

第1回

東京都保健医療計画推進協議会

会議録

平成29年5月11日

東京都福祉保健局

(午後 4時00分 開会)

○榎本保健医療計画担当課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから平成29年度第1回保健医療計画推進協議会を開会します。

本日は、委員の皆様方には大変お忙しい中、ご出席くださいます。まことにありがとうございます。

議事に入りますまでの間、私、医療政策部保健医療計画担当課長、榎本が司会役を務めさせていただきます。着座にて失礼します。

初めに、委員の変更がございましたのでご紹介させていただきます。お手元にお配りしてございます資料1、東京都保健医療計画推進協議会委員名簿をごらんください。

まず初めに、東京都老人クラブ連合会常務理事、吉井委員でございます。

○吉井委員 吉井でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○榎本保健医療計画担当課長 東京都社会福祉協議会総務部長、竹内委員でございます。

○竹内委員 竹内です。よろしくお願いいたします。

○榎本保健医療計画担当課長 日経BP社日経ドラッグインフォメーション編集長、佐原委員でございます。

○佐原委員 佐原と申します。よろしくお願いいたします。

○榎本保健医療計画担当課長 東京都市福祉保健主管部長会、八巻委員でございます。

○八巻委員 清瀬市の八巻でございます。よろしくお願いいたします。

○榎本保健医療計画担当課長 島しょ町村民生部会中村委員でございます。

○中村委員 中村でございます。よろしくお願いいたします。

○榎本保健医療計画担当課長 本日ご欠席でございますが、東京消防庁救急部長森住委員も新たに委員になられております。本日は代理として東京消防庁救急部救急医務課長の太田課長にご出席いただいております。

○太田代理委員 森住の代理で参りました太田です。どうぞよろしくお願いいたします。

○榎本保健医療計画担当課長 また、田原委員につきましては異動に伴い南多摩保健所から多摩府中保健所に所属が変更になってございます。

本日の委員の出席状況でございますが、本日は、山元委員の代理として公益社団法人東京都看護協会の山元会長にご出席をいただいております。

○山元代理委員 山元です。よろしくお願いいたします。

○榎本保健医療計画担当課長 このほか田嶋委員から欠席の連絡をいただいております。また、島田委員、山本委員、永田委員、福島委員から遅参の連絡をいただいております。

以上で委員の方々のご紹介を終わります。なお、こちら東京都側でございますが、事務局である医療政策部のほか福祉保健局の関係各部の職員も出席してございます。

次に、本日の会議資料についてでございますが、資料1から資料7までと参考資料1

から3までをお配りしてございます。また、別途机上に現行の東京都保健医療計画の冊子と国の指針が閉じてあるオレンジ色のフラットファイルもございます。落丁等がございましたら事務局にお申しつけください。

それでは、議事に入ります前に、梶原福祉保健局長より一言ご挨拶を申し上げます。

○梶原福祉保健局長 梶原でございます。委員の皆様方には、日ごろより東京都の保健医療行政に多大なるご協力をいただき厚く御礼を申し上げます。また、本日はご多用のところをご出席賜りまことにありがとうございます。

さて、2030年には都民の4人に一人が65歳以上の高齢者となるなど、また東京の人口が減少に転じるなど、今後、少子高齢化がさらに進展をしてまいります。持続可能な社会保障制度を維持するためには効率的かつ質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築が必要でございます。こうした中、都は昨年7月に東京都地域医療構想を策定いたしました。この地域医療構想は、都民の皆様と行政、医療機関、保険者など、医療・介護・福祉などにかかわる全ての人が協力をし、将来にわたって東京の医療提供体制を維持・発展させていくための方針となるものでございます。今後はこの地域医療構想と次期保健医療計画を一体化させ「誰もが質の高い医療を受けられ安心して暮らせる東京の実現」を目指すこととしており、今回の計画は疾病・事業ごとの取り組みを具現化させていくものでございます。

また、次期保健医療計画から計画期間が6年となり、3年を単位とする高齢者保健福祉計画と策定のサイクルがそろうことになるとともに、来年4月には診療報酬、介護報酬の同時改定も予定されております。このため、この二つの計画は整合性を保ちながら策定することとしており、実質的な地域包括ケアを今後推し進めていくための柱となる計画になるのではないかとこのように考えてございます。

