

第 1 回

東京都医療計画推進協議会改定部会

会 議 録

平成 2 3 年 5 月 3 1 日
東京都福祉保健局

(午後 6時33分 開会)

○大滝医療改革推進担当課長 予定の時間から30分遅れということで、まことに恐縮でございます。

ただいまから、平成23年度第1回東京都保健医療計画推進協議会改定部会を開催いたします。

委員の皆様方には大変お忙しい中、本部会の委員をお引き受けいただき、まことにありがとうございます。

また、先ほどまで協議会ということで、お疲れのところとは思いますが、引き続きよろしく願いいたします。

私、協議会に引き続きまして、本部会におきましても担当をやらせていただきます大滝と申します。よろしくお願いいたします。

まず、本日の資料についてご説明いたします。会議次第がございまして、資料の1が委員名簿、資料の2が設置要綱、資料の3ということで改定部会の概要とスケジュール、式次第を含めまして4枚の資料となっております。

それでは、資料1に基づきまして、名簿の順に私のほうからお名前をご紹介します。

それでは、座らせてさせていただきたいと思っております。

まず、初め、河原和夫委員でございます。

林滋委員でございます。

稲波弘彦委員でございます。

高野直久委員でございます。

永田泰造委員でございます。

山元友子委員でございます。

そして、右側、飯山幸雄委員でございます。

細川えみ子委員でございます。

菊池武委員でございます。

山崎俊明委員でございますが、本日はご欠席ということでございます。

専門委員の河口洋行委員でございます。

事務方につきましては、先ほどご挨拶させていただいておりますので、恐縮ですが、割愛させていただきたいと存じます。

それでは、開会に先立ちまして、事務局を代表いたしまして医療政策部長の中川原からご挨拶をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

○中川原医療政策部長 医療政策部長の中川原でございます。委員の皆様方におかれましては、大変お忙しいところ、改定部会の委員をお引き受けいただきまして、まことにありがとうございます。改めて御礼申し上げます。

先ほど局長から、今後5年間の課題といたしまして、地域包括ケアの推進、精神障

害医療福祉の推進、それから、東日本大震災を踏まえた東京における医療のあり方があるとお話がありました。

今回の医療計画の改定についてであります、地域分権一括法案の一環といたしまして、医療法の改正が今後もあるというふうにされております。そのため、医療計画は、各都道府県においては、新たな取組、枠組みで策定することになるのではと考えております。

また、現在、国におきましても、4疾病5事業の範囲の見直し、あるいは地域医療のあり方のほか、東日本大震災を踏まえての災害対策のあり方について検討されていると聞いております。

さらに、先ほども協議会の中で座長からお話がありましたけれども、診療報酬と介護報酬が平成24年度に同時改正されることから、大きな見直しもあるのではないかなというようにことも一方では考えられております。

平成27年に団塊の世代が高齢期を迎え、これから少子高齢化社会が急激に進む中において、医療保険を巡る状況は大きな変化を迎えることとなります。

このように次期医療計画の改定に当たりまして、患者の立場に立ちました安全で質の高い効率的な医療の実現、地域における医療連携の構築などが今まで以上に求められると考えております。

これらを踏まえまして、平成25年4月からの次期医療計画の実施に向け、限られた時間の中でご議論いただくこととなります。委員の皆様におかれましては、忌憚のないご意見をいただくとともに、ご指導賜りますことをお願いいたしまして、簡単ではございますが、私の挨拶とさせていただきます。よろしく願い申し上げます。

○大滝医療改革推進担当課長 それでは、次に、部会長の選任についてでございます。設置要綱第7-2によりまして、委員の皆様で部会長を互選していただきたいと存じますが、お諮りいたします。

○林委員 部会長の互選について提案させていただきたいと思っております。部会長には東京都保健医療計画推進協議会の副座長であり、保健医療に関しまして大変造詣の深い河原委員をお願いしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

(拍手)

○大滝医療改革推進担当課長 皆様から拍手をいただきまして、異議なしというふうを受けとめさせていただきます。ありがとうございます。

それでは、河原委員に本部会の部会長をお願いしたいと存じます。

河原委員、どうぞよろしく願いいたします。

では始めに、部会長にご挨拶をよろしく願いいたします。

○河原部会長 河原でございます。僭越ながら委員にご指名いただきましたので、ただいまより東京都保健医療計画の改定部会の部会長を務めさせていただきます。よろしく願いいたします。

既にご案内がございましたように、地方分権一括法案、これと付随しまして医療法、こちらのほうの改定も視野に入っている状況で、医療計画は今後どのようなようになるかということが注目されるわけですが、いずれにしても、国の方針が今後の審議に影響するかと思います。東京都の次期医療計画を策定するに当たりまして、2年近くある感じですが、実際討議すると、非常に時間が短い中で、いろいろな課題、山積している課題を解決していかないといけないということで、非常に密なスケジュールになるかなというふうに思っております。

いずれにしても、林委員からお話ございましたように、親委員会の副座長も務めさせていただいており、私としましては、推進協議会改定部会の審議を充実させ、よりよい案を提示して親委員会に上げていきたいと思っております。短期間になる非常に密度の濃い審議、あるいは業務が待っているかとは思いますが、何とぞご協力のほど、よろしく願いいたします。

簡単でございますが、私の挨拶とさせていただきますが、この会の運営に当たり、どんな事態が起こるかもわかりませんので、副部会長を指名させていただきたいと思っております。私としましては、飯山委員にお願いしたいのですが、よろしいでしょうか。

(拍手)

○河原部会長 それでは、飯山委員にお願いしたいと思っております。ありがとうございました。

それでは、議事のほうに移りたいと思っております。

まず、議事の1の改定部会の概要と今後のスケジュールについて、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、資料の3に基づきましてご説明をさせていただきます。内容が若干協議会の時にご説明した内容とは重複することをご容赦いただきたいと思います。

改定部会の概要ということで、部会の目的でございます。次期改定に当たりまして国の基本的方向性を踏まえながら、この部会で検討していただきまして、協議会に報告・提案するということと、保健医療計画の素案を作成していただくところが部会の目的になります。

部会の委員につきましては、11名ということで、協議会の委員10名、外部の専門委員1名ということで構成されるということでございます。

任期につきましては、平成24年7月31日、いわゆる協議会の終了までということで設置をさせていただきます。

下段、今後のスケジュール(案)でございます。改定部会のところは繰り返しのなりますが、7月の国の基本的方向性を踏まえながら、調査項目の検討を大きな課題としてご議論いただきたいと思いますと考えております。それを踏まえご議論をいただきまして、9月に第3回の調査項目の決定をさせていただきたいと考えてございます。その決定を推進協議会にご報告させていただき、最終的には医療審議会にも報告という形になり

