、どういうことを行えばいいのかを掲げていきたいと思いますというので、あとは評価をきちん行っていくことになります。東京都は、評価という形では、親会である協議会に、計画の進捗状況という形でご説明をしております。これが、国の言っている評価にあたりと認識しています。

公表について東京都は、議事録をホームページに載せておりますが、公表の仕方については今後ご議論いただく形になるかと思っております。ただし、河原部会長、また、親会である橋本座長とお話しさせていただいているところでは、東京都は今まできちんとやっているとのことであり、課題をきちんと整理しながらやっていけばいいというお話もいただいております。このような流れで、あえて東京都としては変わったことをやることは思っておりません。

4疾病5事業を次の計画にステップアップさせていくためには、当然自分たちの今までやってきたことを踏まえながら、次の課題を見つけていくということは必要なことですので、そこら辺は、国が新たに示したということではなく、東京都として意を強くしたということが、今回の国の示してきたところでございます。

説明は以上でございます。

○河原部会長 何か、国が示した医療計画の考え方は、物すごく複雑になってしまいました。まともにやれば、夏休みもなくなってしまうのではないかなと思うぐらい、かなりの作業量だと思うのです。

もちろん数値も重要だと思いますが、こういう形で関係者が1時間なり2時間なり議論したほうが、地域の医療の実情について一番問題点がわかるわけです。これにつきまして何か、まだ全体像は見えないがもわかりませんが、要するに、数値目標至上主義的な感じですか。

全国的に医療計画を分析して何が問題かということ、数値目標の設定が外れているのです。例えば災害医療を例にとれば、災害医療の大きな目標というのは、発災時の死傷

者を減らすことですよね。そうではなく、DMAT参加施設を増やすとか、トリアージ研修を増やすとか、もう傍流のところを数値目標に持ってきているのです。だから、外れた計画になっているのです。先ほど河口委員が指摘したように救急の場合も、ひよっとしたら指標が、本来の取るべき指標が外れているのかもわかりません。

だから、そういうところをうまく、センチネルというか、これだという核になる、柱になる指標を数個設定すれば、私としては、国の枝葉末節の数字までは要らないと思うのです。ただし、国がここをやれといったら、やらざるを得ないわけですけど、何か、本来は医療計画の自治事務のはずですが、もう完全に機関委任事務になってしまっています。

何かご意見はございますか。

○林委員 今、河原先生が言われました目標、数値目標とその指標ですけども、私も先生の言われるとおりに、どうも乖離しているのかなと思っております。実行可能なことが目標になっていて、本来、都民だとか患者さんの、本当に役に立つ方向に行っていないのではと、いつもそう思っているのです。

例えば、がんのパスをやると。それはいいのですけれども、パスの利用率がどんどん上がったと。パスはやっても本当に1人の患者さんを観察した場合、そんなに役立っていない場合があります。あるいは、がんの死亡率は余り下がっていないとか、あるいは患者さんのQOLはよくないよとか。むしろ、そちらのほうを上げるとか、改善するためにやるだろうと。そのための、一つの指標かもしれませんが、どうもその目的が、違う方向に一生懸命やっているのではないかなと、いつもそういう気がするのです。本当にこの保健医療計画でそこまでできるのかどうかという、あるいはそういう検討をしたほうがいいかなという気持ちはあるんです。

○河原部会長 多分これだというふうなところを、複数でも一つでもいいですけど決めて、あとは例えば予算を伴うものとかいろいろあると思うので、その優先順位を決めていくべきだと思います。

今までの医療計画というのは、ここ二十数年やっていて総花的で、病床規制と医療圏の設定以外、何も達成されていません。河口委員も私も5年前、改定の委員会に入りましたけれど、その時の議論と今の議論も、よく似ています。だけど結果、私が委員をやっているから申し上げますと、神奈川県は医療計画というのは数値目標が空欄で施策も全部決まっております、数値を最後に当てはめています。

それを幾ら言っても改善してくれないのですが、結果として数値目標にどういうものを入れているかという、脳卒中とか糖尿病だったら、特定健診保健指導の参酌標準を入れているのです。それから、救急だったら、現行施設、10施設だったら10施設を維持するなど、評価がマル適の評価がつくような数値目標を選んでいきます。