今後、各疾病、事業につきましては、それぞれの専門の協議会や改定部会においてさまざまな議論をしていただくこととなりますけれども、その状況や成果などについてこの保健医療計画推進協議会に集約をさせていただいた上で、委員の皆様からは専門的な視点で、あるいは都民の目線で忌憚のないご意見をいただければと考えております。

委員の皆様におかれましては、引き続きお力添えを賜りますようお願いをいたしまして挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくをお願いいたします。

○榎本保健医療計画担当課長 本日の会議でございますが、東京都保健医療計画推進協議会設置要綱第9に基づきまして、会議、会議録及び会議にかかわる資料については公開となっておりますのでよろしくお願いいたします。またご発言の際にはマイクの下ボタン操作をお願いいたします。

それでは、これからの進行を橋本座長をお願いいたします。

○橋本座長 橋本でございます。どうぞよろしくをお願いいたします。

それでは、会議次第に従いまして進行をさせていただきます。

議事次第にございますように、きょうは3件の議事が用意されております。一つは六次改定のスケジュール。さらにもう一つは二次医療圏の取扱い。そして改定の項目対比表の（案）についてということで、この三つでございます。保健医療計画の改定に向けましては、この協議会の下に改定部会がございます。そして河原部会長を中心として既に検討を始めておられるところです。本日は、最初にこの計画の改定を進めるに当たってのスケジュールを事務局から説明いただきます。そしてその後、医療計画における二次保健医療圏の取扱いとその項目（案）について順次ご説明いただきたいと思います。それから、最後に国の医療計画作成指針についても説明いただくことになっております。

それでは、まず（1）番目の改定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。

- 榎本保健医療計画担当課長 それでは、資料3をごらんいただきたいと思います。保健医療計画改定スケジュール（概要）でございます。こちらにつきましては4月21日の改定部会で報告をさせていただいた資料でございます。

本年度の推進協議会につきましては本日を含めまして3回予定してございます。今後の予定といたしましては、9月ごろに骨子案報告、現行計画の進捗状況報告。11月ごろに素案の最終報告を予定してございます。本推進協議会で報告する前には、改定部会や各施策の協議会において検討していただくことになってございますので、各協議会などの検討状況によりましては本推進協議会の開催時期もずれていく可能性がありますので、本日お示ししているスケジュールはあくまでも目安として考えていただければと思います。

また、表の左側一番上に医療審議会と記載してあるところの12月のところに3師会・区市町村意見照会、パブリックコメントの実施、またその後に諮問・答申と記載してあるかと思えます。推進協議会で議論した後に3月までにこうしたプロセスを踏んだ上で計画を策定する予定でございます。

資料3の説明は以上です。

- 橋本座長 はい。ありがとうございます。資料3でスケジュールが説明されましたけれども、ご意見あったらお伺いしたいと思います。いかがでしょうか。

私からちょっとよろしいですか。先ほど局長からご挨拶があった中で、介護の問題と医療の問題が同期してこれから進み始めるというそういうお話だったと思います。この六次改定、我々は保健医療計画を担っているわけですけれども、同じレベルの高齢者保健福祉計画がこれとうまく融合していくような、そういう行政的にはそういう高次の計画が融合していくようなそういう形が望まれるんだと思います。そのあたりの見通しはいかがでしょうか。私の記憶では、従来、この辺りが余りうまくいってなかったかなという感じがしています。多分それぞれは出すんだろうけど、それぞれの中身がうまく練られてそれぞれに影響を与えているという感じがどうもなかったんです

よね。そういうほかの協議体とのすり合わせみたいな、うまくいってもらわないと困るんですけども、その辺はどうなんでしょうかね。心配しています。

○榎本保健医療計画担当課長　今回、改定に当たりましては、新たに国のほうからも区市町村との協議の場ということで、区市町村の介護保険の事業計画の整合性を図ると、そういったプロセスを踏むようにということにもなっております。また、東京都における計画におきましても、一体として見て地域包括ケアシステムをより進めていくというふうに考えてございますので、我々のほうといたしましても、両方の計画に整合性がとれるように連携しながら計画の策定を進めていきたいというふうに考えてございます。