ます。以降、23年度は調査の実施・集計、分析・報告書の作成ということで、年を明けた2月に第4回を開催させていただきます。

24年度にまいりましては、年6回程度進めたいと考えてございます。第3四半期と第4四半期の間にパブコメの実施といたします。そのため、年内には改定計画案を固めることとなります。その後、25年の第1回定例会にかけ、お諮りさせていただくという形で、ここがゴールということで進んでいくという形になってございます。

先生方には、お忙しいところ恐縮でございますが、どうぞご指導、ご鞭撻よろしくお願ひしたいと思ひます。

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。

今、設置の趣旨、あるいは改定部会のスケジュールについて事務局から説明がございましたが、何かご質問等ございますか。

○稲波委員 協議会でこの部会の設置が決まったわけですが、医療費の7割程度は病院で使われているわけでございます。その大切な医療費を使うことに大きな影響のある地域医療計画をつくるに、実際病院で働いているのは、私ないし山元委員がいるかと思ひますけれども、余りにも病院関係者が少な過ぎるのではないかと思ひております。どうぞ事務局、また、協議会の座長、よろしくご検討をお願ひしたいと存じます。

委員としては、規定があつて、協議会の委員でないといけないので、専門委員として病院の関係者を増やすことをお願ひいたしたいと思ひます。

○河原部会長 これについていかがですか。

○大滝医療改革推進担当課長 稲波委員のお話につきましては、協議会の橋本会長と、河原部会長にご相談させていただいた上で、ご報告させていただきたいと思ひますが、よろしいでしょうか。

○稲波委員 一応、反対はしないというご返答はいただいたと。

○河原部会長 では、事務局と座長と私、副座長の預かりということで、お願ひしたいと思ひます。

ほか、何かご質問等ございますか。

(なし)

○河原部会長 これから平成24年度の保健医療計画改定に向け作業を進めていくこととなりますが、改定作業を進めるに当たり、どのようなご意見でも結構ですので、本日はフリーディスカッションをしたいと思ひます。その中で問題が、論点整理ができればいいかなと思ひております。先の委員会から引き続き出席されている方がほとんどと思ひますが、実情について事務局から説明が出てきておりますので、ご意見をいただきたいと思ひます。

○細川委員 すみません。枠組みについての質問をちょっとさせていただきたいのですが、国が基本的方向性の決定が7月と書かれています。それから、先ほどのご挨拶の中で、

地方主権、地方分権のほうで、私も項目としては確か医療計画の話を見たんですが、その辺がどういう方向に動くようなことが予想されているのか、どの程度の改変といましようか、どういったところが変えることが可能か、その辺について教えていただければ、また、考えられるかなと思うので、よろしくお願いします。

○大滝医療改革推進担当課長 今のご質問のところ、非常に難しいところでございまして、基本的方向性は何もなければ7月に淡々と出てくるのかなと思っています。ただし、今の進捗状況というのは、なかなか漏れ伝わってこないというところがございまして、7月にきちっと提示いただければとないうところでございます。

次の改定で恐らく話題になるであろう項目は、協議会でもお話しさせていただいたことではございますが、恐らく4疾病5事業というのが前回つくられましたけれども、そこに精神医療が入ってくるようなことが言われております。

また、基準病床の考え方とか、二次医療圏の考え方のほか、局長の挨拶の中でありましたが、災害や在宅、そういうところの視点というのは、かなり強く我々としても意識した状況になってくるだろうと思っています。また、どういうふうに国が動いてくるかによって、そのコマ組みというのが変わってきます。そういう意味では精神医療が入ってくることで、5疾病5事業になるのか、または、さまざまな組み合わせというものが出てくるのではと思っていますところ。

今の段階では、恐らくこうなるであろうということを期待して、全部ご提示しながらではできないところがございまして、逆に質問をぶつけながら、こんなところというふうに考えていただければなと思っています。

○細川委員 病床の計算式は、ほとんど自由度がなかったなというふうな記憶もしているんです。そういう中で、先ほど申し上げたのはリハビリの病床が少ないのを、どうすれば増やせるのかなと思っていることもありまして、その辺のところの計算式にもう少し地方分権のことで自由度が出てくるのか、その辺が知りたいなというふうに思っております。

○大滝医療改革推進担当課長 その点については、こちらのほうとしては全く情報を持っていないのが現状でございます。部会長とか、何か情報をもっていますでしょうか。

○河原部会長 多分、一方通行でもないんじゃないかなと。ここで審議したことが、逆に国に伝わるルートがあるんじゃないかなと思ったりします。

国は、精神に関しては事業系にすると法改正を伴うため、疾病に入れて5疾病にしたいみたいなんです。精神の特性から言えば、今の9分野すべて絡むため。国の意向とは関係なく、9分野を柱にして精神と9分野の結びつきというのも考えていくのが必要かもわかりませんね。

それから、評価の指標は、大がかりな調査や新たな調査をしなくても、医療の実態、医療提供体制の実態、医療計画の実態を表すデータが簡易にとれるような指標みたいなものを開発したいんじゃないかなというふうな感じは、国のいろいろな人の意見を

聞くと、感じるんです。そういう状況かなと思います。

○稲波委員 今、細川委員がおっしゃった基準病床数についてですが、漏れ聞くところによると、機能別にもう少し自由度が出るとかという話も、機能別に換算されて、例えば、回復リハは1医療圏当たりどのぐらいにするかという話を、漏れ聞いたんです。

現在、中央医療圏は、ベッド数が基準病床数の2倍ぐらいあります。基準病床数の考え方がもし正しいのだとすれば、3分の1ぐらい潰れてもいいはずですよ。そうすると、東京都は特別ではありますけれども、それを勘案して、もう少し自由度がないと、今の状態がずっと続いて行って、各単位での改変とか、改善が行われるにしても、新しいものが入ってきて、優勝劣敗といいますか、そういう形でのイノベーションが起こらなくなることになるので、ぜひ、先生おっしゃったように、国からの一方通行ではなくて、東京都からも、きっといろいろ国にお話をされているとは思いますが、都道府県の裁量権をもっと持たせるといいますか、そういう形を上げていただく。また、そういう形での、必須記載事項ですね、たしか、基準病床数というのは、それが重要であるのにもかかわらず、飽和状態に至って何も動かさないというのでは、せっかくの優秀な東京都の人達のいいことができなくなるので、ぜひ、それを国にも上げるとともに、我々からも提案をして、よりいい医療の医療体制の構築にお願いしたいというふうに考えています。具体的には基準病床数の算定方式（流入率・流出率の勘案の条件）の再考を提案してくださいということです。もっと裁量権を持つようにしろということでもあります。