それでは、本当の都民の健康問題は見えないわけですから、林先生のご指摘はごもつともで、どこが悪くてどれを改善すればいいかということを中心に分野を決めて、

もう一つでもいいです。それで、優先順位をつけて年度ごとに計画をやっていったら、一つずつでも実行できるのではないかなと思いますが、事務局、いかがでしょう。

- 大滝医療改革推進担当課長 部会長のお話しのところというのは、非常にご参考になるところで、我々といたしましても、やはり数値目標としてではなくて、例えば今の話の、何か所やらなければいけないというのは、あくまでプロセスだと思っています。きちんと目標を掲げて、そこにある施策として、具体的な数値としてこういうことをやっていくのだという積み上げになっていくのでしょうか。

これから、どういうことをやっていくかを先生達にご提示しながら、ご議論いただければと考えております。

- 河原部会長 先ほど例に出ました救急は、どこが悪いかという社会的な背景があると同じいましたけれども、それが悪かったら、それを改善するための施策を作る必要があると思います。

ですから、この委員会では、そういう議論を十分できればと思っております。河口委員、何かご意見があると思います。

- 河口委員 3点です。数値目標の設定の考え方ですが、東京都は非常に先進的な都道府県でありますので、国は48都道府県全てを対象にしていますので、細かいことを言うてくるとは思います。先進的な自治体は今までどおりやるというのは、賛成です。

2点目は、各委員からもお話がありましたけれども、我々が原案を作る時もそうですが、どうしても結果を数値で出すという考え方になってしまいます。そういう考え方ではなくて、どういう推移をしているかという現状把握をするための数値、まさにご説明にあったようにですね。特に、東京都は、これから2025年に向けて急速に高齢化単身世帯化して大変です。その点を踏まえて、現状はいいかもしれないけれども、毎年それをチェックしていくという考え方で、設定していただいたほうがいいと思います。

3点目は、救急についての指標です。例えば青森とか沖縄が意外にいいものを設定していると思います。ちなみに青森は2分、沖縄は1分しかアクセス時間が増加していません。いいところをまねていただくことは必要だと思います。以上です。

- 河原部会長 今まで、どこの県の都道府県の計画も、過去に遡って見れば、医療計画自体が5年ごとの改定のサイクルで回っているの、全て5年後の評価です。理念とか目標、大きな部分は5年ごとでいいと思いますが、実際の事業を展開する場合は、毎年でも評価しないといけないと思うのです。その部分も5年ごとになってしまうところが、医療計画の実効性が上がらない一つの点になっていると思います。

それと、もうこれは私の考えですけど、作業をするというのは非常に大変なことだと思いますが、本当は診療報酬をいろいろきめ細かく設定すれば、自然に医療計画の理念は達成できると思うのです。だから、これからは行政も含めて、社会がなるべく手をかけずに、日々の活動の中で自然に品質管理されて、いい結果に向かっている

いう何か仕組みをつくらないと、高齢化で人手が足りないところでは対処できないのではないかなと思います。これは、私の印象だけですので。

ほか、ないですか、何か。最後に、全体を通してでも結構です。

どうぞ。

○林委員 先ほど、高齢化のことを心配して言ったのですけれども、今までのデータ等の取り方は、例えば高齢者で特定の人を見て、その人を追跡して見て、その人ががんになった場合にどうなるかとか、あるいはADLがどんどん下がって、要介護から弱くなって施設に入って、最後に入院すると。そういう、例えば1,000人ぐらいの方で、それを追跡するような、そういうデータというのはないのでしょうか。

○大滝医療改革推進担当課長 今のところは、あるかないかと言われれば、持っておりません。

○林委員 全然、そういう発想がないだろうと、私は思うのです。そうしないと、患者の視点に立って、本当にうまくいっているのかどうかという評価が、余り取れないんじゃないですかね。

例えば、ある地区の3,000人ぐらいの人がだんだん高齢になって、じゃあ、病院にちゃんと搬送されましたよと、施設にちゃんと入ったよとか、在宅にちゃんと行って往診をしてくれましたとか、そういうデータが一番大事じゃないかなと思っているんです。ましてや、どんどん高齢化した場合に、いろいろな大変なことが起きるんですよ。その個々の患者さんがどういうふうになって、どういう思いをしているかというデータがなきゃいけないのではないかと思いますけれども、どうなでしょうか。