○橋本座長　ありがとうございます。かなり時間管理というか、大きな会議体の進み方の内容も含めてですけれども、時間管理が必要になってきます。間に合わないということがないよう、どうぞよろしくをお願いします。

ほかいかがでしょうか。よろしゅうございますか。これはオンゴーイングで行くしかないのかなという感じもしているところです。

それでは、続きまして議題の（２）番目です。六次改定における二次保健医療圏の取扱いについて、資料の４から６までですが、事務局から説明をお願いします、

○榎本保健医療計画担当課長　それでは、恐れ入りますが、資料４をごらんください。東京都保健医療計画第六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。こちらにつきましては３月の改定部会においてご議論をいただいたところでございます。

まず、資料の上側、二次医療圏に関する国の考え方でございます。

（１）でございます。二次医療圏とは、地理的条件等の自然的条件及び日常生活の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体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ということで医療法施行規則で定められております。

次に（２）でございます。国からは、３月の医療計画の作成指針におきまして医療圏の見直しに関する考え方が示されております。①人口規模が２０万人未満。②流入患者割合が２０％未満。③流出患者割合が２０％以上。この三つ全てに当てはまる二次医療圏については入院にかかわる医療を提供する一体の区域として成り立っていないため見直しを検討することとされております。

（３）でございます。地域医療構想の構想区域との関係ですが、構想区域につきましては現行の二次医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間など将来における要素を勘案して検討し、構想区域が現行の医療計画における二次医療圏と異なっている場合は、次期医療計画において、二次医療圏と構想区域を一致させることが適当としてございます。

次に資料の中ほど、都の二次医療圏の現況でございます。

(1) 都の現行の二次保健医療圏は、人口状況や患者の流出・流入の状況を設定条件としておりますが、圏域を変更するだけの大きな変化は見られないと考えてございます。この状況につきましては次のページに資料を添付してございますので、資料5をごらんください。

二次医療圏ごとの圏域内受療動向割合比較でございます。この資料は平成23年と平成26年の患者調査を比べた資料でございます。23年をごらんいただきますと、Aという欄に、都内に入院した場合その入院患者の住所がどこにあるかというものを分母としたものでございます。そのうち自分の住んでいる圏域内の施設に入院した患者数をBといたしまして分子としています。A分のB、圏域内入院完結率として示している資料でございます。23年と26年比較していただきますと、増減、一番右側の列にございます。全体としては八つの医療圏で地域内の入院の完結率は向上しており、五つの医療圏では微減となっておりますが、大きな差、変化はないということが見てとれます。

次に資料6をごらんください。二次医療圏ごとの圏域内入院完結率でございます。こちらは地域医療構想における2025年の完結率、地域医療構想の推計ツールから推計した結果をつけさせていただいております。一番右の列を見ていただきますと、都内の圏域内の入院完結率は平均で70.22%となっております。今後、高齢化が進むにつれて圏域内完結率は上がっていくものと予測してございます。なお、この資料につきましては一般病床と療養病床のみのデータとなっております、資料5とは異なり精神や感染症は含んでおりません。

恐れ入りますが、資料4にお戻りください。資料中ほどの(2)でございます。医療圏を設定して以来さまざまな施策をこの二次保健医療圏を単位として進めてきており、圏域を単位とした保健医療サービスを提供する仕組みが定着しております。また、保健医療施策と福祉施策を一体的・総合的に推進する必要があることから、現行の東京都の高齢者保健福祉計画におきまして、介護保険施設の適正配置の目安となる老人福祉圏域を二次保健医療圏に一致させて設定してございます。

(3)でございます。昨年度策定いたしました地域医療構想の策定に当たりまして、病床の確保について区市町からさまざまなご要望をいただいております。参考までに本日は資料を用意してございますので、恐れ入りますが、参考資料1をごらんください。

地域医療構想策定時にいただいた意見をまとめてございます。一番上、練馬区からは、在宅療養を担う病床は自治体ごとに必要な数を整備する必要があることから、回復期、慢性期は基礎的自治体を単位で区域を設定してほしい。急性期の病床配分は、災害時の対応を踏まえ、人口当たりの急性期病床が少ない自治体に優先して配分してほしいなどの意見をいただいております。また、大田区につきましても練馬区と同様に、回復期、慢性期の病床は基礎的自治体単位としてほしい。台東区は、慢性期は在宅療