○中川原医療改革部長 一つだけご報告させていただきますが、東京都から毎年国に提案要求をさせていただいておりますが、今、稲波先生がおっしゃったことにつきましては、ここ毎年、要するに幅を持たせたやり方を考えてくれと。制度は国が持っていますので、そういう制度に変えてくれということは提案要求で毎回出させていただいております。

○河原部会長 二次医療圏単位で物事を考えていますけれども、ここにいる皆さんは二次医療圏を越えて移動しているというのは、もう周知の事実ですので、ここで検討する大枠として、本来の国の趣旨を外れるかもわかりませんが、二次医療圏ということではなく、疾病ごとの圏域みたいな形で議論する必要があるのかもわかりませんね。

○山元委員 医療機能実態調査の基本的な項目ということこれから検討するということですが、これを最初から全部考えるのでしょうか。実態調査の項目ということについて、ちょっとイメージがつかないんです。

○大滝医療改革推進担当課長 実態の調査項目については、各部署から事務的には吸い上げて、進めてございます。それを取りまとめて、こういう項目、いいか悪いかということ、事務的に行っています。それに合わせて、国が示してくる考え方を取り込んで、第2回改定部会の時には、実態に即した調査のお話をご検討いただきます。ご検討した結果を踏まえ、もう一回たたき台を作成し、第3回部会で了解というふう考え

ています。そして、協議会にご報告させていただくという形の流れになると思います。

○河原部会長 今回は国の考え方がどういうふうになるかによって、下手したら無駄な調査になってしまう可能性があるのも、かなり国の意向にというか、左右されるというふうに思います。

それから、今日はフリーに現実性とか、実現性というのは置いておいて、ディスカッションしますと、2月くらいに厚労省の医療計画の委員会に呼ばれて発言しましたが、こんな社会目標だけを表明した計画は要らないと。実現したのは病床規制ぐらいしかない。だから何の意味もない計画だから、地震の前ですよ、TPPが話題になっている時に、いつ外国の医者も資本も来るかもわからない時に、こんな計画は要らないと。要は、計画の理念とか目標とかを示すわけですが、そこから下の事業計画とか執行計画とかはすべて抜けてしまっているんです。

それと評価のサイクルが5年なっていますが、PDCAサイクルほど悪いものではなくて、5年ごとの評価ではなく、実際の事業の実施状況とかというのは、毎年でも評価しないとイケない。悪かったら改善して、目標とか理念にはね返し、大きなところはそれを受けて、5年ごとの見直しでもいいわけです。PDCAではなく、ライン・アンド・エンド型というか、直線ですよ。政策というのは終わりがある。毎回終わる覚悟でやったほうが良いと思ったりします。要はどれだけ医療をよくしたかということを見たら、病床規制以外は成果を上げていない。これは平成20年に新医療計画ができて期待しましたが、やっぱり同じでした。

だから、次期保健医療計画をつくるにしても、根本的な問題を解決しないと、また社会的な理念を表明した計画に終わってしまうと思います。

○稲波委員 患者さんが最も知りたいのは、病院がどのようなことができ、どのようなことが得意で、何ができないのかというような情報だと思われま。それには、治療成績を出していくことなどが良いと思います。オートレギュレーションといいますか、自分の病院が低いと思えば、そのまま放置してたんではだめになってしまうでしょうから、治療成績を出すような形の制度をつくっていくのは大いに意味があると思われま。

行政の方々は、潰れたらどうするんだということを考えられるかもしれませんが、日本の各地のがんセンターで、乳がんの5年生存率を出していますが、一番成績の低いところでも潰れてはいないわけですから。

ぜひ、治療成績など、自分の得意なものだけでいいから、出すような形をとってあげれば、それはオートレギュレーションに繋がり、上からの規制や勧誘ではなく、ひとりで医療がもっとよくなっていく形をつくれるのではないかと思うんです。

その方策の一つとして、実現できるかどうかわからないというお話ではありますが、例えば、補助金を出す時に、その病院は何かしらの治療成績ないしそういうものを出していることを補助金の交付の要件とするとか、そういうことは大いに考えられるこ

とかと思います。

○河原部会長 日本の場合、補助金と政策がリンクしていないんです。だから一律に自治体に配ったり、あるいは関係団体に配ったりしているんですが、アメリカの災害対策、災害政策は、COOPと書いてクープと読む公的機関の団体があります。例えば、災害対策をどれぐらいやっているか、洪水対策をどれぐらいやっているかによって補助金を傾斜配分にするんです。ですから、補助金とか何らかのメリット・デメリットというの、成績とかに傾斜配分とか、重みづけする必要があるのかもわかりませんね。ほかに。河口先生、そういうところ得意だと思いますけれども。

○河口委員 では、一応意見だけ述べさせていただきます。

私の専門はエコノミストでして、医療経済学というのをやっております。この場に呼ばれたのは、今まで行ってきたデータ分析の利用という点で、呼ばれたんだろうと理解しております。ですので、3点ほど研究をご紹介しますと思います。

まず、病床規制に関し、「あなたは明日病床規制がなくなったら、どのような行動をとるか」というアンケート調査を実際に全国に送ってやっております。その結果を簡単にご説明しますと、急性期病床については、動かないと。慢性期病床については、高齢者施設が不足している地域は5年以内に建てるということでした。

病床規制は東京都でどうするかという時には、そういう基礎データがあって、病院がどのように動くかというのをある程度把握した上で議論をしないと、前回、橋本先生と座長と一緒に厚生労働省の医療計画の検討委員会に入れさせていただいた時に、急性期は多分病床規制を外しても大丈夫だと申し上げました。アンケートによれば、投資する気もないし、DPCが入っているところは病床回転率をどう上げるかが問題であって、むしろ病床をどのくらいシャットダウンするのが問題であるのではないかと。ただし、慢性期は、療養病床が少なかったり、高齢者施設がないところで規制解除したら、病床投資がかなり増える可能性があるのも、これは維持すべきであると。

2点目は、救急についてです。これも河原先生のご指導をいただいてやったんですけれども、全国の三次救急でどのぐらいアクセス時間があるか。その後に埼玉県に行きまして、それぞれ医療機関別の救急患者の受入数を出してもらいました。