○飯山副部会長 被用者保険では、住所地管理はできていませんから、個人ごとに押さえるのは難しいですが、国保はそれが完全にできます。今のレセプトが、もう83%以上電子化されていますから、このレセプトデータを追いかけて行く、それから、特定健診の結果と突合させるというデータも持っています。

これは、国保中央会で、実は国保データベース構想というものを持っておりまして、レセプトデータと特定健診データをぶつけて、それぞれの地域ごとに医療費分析をしよう。これは全国比較、それから保険者ごとの比較をしよう。その中に、当然個人のデータも、追いかけてよと思えば経年的に追いかけられる仕組みを作ろうとしています。24年度、厚労省の補助金もついたものですから、中央会としては、これを実行するつもりでいます。

今、全国の国保連合会が47あるんですけれど、45は当初から参加するか、あるいは途中から参加することになっております。2カ所だけは今、自分のところで似たようなシステムをつくってしまったので、ちょっと見合わせたいと言っているところと、それから効果ははっきりしないので、躊躇しているのはあります。これは、24年度からつくりますので。

それから、東京都も、独自に国保連で持っています特定検診のデータ管理システム

の外づけシステムがありまして、これを使えば、相当程度の地域の医療費の分析ができます。国保だけに限ってしまいますけど、大まかな傾向はわかるのかなという感じはします。

KDBが、国保データベースができて、ある程度機能し始めれば、今おっしゃったようなデータも、うまく取れるかもしれませんので、ちょっと先まで待っていただければと思いますけれども。

○河原部会長 ぜひ、お願いします。

ほかに何か。どうぞ。

○桑名参考人 オブザーバーがしゃべり過ぎて、すみません。

今まで、一つの例を挙げると、5年前に計画で医療療養病床が必要だから7,000床増床するという計画を立てました。ところが東京都では、目標に当然達しておりませんし、いろいろな制度も変わりましたので、必ずしもそれがうまくいくはずがありません。考え方の基本として、例えば救急と急性期、療養、介護保険施設というふうな、今まではスポットで検討していましたが、私がちょっと考えるには、笑われるかもしれませんが、死亡者数から逆算して推定していくのも一つの方法じゃないかなと思います。

もう、百六十二、三万人が亡くなる時代が来る。東京都がその1割だとすれば16万人ぐらいですよ。そうすると、その人達が一体どこで亡くなるのか。病院なのか施設なのか在宅なのかというところから積み上げていくと、一体医療ってどのぐらい必要なのか、介護はどのぐらい必要なのかというところに行くと思います。上からといったら変ですけども、考え方を逆行性に一つ検討して、巡行性の検討と合致させていけば、かなり今までよりもいいものができるのではないかと思いますので、一言。

○河原部会長 じゃあ、ほかに何か。

どうぞ。

○河口委員 2点ですね。1点は桑名先生のご提案、大賛成です。高齢者をどこで看取のかというのは、はっきりと医療計画で検討しないと多分大都市はこれから大変なことになると思います。従来どおり東京都内の病院で看取りをしようとする、病床が塞がってしまうことも想定されます。従いまして、死亡者数からその計画を立てるというアイデアは、大賛成です。

それから、もう1点はデータに関する件です。今はもう、ナショナルデータベースでレセプトは全部、今使えるようになりつつあります。それからDPCデータは、これは伏見先生のところで、ほぼ地域医療計画ができ上がるぐらいのデータベースは、もう出しています。

何を申し上げたいかといいますと、こういう委員会をする時に、経験値で作る場合と、それからデータをベースにして作る場合と、二通りあると思います。データの活用可能性が上がっていますが、その全てを事務局に頼むとこれは大変なことになってしま

います。私もその一人だと思いますが、データをうまく使って研究している人達にどんどんデータを出させて、東京都について、どうですかと。DPCデータによると、東京都は今、どうなっていますかとか、ナショナルデータベースを使ったことがある方は、死亡時はどこで死んでいるのですかというのをなるべく出させるように、うまくその人達を使うことを提案いたします。