養を支えるための重要な役割を担っており、今後も一定の病床数の確保ができるように配慮をしてほしいなどのご意見をいただいております。最後に荒川区でございます。病床の整備が十分でない荒川区としては、区内での病床の確保が課題であり、荒川区が必要な医療提供体制を確保できるよう、二次保健医療圏の見直しの検討を要望するという意見をいただいております。

恐れ入りますが、また資料4のほうにお戻りください。地域医療構想策定時にはさまざまな意見が寄せられたところでございますが、(3)の2行目にあるとおり、都では、地域医療構想におきましては四つの基本目標の一つとして「地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実」を掲げるとともに、病床の整備につきましては、住民に身近な区市町村の意見、また病床機能報告の結果などを参考にしながら、法令等に準拠して基準病床数を定め、地域に必要な医療を確保していくとしたところでございます。

(4)でございますが、構想区域は、病床の整備を図る区域として現行の二次医療圏とし、あわせて疾病・事業ごとに医療連携を推進する区域を事業推進区域として設定し、全都レベルから地域包括ケアのレベルまで柔軟に運用することとしています。

最後に、一番下の枠の中でございますが、以上、現況を踏まえまして、二次医療圏につきましては、現行の医療圏を維持しながら、疾病や事業ごとの取り組みについて地域の実情等を踏まえ、個別に検討し、医療連携を推進する区域を柔軟に運用していくということで改定部会においてご議論をいただいたところでございます。

改定部会におきましては、意見として、区市町村がこれから地域包括ケアシステムを展開していく上で二次医療圏に対しても非常に関心が出てきている。自治体の中で病床の過不足が生じるという意見もあり、そういったことに対して検討も必要ではないかといった意見や、二次医療圏は現行のまま維持するとともに、疾病・事業を進めるための区域である事業推進区域については柔軟に扱っていくことが重要といった意見などをいただきました。部会での取りまとめといたしましては、人口の状況あるいは患者の流出入の状況、また二次保健医療圏が国の補助金の算定単位などになっており、かなり日常生活や社会システムにも浸透していることを踏まえ、現段階において二次医療圏を見直すだけの大きな理由は見当たらないということで部会として結論をいただいたところでございます。ただし、区市町村の要望であったり、事業推進区域の考えにつきましては、今後も検討しながら進めていく必要があるとのご意見をいただいたところでございます。

資料4の説明、部会での議論につきましては以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。いかがでしょうか。ご意見はございますでしょうか。部会長から補足はありますか。

○河原副座長 今、事務局からご説明いただいたとおりなんですけど、資料4の下、重複する説明になりますけど、一番下の括弧で書いているところが部会での結論であるとい

うふうに考えております。ですから、二次医療圏については人口動態とか疾病構造の変化とか、いろいろ考えますと特段変える事情もないのかなと。変えたとしてもまた不整合なところが出てくるような感じもいたします。それでそうは言っても現実に在宅医療とか、あるいはがん医療とか考えると、二次医療圏の枠を超えてさらに広い広がり、あるいは市町村単位とかいった広がりに対応しないといけないようなところがありますので、それは地域医療構想のときから出てきている事業推進区域の考え方の中で、今度の改定部会の中で議論していきたいというふうに思っております。

以上です。

○橋本座長 はい。ありがとうございました。何か特段ご意見ありますでしょうか。これまでもそういうことだったというふうに私は理解しています。いわゆる構造と機能みたいなそういう議論なのかなと思います。構造としてはそれほど変わる必要はないけど、機能はいろいろ現実に動いているので、そんなに問題ないだろうという話ですよ。で動かざるを得ない状況が相変わらずあるということだろうと思います。

○橋本座長 では、また戻ることも含めて次にいきたいと思います。

それでは、六次改定の項目対比（案）について、事務局から説明をお願いします。

○榎本保健医療計画担当課長 それでは、資料7、東京都保健医療計画第六次改定項目対比表（案）について説明をいたします。

本件につきましても4月21日の改定部会においてご議論をいただいたところがございます。

こちらの左側半分が平成24年度に策定した現在の保健医療計画の項目、目次を記載してございます。そして右側が今後検討を進めていく次期保健医療計画の構成案の目次、項目を記載させていただいております。