患者受入数がわかると、どこの病院を二次救急から外したら、アクセス時間が長くなる人がどのくらい出てくるかが算出できます。今、東京都には二次救急がたくさんあって、どうやって役割分担するのかを考える、あるいは一部の区についてアクセス時間が長くなっている場合にどう対応するかを考えることもできます。救急告知病院になっているところは、患者受入数と死亡数を東京都に報告する義務があって、それはデータとして何年分か蓄積されていると思います。

こういうデータをいただければ、多分、計算上は簡単にできます。

3点目は、死亡場所ですけれども、地域包括ケア検討会というのを、私、去年入れさせていただいたんです。もしこのまま高齢化して、従来どおり病院で多くの方が死

亡されると病院が大変になると思います。これはDPCですとか、医療介護のレセプトデータをお持ちだと思いますので、これでどのような受診行動になっているかを分析すれば、ある程度、どんな形でできるのかというのはできると思います。

こういうデータがあれば、皆さんがご判断されるための基礎データというのは、ある程度ご用意できて、それを基にどうすべきかを専門家の方々にご議論いただくというのも一つの方法でございます。

ただ、私は実際にデータ分析をやっていますので、どんなに時間がかかったり、どんなにコストがかかるかというのは承知していますので、すべてやれとか、やるべきであるとまでは申し上げませんが、そういう方法はございます。

○河原部会長 私も同じような河口先生と一緒にずっと研究しているんですが、東京都の三次救急、23区に14か所ありますが、アクセス時間だけ見れば、それを8か所にしてもアクセス時間はほとんど変わらないんです。そこに資源を集約するとかという考えもあると思いますが、現実はいろいろ壁があると思います。どういうふうなデザインを描くかという、基本的な東京都の医療計画のグランドデザインを描くかという骨格をつくって、それで枝葉の部分徐徐に、枝葉というか、枝を太くして行って、葉っぱの部分をつくっていくかというふうなことも、この委員会で必要なのかもわかりませんね。

○細川委員 座長がおっしゃった骨格の部分になるのかなと思う、でも実現可能性はないかなと思っていることを一つ。区民というか、都民目線から見れば、やはり、医療というのは非常に複雑で、自分で専門医を選んで行くということ自体がかなり難しい。特に高齢化してくれば高齢者の方には、とても難しいことになって、まさに臓器別で主治医を持っていると、全体像を把握してくれないので、誰も。自分がケアマネジャーをやらないといけないという状態になって、これははっきり言って無理なんですね。医師会の先生がどうおっしゃるかかわからないんですが、かかりつけ医といいますか、本当に包括的に診ていただく主治医というのが決まれば、そこは落ちつくんじゃないのかなということを感じています。かかりつけ医の推進というのは、言葉としてはやっているんですが、フリーアクセスである以上、その先生と違うところに行っちゃみたい状況があって、結局、全体を把握しているドクターがいない。

そしてかかりつけ歯科医、かかりつけ薬局もあるんですが、薬局はお薬手帳というのをつくっていただいて、あれはとても役に立つんだけど、実は病院ごとに使い分けている患者さんがいて、そのお薬手帳を幾つも持っていて、結局、薬局も幾つかかかっていたりして、全体像がわかる薬剤師さんがいるわけではないという現実があります。そういったことを、規制といっちは何なんですけど、誘導でもいいんですけど、もう少し専門家がきちんとコンシェルジュみたいな形で、全身を見てあげられるような仕組みづくりをどこかで入れないと、これは医者側も専門医が一から聞いていたりするし、そういったことも含めて、何らかの制度化ができないものだろうか。

都民にとっても一番いいし、医療機関にとっても役割分担がしっかりできていいと思っています。それはきっとみんな思っているんですが、できない理由が何かなところを、もう少し突っ込んでみたいなという気がしております。

○飯山副部長 フリーターキングということで少し申し上げたいと思うんですけど、今回の東日本大震災の災害医療に関して、この前、日経新聞に出ていたんですけど、IT活用が非常に役に立っていると。実は国保連なんかにも、カルテが流れてしまっているんで、この患者さんはどういう薬を出していたかというのが、緊急に応援に行った先生ではわからないということで、国保連だったらレセプトがあるからわかるだろうという問い合わせが来るというような話がありました。

そういうことを考えていくと、医療に関してのITの活用というのは、もっと積極的に取り上げていくべきではないかと思っています。在宅医療にしても、災害医療にしても、救急医療にしても、今の進んだ技術を取り入れるべきだろうと思っています。

実は前回の改定の時も、ここをもっと強調したらどうかと言ったんですが、最終的には僻地医療の画像診断のところまで二、三行触れられているだけしかないという状態になっています。

あちこちの病院なんかでも、非常に新しい端末を使っての実験が行われているとか、高齢者の方でも結構自分から端末に入力して、自分の情報を蓄積しているようですから、ぜひ、各事業の横道で考えていただければなというように思っています。

それから、先ほど病床の話が出ていましたけれども、医療保険のほうから言いますと、国保の患者というのは大体他県で受診する被保険者は1割ぐらいです。ところが健保のほうは4割から6割ぐらいじゃなく、多数が自分の県では受けなくて、他県で受けていると。そういった患者さんは、どこに行っているかという、実は東京の病床というのは、かなりの部分が都民以外の方が使っている。そういった意味では、単純に東京の生態的な人口だけで病床数を決めていいのかという問題も出てくると思うんです。この辺も少し調査をして、本当に医療の集積している東京の病床数のあり方というのは、単純にこうだという算式で決められるものかどうかということが言えるんじゃないかなと。

先生がおっしゃっていましたが、東京には千葉、埼玉、神奈川からの患者さんがたくさん来ていることがありますので、そこら辺をもう少し考慮する必要があるのかなというのは感じました。

○稲波委員 算定式がありましたよね。

○飯山副部長 それが実態を反映しているのかよくわからないんですが、個々の患者が他県で受診する場合には、全国決済という制度があります。それでは、都民が他県で受診するのに比べて、他県の患者さんが東京で受診するのが圧倒的に多いというような感じになっていますので、そこら辺のところも考慮に入れられたらと思っています。

○河原部会長 ご意見いただきましたように、一つは現状を知るデータが大事だと思いま

す。ご紹介がありましたように、がんだったら4割は都外です。逆に療養病床の患者さんというのは山梨、長野に行くということで、1都道府県で医療計画が見えないことで、本当は首都圏の1都4県ぐらいで共同の医療計画をつくるとかということが必要なのかもわかりませんね。

もう一つは、さっき言ったことをもう一回繰り返しますと、実際に現場でというか、そういうところでやるべき計画がうまく機能していないところが全体の歯車は回っていないというところだと思うんです。