ぜひ、すべて事務局でデータをハンドリングしなければならないというよりは、個票が手に入れば専門員に渡して、あなた分析してくださいとか、DPCの研究班の人を呼んで、例えばがんについてどういう状況になっているのか、今はもう全部住所地でデータをそれぞれ紐づけして、どの病院にどのくらい集中しているかも全部わかるようになっていきます。そういうやり方も一つご検討いただければ、負担も減りますし、かつデータをみんなで共有して議論できるという点で、やりやすくなると思います。

○河原部会長 また、そのあたり、事務局の負担の軽減にもなると思うので検討してください。

ほかに、よろしいですか。どうぞ。

○飯山副部会長 実は私、国保連合会をこれで退任しますので、今日が最後になるため、一つお願いをしておきたいと思うのです。前回の保健医療計画の時も、これだけIT化が進んでいる時代ですから、医療計画の中にも、ぜひITが活躍できる部門をとお願いしたのですが、実際余り反映されていません。

最近、あちらこちらの病院が、病院の機能と在宅医療の連携を、ITを使って随分やっつけいらっしやる場所があるわけですね。今回、特に在宅医療というのも大きなテーマになっていますから、在宅に関してはそういうシステムを推奨といいますか、どれがいいかというのはわかりませんが、ぜひ検討していただいて、こういうITを使って有効な在宅医療ができればというようなことも書いていただければ、非常にいいなと思います。

○河原部会長 そのあたりも、アナログではなくてデジタルの部分も、またよろしく願います。

ほかに、よろしいですか。

(なし)

○河原部会長 では、なければ、今日の審議事項は全て終了いたしましたので、あと、事務局から何か連絡事項はございますか。

○大滝医療改革推進担当課長 それでは、事務局より数点ご連絡させていただきたいと思えます。

まず初め、1点目でございますが、医療機能実態調査の進捗状況でございますが、先週データの集計作業が終わったところです。内容についてはこれから再確認するところでございます。

そこで、口頭で恐縮なのですが、調査票の回収率と調査の重点項目として、皆

様にご検討いただきました在宅・精神・感染症・災害、こちらのほうの回答状況を簡単にご報告いたします。

まず初めに、調査票の回収率でございますが、病院では68.1%、一般診療所で66.8%、歯科診療所で77.1%という状況でございます。

また、今回の調査の重点項目でございますが、在宅医療につきましては、訪問診療を行っている都内医療機関が、病院で21.2%、一般診療所で18.9%となっております。

続きまして、精神科医療に関しましては、精神保健指定医を配置している医療機関が、病院で30.5%、一般診療所で7%でございます。

感染症対策につきましては、新型インフルエンザの対応マニュアルを作成している医療機関が、病院では77.4%、一般診療所では20.0%ということで、精神科医療と同様に、病院と一般診療所で大きな差があるという状況です。

最後に災害医療でございますが、夜間・震災時の診療体制を組めるまでの所要時間について、1時間未満で診療体制を組めると回答した医療機関が、病院で24.4%、一般診療所では13.3%という、速報値でございます。今後の精査の中で若干動くかもしれませんので、あらかじめご了承願います。

報告書については、事務局で整理いたしまして、来月、これをご報告できればと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

2点目につきましては、本日お配りした資料の中で、次回の改定部会の日程調整表を置かせていただいております。こちらにつきましては、日時等、ご確認いただきまして、後日事務局までご提出ください。

3点目につきましては、席上に用意いたしました保健医療計画等の冊子、現行計画等の冊子は、そのままお残しいただければと存じます。

また、最後、お車でいらっしゃる方で、駐車券をご利用になる場合には、事務局に言っていただければと思います。よろしくお願いいたします。

事務局からは以上でございますが、一言、すみません。私、人事異動がございまして、今回異動ということになりました。先生方のご指導、ご鞭撻のおかげで、何とかこのような形で進めることができました。後任には、新倉が4月1日から私の後任ということで参ります。

○新倉課長 4月から、保健医療改定を担当させていただきます新倉と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

○大滝医療改革推進担当課長 専任の担当課長ということになりますので、ひとつよろしくお願いいたします。

○河原部会長 どうもご苦労さまでした。

本日は、貴重なご意見を頂戴いたしまして、これからその意見をもとに、毎月会議を開催して、夏までが山場になるかなと思います。次期医療計画の原案を策定してい

きたいと考えておりますので、今後ともご協力のほど、どうかよろしく願いいたします。

どうも、本日はありがとうございました。

(午前 11時23分 閉会)