昨年の12月に国の医療計画の見直しに関する検討会の取りまとめの意見がありましたが、個々の書き込む事業の内容は別といたしまして、前々回のように現在の5疾病、5事業を記載するといったような項目に大きな変更点はございません。

それでは、順番にご説明をさせていただきます。

右側の構成案のところをごらんください。第1部、保健医療福祉施策の充実に向けてでございます。これまでは第1部、総論というタイトルで記載させていただいたところでございますが、今回につきましては本計画の作成趣旨といいますか、目的ということで、保健医療福祉施策の充実に向けてということで記載させていただいております。

続いて、右側の第1部のところ、上から7番目のところに、第5章、東京都の将来の医療（地域医療構想）でございます。こちらは昨年7月に策定いたしました地域医療構想の中において、構想区域の病床の機能区分の将来の病床数の必要量や将来のあるべき医療提供体制、東京の医療のグランドデザインを示したところがございます。こうした医療構想に記載した事項につきまして総論的に記載する章でございます。地域

医療構想の実現に向けた具体的な取り組み内容につきましては個別事項の中で記載してまいります。

続いて右側、第1部の一番下、第7章、計画の推進体制でございます。都の中には各疾病や事業を検討するさまざまな協議会がございます。今後、計画を策定・進行するに当たりましては、こうした協議会の意見などもいただきながら策定することになりますので、さまざまな協議会や、また地域医療構想調整会議など、本計画に係る体制といいますか、全体像がわかるような形で整理してこちらに記載していきたいというふうに考えてございます。

続いて、右側の第2部、計画の進め方についてであります。これまでは各論という形で整理をさせていただきましたが、第1部のタイトルを変更いたしましたので、総論・各論という形ではなく、計画の進め方という形で整理をさせていただいております。

続いて、具体的な項目でございます。今回は項目の並び順を変更させていただいております。変更した趣旨といたしましては、まずは予防の部分を最初に記載し、その後に医療の部分を記載するという形で整理してございます。

では、まず初めに資料右側、第1章、健康づくりと保健医療体制の充実でございます。これまでは資料左側にありますように、第1章、患者中心の医療体制の充実と記載してございました。今回は、この第1章、患者中心の医療体制の充実と、第2章、保健・医療・福祉の提供体制の充実、この二つを統合いたしまして、第1章として健康づくりと保健医療体制の充実と変更してございます。統合した理由といたしましては、これまでも各疾病の予防部分と医療体制などについては記載しておりましたが、一方で、がんであったり糖尿病などにつきましては、医療と予防の部分を分けて記載しておりました。今回はこの予防の部分を各疾病の中に記載することで、各疾病における予防から治療、医療を一体的な流れとして記載できるように統合したものでございます。

続きまして、右側第3節、生涯を通じた健康づくりの推進でございます。1、生活習慣の改善です。健康寿命を延伸させる上で栄養・食生活など、生活習慣の改善は大きな課題でございます。平成25年に策定した東京都の健康推進プランにおいても生活習慣を掲げており、こうしたことから今回の計画におきましても健康づくりに向けた取り組みの一つとして生活習慣の改善を記載したところであります。

そのほかに今後の予防対策の取り組みとして重要になってくると考えられる、4、フレイル対策・ロコモティブシンドロームの予防。5、慢性閉塞性肺疾患の予防につきましても新たに追加をしております。国の指針でもフレイル、ロコモにつきましては5疾病には加えないが、その対策につきましては医療・介護が連携した総合的な対策を講じることとなっております。また同じ第3には、これまで分かれていた母子保健・子供家庭福祉や学校保健につきましても、第3節、生涯を通じた健康づくりの推

進の中に整理することとしております。

続いて、第4節、切れ目のない保健医療体制の推進であります。ここで変更した点は、まず精神疾患から認知症を切り分けた点の一つあります。認知症につきましては、今後、高齢者の増加に伴い、認知症は疾患の治療だけではなく予防も含めた大きな課題でございます。こうしたことから認知症につきましては一つの項目として整理をさせていただいております。