例えば一つ災害をとってみても、東京消防庁の救急車というのは230台くらいしかないんです。首都直下型地震が起これば、多分数万件くらいの電話が来ると思うんですが、完全に電話はつながらないと思うんです。その時、230台くらいの救急車をどの場面で活用するか。病院間搬送に使うか、あるいは域外に出すために使うか、横田基地に搬送するとか、羽田に使うかとかという仕組みを考えることが事業計画になると思うんですが、本当の医療計画じゃないかなと思います。

それから、東北地方が被災したわけですがけれども、プライバシーの問題はあったと思うんですが、なぜ西のほうの都市と姉妹関係を持っているところが情報共有というか、戸籍のデータとか、お互いに共有するような形で、すぐバックアップできる形をとらなかったのかなと思ったりします。あと、姉妹病院みたいな形でデータをお互いに遠隔の病院と医療機能が似ているところとバックアップをとるというのも、一つ災害の対策かも知れませんが、私は計画の根拠と、つくるためのベースラインデータ、現状を知るためのデータ、どこに問題があるかというところを同定するためにデータのというか、現状の分析を徹底的にやって、あとの問題は事業計画以下の下位の計画、実際に手足となって働くような計画の充実が必要ではないかと思います。

○稲波委員 救急医療ですが、夜間の救急で、三次救急センターにしても、昼間働いて夜働いたりするわけですね。そうすると、疲弊していくんです。墨東病院なんかは、小児科は翌日休みにしているようですが、ほかの科はずっと働いているわけです。それも本当の救急センターがあって、救急医だけがそこで働いているならいいんですが、大抵は兼業です。ある曜日に、ある医療機関に専門家を集めていく、要するに輪番制です。実際には医者から言うと、輪番制にして、ある病院は月曜日に小児科と産科の医師が全部いる。精神科もいる。そういう方が実現可能性は高いような気がするんです。365日救急をやるより。

それから、次は東京に直下型の地震が起こるかなと思うと、阪神・淡路大地震で死んだ人の相当多くの部分がクラッシュシンドロームであり、透析ができていれば死ななかったということが言われています。何か明日は我が身かなと思うと、透析さえすれば死なないのに、みすみす死んでしまうのは何か救えればいいな、どうしたらいいか、ちょっと私わからないんですけれども、僕は知らなかったの、皆さんも知らないと思ってお話ししました。

○河原部会長 葛飾とか荒川とか江戸川とか、都の東部は倒壊による死亡が多いんです。世田谷は火災なんです。中野はその両方みたいな感じで。東京の問題というのは、平素の医療を考えても、東の問題なんです。それで、東は高齢化が進んでいて、医療機関が少なく、介護施設も少なく、木造のアパートみたいなものが多い。地震の時は倒壊して、死亡数が非常に多いという、これは東京都の防災計画からとったデータを地図化したんですけど、死亡の点を黒にしたら、東部は真っ黒になったんです。

もう一つ、私のところで分析しているのは、災害拠点病院は70ぐらいあると思いますが、15分で、その住民の何%が行けるかというのを計算すると、中央区とかというのは七、八十%、9割近く行ける区もあるんですが、世田谷は9%です。こうなると医療施設を充実しても無理で、都市計画の問題になると思うんです。ですから、ほかの計画とも横目で見ながらリンクしないといけないというのは、医療で解決しない課題がかなりあるんですよ、都市問題も、東京の特性として。

○河口委員 震災関係で提案ですけれども、実際、震災のレスキューに行かれていたお医者さんと話す機会がありまして、聞いてきたんですけれども、今回、DMAT行って何が問題になったかと申しますと、いろんなところに寝かせきりになられている高齢者の方の口腔ケアとかリハビリが全然できなくて、廃用症候群をどんどん起こしていると。

ここからが計画に関係するんですが、高齢者の情報というのは地域包括ケア支援センターにある程度集積されている。ですから、地縁血縁がきちんとしているところは、データがなくても情報があるので、河口のおじいちゃんはや要介護度5で、ほっておいたらだめだというのはわかるらしいですが、都市部に行けば行くほど、データの集積が重要です。引きこもりで独居、やや認知症が入っている方というのは、アンケートを打っても返ってこない。そうしますと、震災時に困るのは、そういう方々をカバーできないので、どこに誰がいるかわからない。こういう人たちは、多分、寝かせ切りになると、廃用症候群になって、仮設住宅に收容されると思うのです。仮設住宅に1回入れてしまうと、行きどころのない人を結局行政が面倒を見なきゃいかんと。要介護度が悪くなった人達に、仮設住宅はもう終わりだから、出て行って自由にやりなさいとは言えない。

もし、そういう可能性も東京都でおありになるのであれば、そういうことも計画の中で配慮されてはいかかと思いました。

○河原部会長 今、23区で介護保険を受けていて施設に入っている人は4万人くらいで、在宅が23万人いるんです、先ほどの河口先生の話に絡みますけれども、避難所に入れることはできないんです。福祉避難所的なところを探さないといけないわけです。これが今、地震が起こったら、23万人くらいがその対象にいますが、後になるほど高齢化が進むので、医療の需要は変わらなくても、介護の需要が今後かなり地震の発災時期によって変わってくるだろうと思います。

それから、兵庫県の例、河口先生が出されたように、やっぱり、仮設住宅に入って、その後、仮設住宅を畳む時に、優先的に県営住宅に入れるんです。そうすれば、普通の人、いわゆる所得が余りない人、県営住宅に入る対象者の方と本当は平等で競争しないといけません、不平等が生じるわけです。だから、医療計画を考える時に、要介護、介護を要する人をどうするかというのも、ほかの介護の分野になりますけれども、やはり関連する分野だと思います。

○菊池委員 先ほど、資料15で示された次期医療計画の改定というのがございますけれども、それらを左と右を見ていけば、今の時間に配付されたものになってくるかと思えますけど、これらもご意見等をいただいているものも検討するということになりましようか。主な意見、あるいは、まだ計画は3.11で中断しているものもございませぬ。そういうところはございますか。

○大滝医療改革推進担当課長 基本的方向性は踏まえるという話になります。ただ、資料15の左側のほうは国の動向でございませぬので、これが都の意見として出ていたという話ではなく、あくまで出てくるのは7月の基本的方向性というのが一つの医療計画そのものの骨子になってくるのかと。なので、7月7日というふうに主張しているんですけれども、実は7月にぴたりと確実にいついつ何日に出しますというふうに出ているわけではございませぬので、ここが今後きちんと出てくるかによって、この議論というのもどういうふうに、今度、よりこのことを踏まえないと、次の一步の議論がなかなか進んでいかないというところもございませぬ。そういうふうにとめていただければなというところなんです

○菊池委員 私ども市のほうでは、いろんな計画を持っているんですが、例えば、東京都にもいろんな何とかプランとかございませぬ。この計画がそれらの計画とリンクしていく、または全計画の中でリンクしていくかどうかということです。

あと、数値的に我々の計画もそうなんですけど、なかなか全体像がぼやっとして見えないので、より具体的にということで、数値目標とか、そういったものを細かく出そうということで、今、計画を行政でもいろいろ出しているんです。そんなことの反省に基づいて、今回、策定していくのかどうなのか、お願いします。

○大滝医療改革推進担当課長 今回の話については、高齢の計画というものと時期も一致してくる、在宅の世界の中で、医療と介護の連携というものも入りますが、こちらのほうも本来ですと、この協議会ではなく、高齢者保健福祉計画策定の会議を行っていますので、報告という話ではないんですが、連携していかなきゃいけない中で、情報の共有化を図るため、今回報告をさせていただいたというところなんです。なので、当然にして、そういうことも踏まえていけないということは認識しています。

同時に、もう1個、具体的な指標ということについて、どこまで具体的にすることについては、まずご議論いただくところだと思っております。区市町村の皆様に見れば、当然にして、より具体的な数字として、これだけのものをきちんと出したんだ

と話が出てくるかと思うんですが、一方で東京都として、つまり何々市はどれだけのものを出さなきゃいけないとかというたぐいのことはなかなか示せるものではないので、そこら辺はここでお諮りいただきながら、それぞれが、その方向性に向かってどれだけのものを具体的により区市町村で取り組むべきかというところで、共有化できる意識というものが前提になるのかなと。

その指標というものを整理していただくには、ここの改定部会の中でご議論いただいて、どうすれば都の考え方と同時にそれがリンクして区市町村においていながら、問題点の共有化を図れて出ていくのかというようなことができれば、一番理想的なんだろうと考えております。

○河原部会長 我々のほうも区市町村のいろいろな計画とか、あるいは区市町村の広域的な会議とか検討会の中身を知る必要があるかもわかりませんね。例えば、防災担当課長会議の時に、市によって避難所のマークが違っていたとか、それは広域で話し合っただけで初めてわかったというようなことで。その内容を見ますと、市町村の枠、あるいは隣接する市町村だけでは解決しない問題、都に及ぶ、あるいは関東地方、あるいは国に及ぶ問題と様々あり、モザイク状になっているんです。ここまでは都で、ここから先は区市町村という形の、あるいはここから先は国とか、そういうきれいな色分けができない分野もかなりあるような感じがします。

○林委員 私のほうは主に在宅をやっていたんですけども、都が勧めている4疾病5事業に関して、いろいろな連携手帳とかいっぱい出てくるんです。現場の先生が忙しくなるんじゃないかなと、ちょっと危惧しています。

そして、これだけやって、本当に東京都全域で効果があるのならいいですけども、個別にみんながいろいろな目標を設定した場合ですが、東京都で私も大分勉強しましたけれども、非常に疑問を挟むところがないような、きちんとかなりのデータをとってやっていますよね。では、全部進めた時に、現場はどうなるのかと。検証は確かに、厚生労働省が検証の項目を何にするか迷っているらしいんですけども、ぱっと見たところによると、参加した病院が何施設だったとか、それが目標になっているんですよ。本来そうじゃないんじゃないかと。本当に患者さんが、糖尿病だったら透析導入率、あるいはA1Cにするかとか、それは専門の先生の見解も相当出てくると思います。心筋梗塞の場合も検証項目という事で色々問題があります。だから、東京都保健医療計画で病院が何個指定されたとかいうことは、本来の目標ではないのではという、気持ちがあります。

それと、各個別にやった時に、パスがものすごくいっぱい完成したときに、本当にどういう医療が、それで在宅と病院と、それから福祉系のサービスを融合して、これはまだ見えていないかと思うんですが、どういう方向に向かっていくのかということが、大変気になります。

例えば、私が卒業した30数年以上前は、のんびりしていたというか、あまり規制

がなく、自由が非常にあったんです。ずっと開業医をやっていると、だんだん下請になってくる感じがして、要するにガイドラインが出来てきて、ぴしっとなってくるんです。もう決められたことだけ、さっさっさっさつとやるのかという何か息苦しさというか。私もこの前、先輩の先生と飲んだ時、10年ぐらい前まではまだよかったと言っていましたけれども、医療がどんどん丸めだとか、要するに医療費が削減される以前は、病院の先生もまだ余裕があって、それから、我々の地区の開業している先生方も少し余裕があって、遊びがあったんです。それがどんどんなくなって、それだけ一生懸命やったことが、結果としてアウトカムに反映されれば本当にいいし、その事を学問的に検証できれば、さらにいいと思います。

また、よく言われているのは、介護保険の介護支援で、本来なら要介護で重い人のほうにもっと点数をつけてあげれば、たくさん必要なサービスを出すことができるんです、現場なんかね。それをカットして、支援事業のほうに回してしまう、誰がこういうことを決めたのか、よくわからないんですけども、それをやったことによって本当に効果があるのか、あるらしいという先生もいるんですけども、それは本当かなという疑問があります。

そういう意見の強い人というか、勢力のある人の意見がどんどん出てきて、現場はそれを押しつけられて、自由度のないような医療や介護が進んでいってしまう心配があります。最後はどこかで検証して、有効性を確認する必要があると思います。

○河原部会長 確かにパスがいっぱいできて、パスの改定とか会議のために忙殺されているようなことも考えられますよね。だから、項目とか、指標、特に数値目標でも何でもセンチネルになるようなものを決めて、ここさえ押さえればいいような形で、なるべく業務量というか、それは減らした方がいいのかもわかりませんね。

○細川委員 今の指標の話ですが、先ほどの資料13に指標の達成状況が幾つか書いてあって、確かに医療機関数とかというのものもあるんですけど、この中で私がちょっと感動したのは年齢調整死亡率がどれもきっちり下がってきている。これはやはりアウトカム指標として、非常に確かなもので、都民の健康水準はよくなっていると思いました。

ただ、アウトカム指標は、何が効いてそうなったかというのはわからない。東京都の医療計画がよくてこうなったのか、はたまた皆さんの生活習慣がよくなったのか、はたまた経済状態がいいのかみたいところで、そういう意味では何が効いているか見えないなというところはあるんですけど、それでも世の中はよくなっているという。だからアウトカム指標を出したいなと思うんです。ただし、それだけだと、これが効いてということが言えなくて、ほっておいてもこうなったんじゃないと言われると終わってしまうようなところがあるので、指標のつくり方というのも非常に難しいものだろうなというふうに思っています。