そのほかに在留の外国人への対応、また2020年のオリンピック・パラリンピックに向けて訪日外国人の増加が見込まれている中で、外国人に対応した医療体制の整備が重要になってくるということも踏まえまして、新たに外国人医療という項目を設けて記載をしていきたいと考えてございます。

こちらの外国人に対する医療につきましては、恐れ入りますが、参考資料の2をごらんください。

こちらにつきましては、国におきまして医療計画の見直しに関連してパブリックコメントを実施した際にご意見をいただいております。3番のナンバー1の意見の概要の3行目に、5事業に外国人に対する医療を6番目の事業として加えるとの意見に対し、国では、外国人に対する医療については、都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画である医療計画の性格にはなじまないと考えておりますとの回答でございます。しかしながら、都におきましては、繰り返しになりますが、在留の外国人への対応、2020年に向けて訪日外国人の医療体制というものは大きな課題と捉えていることから、次期保健医療計画では記載を考えてございます。なお、外国人医療と記載してございますが、どうしても外国人医療というと医療ツーリズムなどイメージしてしまう可能性がございますので、項目名につきましては引き続き検討課題とさせていただきたいというふうに考えてございます。

恐れ入りますが、資料7のほうにお戻りください。また、これまで急性心筋梗塞と整理しておりましたが、国の指針におきまして、回復期及び慢性期を含めた医療提供体制を構築するという観点から、今後は3番のところでございますが、心血管疾患として整理されており、記載内容の範囲を少し広げる形になってございます。こうしたことを受けまして、本計画におきまして3にあるとおり心血管疾患ということで疾患名を変更してございます。

続きまして、資料右側の中ほどより下、第2章、高齢者及び障害者施策の充実であります。本計画とも密接にかかわりのある高齢者、障害者の施策につきましては、新たに章立てをいたしまして整理をさせていただいております。

4月の改定部会におきましては、この項目に対しましてご議論をいただいたところではありますが、部会で出た意見を幾つか紹介させていただきます。

たばこ喫煙対策について、保健医療計画の中で触れていただく、目出しすることをすべきではないかというご意見をいただきました。今回はこうした意見を踏まえまして、

本日お出ししている資料の中には第2部第1章第3節の1の生活習慣の改善のところに括弧書きとして（栄養・食生活、身体活動・運動、喫煙）ということで、生活習慣の改善にかかわる具体的なものを幾つか列挙させていただき、部会での意見を反映した形に整理してございます。

また、ほかの意見といたしましては、認知症につきましては、精神というものの、福祉などの関係など、幅広いことから精神から抜き出すことはよいのではないかとといった意見や、がんや糖尿病など疾病別のところに予防を含めて記載することで整理されてよいのではないかと。予防から始まり医療という流れの整理でわかりやすくなったのではないかと意見をいただいております。部会におきましては、おおむね現時点で想定されているものは網羅され、整理されているのではないかとということで了承をいただいたところでございます。

なお、各項目の名称や場所につきましては、今後、各疾病の協議会や改定部会での議論などを踏まえながら適宜変更しながら進めていければというふうに考えてございます。

説明は以上でございます。よろしくお願いたします。

○橋本座長 はい。ありがとうございました。ただいまの説明についてご意見、ご質問があれば伺いたいと思います。部会は補足はよろしいですか。

○河原副座長 はい。

○橋本座長 はい。わかりました。今、説明があったように、予防のほうから初めて、その中に治療も含めていくという、そういう考え方に変わったということです。はい、どうぞ。

○島田委員 島田でございます。

予防から医療へということで順序立てたというお話だったのですが、第1章の第4節で保健医療とは銘打っているんですが、どうも保健色がすごく薄まってしまったのではないかなというふうに思います。括弧書きでがんや糖尿病、精神疾患のほうに予防も含むということで、特に心の健康で精神疾患に心の健康を含むというのはちょっと余り疾患だけではないのではないかなと思っておりまして、むしろ心の健康などに関しては健康づくりの推進のほうに入れていただいたほうがよいのではないかなと思いますし、もうちょっと何か予防の辺でヘルスプロモーションであるとか、予防対策のことをもう少し膨らませられないだろうかという感想です。