○林委員 私は東京全体のことが余り詳しくないけど、行政のデータを見ていますと、平均値とかそれだけの事が多いです。区のほうでも言っているんですけど、本当にこう

やった、これだけ出ましたとかと言って、誤差範囲のことを平気で言っているし、それが通っちゃうんです。学問的な細かいことを言うと、都民とか一般の人には、かえってわからなくて混乱してしまうので、避けているのでしょう。

だけど、本当に限られた財源をきちんとやるんだったら、糖尿病のこれがよくなったのは、食事をよくやった、栄養士さんがよくやったのだとかね。今、認知症なんかありますけど、私は医療だけ、福祉的な要素が大切だなと思っているんです。もっと介護的な整備をきちんとやったほうが認知の人は幸せだと思います。

医療費は余り要らないから、財源をもうちょっと介護だとか、おうちのほうだとか、家族の人が面倒を見るとか、そういうことをやったほうが、よっぽど認知の人にはいいんです。私はずっと思っているんですけど、そんな気持ちはあるから、保健医療計画でそんなことばかりやらないで、本当に何がいいかという統計解析、多変量解析、何でもいいんです。あれをぱっとやれば、かなり結果が出ますよ、それは統計の専門の先生方は、多分わかっていると思うんです、

○河原部会長 東京に限らず、各地で行われている、外国も含めて論文を集めてもいいかもわかりませんね。どういうふうなものに効果があったとか。

それと年齢調整死亡率、反面、介護の人を増やしているのかもわからない。だからアウトカムは、そういう意味では非常に難しいですね。聖路加国際病院なんかは、医療の質のアウトカムというのは、非常に指標を設定するのは難しいから、副院長のお話では、プロセスがうまくいけば、多分アウトカムはいいのが出ているんじゃないかということで、プロセス指標のほうをいいのを設定しようとしているとおっしゃっていました。

○河口委員 データから評価指標をとれるかどうかというお話なんですけど、厚生労働省のDPCの研究班にも入っております、DPCデータがあれば、病院ごとの症例数、これは術式ごとにわかります。ですから、例えば肝臓がんはどこがたくさんやっているのかとか、乳がんの手術はどこがやっているのか、これはわかります。たくさんやっている方が安全だというのが一般的な指標としてあります。あるいは、がんで言いますと、化学療法やっているところ、放射線治療をやっているところ、手術をやっているところというのが、地域別にどうなっているのかというのは、すぐわかると思います。そういうところから始めれば、DPC病院だけですが、こういう指標にしてみようかというアイデアは出るんじゃないかということを思います。

○河原部会長 2年前に同じ研究班で私も同僚ですが、河口先生も一緒の研究班ですが、伏見先生がDPCデータで、どの医療圏の患者はどこに移動しているということと、あとは医療圏ごとの、例えばがんだったら、どれだけの東京都は病床が要るかというのは、一応出しているんです。だからDPCデータというのは、DPCの病院に限られますけれども、分析する意味は結構意義はあると思います。

今までの議論を集約すると、やっぱりデータの質というか、今までの考え方という

か、やり方とはちょっと考え方を改めて集めるような形が必要なのかもわかりませんね。それで骨格を決めて、評価の仕組みとか、評価の指標、そういう体系づけをつくっていくということが、今までの議論の要約かと思います。

○稲波委員 今までは全ての医療機関を守っていくのは行政の原則的な姿勢だったろうと思います。ただ、国債の発行はもう限度に来ていて、医療費、福祉の費用というのは、もう国が出せなくなるのではという危惧を持っています。そうすると、基本的な考え方が、全ての病院を守るということから、優勝劣敗の方向にならざるを得なくなる。規制をずっとしても、みんなが沈下してだめになって、支援をほかから得ている医療機関だけが残ってしまって、全部がだめになってしまうような、この数年がそういう境なのではないかという危惧を持っています。

そうすると、保健医療計画に限らず、いろんな計画の根本的な理念というか、概念というか、そういうものをひよっとしたら変えなきゃいけない5年かもしれないなどという、そんな感じを私はちょっと持ちます。

○河原部会長 確かにいろいろご意見はあるかも知れませんが、私も皆保険というのは、もう過去のよい時代の産物になるんじゃないかなど。医療に35%税金投入されて、介護保険には58%、6割ぐらい税金投入されたら、もうこれは公的社会保険方式じゃないわけです。

医療技術が進歩したり、医療費がどんどん上がってきたり、社会的コストが上がれば、本当に時代の変わり目かも知れませんが、それとTPPの考え方でFTAを結べば、一番競争力がないのが農業じゃなくて医療かも知れないんです。

そういうふうなことで、この議論から飛躍するかわかりませんが、国が医薬品とか医療機器の産業政策を失敗したから、外資が多く輸入品になっているわけです。医療費が例えば三十兆円、4兆円ぐらいかかったとしても、そのまま医療機関に行くと、それがいろいろ人件費とか、薬代とか、医療機器のお金になって、少なくとも数兆円はイギリスとかスイスに流れています。医療費をいくら上げても、1割か2割ぐらいが海外へ出ていくような状況で、日本の富が流出しているんです。これは国レベルの問題だと思いますが、そういうことを考えたら、本当に過渡期かも知れませんが、いろいろ異論とかあると思いますけど。

高野先生、先ほど避難所の中で口腔ケアが嚥下性肺炎の問題とか、あるいはたばこと糖尿病の関係と歯科の関係とか言われていますけど、歯科の分野で、今後どういうふうにされたいというふうにお考えでしょうか、医療計画にも盛り込むようなことがあれば。

○高野委員 二つほど前の医療計画には連携させていただいているんですが、ほかのところは、それ以外にも多く連携できているんです。そういう意味では、全部の受け皿、それに対応できているというわけではないので、書き切れないのかもしれないんですけど、一部の地域ではできているところがあるならば、そういう先行的な事例でもい

いので、箱書きのところなどに事例を入れながら、計画に載せていただければと思っています。糖尿病と歯周病の関係から、または喫煙との連携にしても、医科との連携が結構双方向にある程度進むようになってきているのではないかと思いますので、もう少しいろいろなものがつながっていければと思います。最近、医療だけではなく、福祉にもかかわりが結構強くなっていますので、介護力によって医療も変わる。歯科においても、例えば、今だと要請があれば訪問の場合は在宅には行けます。ところがデイサービスなどへ行った時には、何も指導もできないぐらいのレベルなので、それが特区的に認められるようになれば、もう少し変わるのかなと思いますので、それは法的なものがかかわってしまうのですが、ちょっとそういうことができれば、もっと広がるかなと思っています。

○河原部会長 今、解決できて、すぐにでも実行できる課題もあれば、今の法制度とか、政治情勢では解決できないけど、これを改善しないとだめだというような問題はあると思うんです。本当は、こういう問題を認識しているけど、現状では変えることができないということも、勇気をもって記載できればいいんですけどもね。それを都民に本当に納得してもらおうと。本当はできないこともあると。いくら今努力してもできないと、時期が来ないとできないということも必要かもわかりませんね。

あと、永田委員、いかがですか。

○永田委員 あえて黙っていたんですけども、医療を行えば、必ずそこに薬物治療があるわけございまして、そこに必ず見え隠れするのが薬剤師だろうなというふうに私は思っております。

薬物治療を行うというのは、やはり、一つは情報の管理、もう一つは物の管理なんですね。今回の災害の時もそうですが、残念ながら、我々、遅れて入ってきたような報告になっていますが、実は第二陣、気仙沼に医療班が入った時には、別のルートで入っていたというのがあります。

その活動の中で、治療を行う上で医薬品の供給体制を横で確保しているということが、やはり医療班にとって必要な行為であるというのが見えてきて、結果として東京都の災害班の中に入り込めた、改めて再評価を薬剤師に対してしていただいたのかなというのがあります。

そういう流れで考えていくと、例えば在宅にしてみても、薬物治療を行うに当たって、ケアマネジャーが中心となって、当然訪問医、あるいは訪問看護師等を適切に配置するような体制はとるでしょうが、薬物治療を行う上では、薬剤師がそこに入っていないと、体制として適切なケアができないという体制に入っていくのではないかなというふうに思いました。

もう一つ、例えば、がんの疼痛管理の問題もあつたりします。医師が、看護師がやっている、その横でちゃんと適切な副作用が出ないような体制で行われているかどうかというのは、やはり薬剤師が見ておく必要があるかと、そんなのがあつたりします。

そういう意味で、黙って聞いていたのは、具体的な事例に入ってきた時に、必ず薬剤師が必要になってくるのかなというところで、その時に意見を言わせていただこうかなと、そういうふうに思っておりました。

○河原部会長 あと何かご意見ないですか。

事務局は何かないですか。こんな議論をされたら困るとか。

○中川原医療政策部長 最大限、先生方の忌憚のないご意見を盛り込んでいきたいというふうに思っております。あと、先ほどもお話がありましたけれども、東京都の中の計画に齟齬があってはおかしいわけで、都民が見ているわけです。ですから、福祉計画と保健医療計画が少なくとも整合性がないといけないだろうというのは、私どもが思っているところです。

それから、もう一つ、先生のご提案、こんな議論はしないでという意味ではなく、あくまで制度の中で国から出てくるもので、それと齟齬があると、混乱を招くこととなります。先生がおっしゃったようなところで、こういう課題があるというんでしょうか。そういう制度の中で、今後、こういうところがまだ変えていかなきゃならないところが東京都としてあるんじゃないかという整理の仕方の一つはあるのかなと、今ちょっとお話を伺いながら気づいたところです。

○河原部会長 今日は本当に自由に議論して、枠組みを踏み外して議論しましたけど、多分、今の制度というか、国の問題もいろいろあると思うんですが、気付かれている問題は多いとは思いますが。そこは部長のお話のように、ぜひ、国のほうに返していきたいと思えます。そうしないと、全体が変わらないんですね。

進め方としては、あくまで医療法の中で医療計画が策定義務、課せられていますから、国と齟齬が出ないような形にまとめていきたいと思えますけど、そのあたりは心配なさらなくて結構でございます。やはり、宿題というのは、問題提起、国に対してというのは必要だと思いますので、都レベル、あるいは私レベル、あるいは関係者のレベルで、やはり返していただければというふうに思えます。

それから、もう時間が迫っていますが、医療機能情報提供制度、これが全然機能していないですね。都はひまわりとか、あるいは暮らしの医療情報ナビはありますが、都民全体に周知するのは無理ですよね。だから、できる人からというふうな形になると思うんですが、医療機能情報提供制度にアクセスしやすい県としにくい県を調べたら、宮城県が一番しにくいんです。キーワードがヒットしないんです。症状とか、疾患名では絶対ヒットしない。医療法とか医療計画とか二次医療圏とか、そういう行政的な用語、法律的な用語で検索すれば、1回か2回ヒットするんです。せっきくの情報ですから、ぜひ、都民がわかりやすいような形にして、ひまわりとか、ほかの暮らしの中の医療情報ナビとかありますから、ぜひ都民も交えた形で医療を語るような場が要るのかなというふうに思えます。

まとめになっていないような形になると思えますが、最終的にはいろいろ宿題はあ

りますけど、国との整合性の問題がありますね、一つは。そしてデータ、現状分析のデータのやり方というのを、今度の7月以降に予定している医療機能実態調査、そことも絡むと思います。調査項目の決定は、この委員会の使命だと思いますが、本当に医療の問題が把握できるような項目、そして進行管理、医療計画に上げたときに進行管理できるような項目を1回考えていくということと骨格を考えていきたいと。それから評価の仕組みとか、これは設定した指標にもよりますが、そういうふうなことを考えていきたいと思います。今日、いただいた議論を今の骨格に当てはめながら、事務局と私のほうで整理して、次回の会にまた示したいと思います。

(なし)

○河原部会長 それでは、事務局のほうにお渡しします。

○大滝医療改革推進担当課長 本日はスタートが遅くなった上で長時間にわたりまして、まことに恐縮でございました。

今、部会長からもお話ございましたように、次回の予定でございますけれども、順調にいけば7月下旬というのが一つの目途かというふうに思っております。ここにつきましては、国の動きも踏まえて、再度事務局のほうとしては、部会長ともご相談させていただきながら、決めたいと思いますので、決まりましたら、お伝えさせていただきたいと思います。今のところの時点の第2回はこうだなというイメージでお持ちいただければと思いますので、よろしく願いいたします。

あと、先ほども申しましたように、保健医療計画の、お手元には冊子は置いておいていただければと思いますので、よろしく願いします。

あとはご送付させていただきますので、よろしく願いいたします。

以上です。

○河原部会長 それでは、第1回目、これで終了したいと思いますが、冒頭にも述べましたように、何分時間が短くて課題が山積しておりますので、今後ともご協力のほど、よろしく願いいたします。

それでは終了いたします。ありがとうございました。

(午後 7時58分 閉会)