○橋本座長 はい。事務局何かその辺り議論ありましたでしょうか。

○榎本保健医療計画担当課長 今回、精神疾患のところから心の健康を含むという形で整理させていただいておりますが、健康づくりの部分でも自殺対策の取組であったり、この辺についてはそういった部分も入ってくるかなというふうに思っております。今後いろいろ策定する中で、整理していく中で、そういった部分につきましてももう少し整理して進めていきたいというふうに考えてございます。

- 河原副座長 健康づくりに関してはプラン21という計画ありますので、それが主体です。あくまでも医療計画の中で予防を語る時には必要最小限というふうなことでとどめておりますので、健康増進自体はプラン21を参照していただければ十分かと思えます。
- 橋本座長 でもプラン21につながるような頭出しというか、それは必要ですよ。
- 河原副座長 それは項目の中に、私、プラン21の座長もやっていますが、項目の中に、ほぼ網羅的に入っています。
- 橋本座長 そうですか。わかりました。
- 河原副座長 それと、一つ、ちょっと確かめていただきたいんですが、資料7の右のところの第3節の上から一つ目ですか、生活習慣の改善で、（栄養・食生活・身体活動・運動）となっていますけど、これ身体活動の中に日常生活動作と運動があったんじゃないかな。何か身体活動のほうが上位概念で、運動と並列の概念じゃないと思うんですけどね。ちょっと、私も記憶が定かでないんですが、ちょっと確かめていただければと思います。
- 榎本保健医療計画担当課長 ちょっと確認させていただいて、整理させていただきます。
- 橋本座長 今ここにお出しいただいている表現は、括弧の中は、中身はこんなものですよという例示だというふうに考えていいですか。そうでもないんですか。
- 榎本保健医療計画担当課長 生活習慣の改善、こちらの健康推進プランにある項目でございますが、その中に幾つか項目がございまして、主なものをここに抜き出しているというところがございますので、ここほかの項目も入ってきます。
- 橋本座長 ですよ。だから、でき上がりのときには、その「1 生活習慣の改善」の項目の中に、こういったことが出てくるわけですよ。
- 榎本保健医療計画担当課長 はい。そうです。
- 橋本座長 わかりました。
- いかがでしょうか。
- 田中委員 二、三ありますので、順番にお答えいただいたほうがいいかもしれません。
- 生涯を通じた健康づくりの推進のところで、4番ですね、フレイル対策・ロコモティブシンドロームの予防と書いてありますが、これは何で片一方が対策で、片一方は予防なのですか。どういう違いがあるのでしょうか。フレイルも予防したほうがいいと思うけれども、どういうレトリックで対策と予防になっているのでしょうか。
- 榎本保健医療計画担当課長 この項目としての名称につきまして、まだ今後、いろんなところで議論していく中で変更していきます。今はこういう形で整理させていただいておりますが、こういう形で整理するというものではございませんので、ご意見いただいた上でいろいろ検討していきたいというふうに思っております。
- 田中委員 フレイルの第1の予防は社会参加、フレイルドミノの最初は社会参加の欠如から始まると研究が進んでいますよね。健康づくりは、個々人の生活習慣、どう食べ

るか、どう運動するかだけではなくて、いかに地域社会に参加するか、働き手だったら職場との関係が出てきます。その意味でこのフレイルはとても重要だと考えますので、ここはきちんと整理しておいてください。

2番目の質問です。第4節の12番の在宅療養ですね。在宅医療も、介護との関係で言うと極めて大切なところであり、国の医療計画の方でも、慢性期と並べて在宅医療が入っています。質問は、介護施設や居住系サービスですね。例えばグループホームや特定施設等の、いわゆる狭い意味の自宅とは違ったところの医療はここに含まれていると考えてよろしいでしょうか。

○榎本保健医療計画担当課長 グループホームであったり、そういった施設系のサービスにつきましては、今の計画でもそうですが、高齢者のところ、高齢者保健福祉施策、こちらの部分で記載しているところがございますので、こちらのほうに記載していきます。あわせて、再掲という形で在宅療養のところにも入るかどうかにつきまして、今後検討していきたいというふうに思っております。

○田中委員 介護保健施設は、確かに施設と呼んでいいにしても、居住系サービスの場合には、ある意味、在宅ですよ。特定施設、それからサ高住は在宅でもあるので、そこも広目に考えていただいたほうがいいのではないかと想定しますが。

○榎本保健医療計画担当課長 今後、議論して、検討させていただきたいというふうに思っております。

○田中委員 同じ意味で、ここでは疾病別に並んでいて、先ほど座長も言われたように、予防を重視している。これは大変結構なことです。で、一方で、病気には回復期があり、慢性期がありますよね。ここでは疾病別に並んでいるけれども、回復期や慢性期はそれぞれの疾病の中で取り扱うという意識でいいのでしょうか。

○榎本保健医療計画担当課長 そういう整理で考えてございます。

○田中委員 そんなものかな。差し当たり以上です。ありがとうございました。

○橋本座長 田中先生、今の最後のご質問ですが、個別に疾病ごとにそれらの大きな項目を取り扱うという、何かどんなことが心配されますか。心配されたから、多分、質問されたんだろうと思いますけど。

○田中委員 病気ははっきりしている場合、特に脳卒中とか、心血管疾患の場合、回復期を通過して在宅に戻るとの理解でいいと思うのですが、老衰的な場合はどうか。超高齢者の死因については、どの病気でもないという人たちが、結構多い、特養などの死亡で一番多いのは老衰のようです。そういう人たちに対する医療、ここに出てくるどの医療にも入らない慢性期医療、長期療養があるはずなので、それが抜けてしまうのではないかと危惧から、お聞きしました。

○橋本座長 わかりました。ありがとうございました。

おそらく疾病ごとに分けることの利点と、それから、ちょっと見えなくなる部分があるんだよという話だと思います。そこは、どっちがいいという話でもないのです、それ

らの欠点をよく理解しながら、どこかに入れていただくようなことで、トータルとしてちゃんと補足しているような、そういった書きぶりが必要かなというふうに思います。

ほかいかがでしょうか。

○地引委員 ありがとうございます。医療を受ける側、病気をした身の者としましては、やはり、予防の大切さというものを日々痛感しております。で、病気になった後、回復期にあっても、予防することによって再発を防ぐという意味で、ここに予防の大切さということをお初めのほうに持ってこられたことに関して、ありがたく思っております。

また、もしかしたら、ここで触れられないかもしれないんですけども、東京都がどのような、栄養ですとか、あと、身体活動、運動などの活動を取り組みをされているか、また、私たちがどのようにそれに参加できるかということについても、どこかでまた、いろいろと教えていただければと思います。

○橋本座長 ご要望があったということで。次に、長瀬委員どうぞ。

○長瀬委員 細かいことですが、第3節、生涯を通じた健康づくりの推進、生活習慣の改善の一番最後に「喫煙等」と書いてあります、これは喫煙を勧めるような感じがして「禁煙」とした方がよろしいのかなと思います。非常に細かいことですが。ほかのところは、栄養とあり、いい方向です。禁煙もいい方向に行かなければならないので、禁煙がよろしいかと思いますが、いかがでしょうか。

○榎本保健医療計画担当課長 こちらの部分につきましては、受動喫煙の部分も含むのと現行の健康推進プランでこういう整理、喫煙という形で、整理させていただいているので、こういう形で記載させていただいているところでございます。

○橋本座長 よろしいでしょうか。予防を中心に、こう、このように書いていく。治療も、一次予防、二次予防、三次予防というような言い方をすると、予防という概念でくくられるわけです。病気にならないようにするという話は大事だと思うんですが、重症化防止といった観点が、まあ、この実際出てきたものがどういうふうにそれを反映しているかは、ちょっと見えていないので何とも申し上げようがないんですが、重症化防止を意識した議論をしていただければいいかな個人的には思いますね。医療費の問題からしてもそうだし、それから、患者さんのQOL、ちょっと、何か病気を持っているけど、結構、元気に暮らしていますよという人はいいんだと思います。それが、ちょっと悪くなると、途端にいろんな意味で障害が出てきたりするので、そのところをやっぱりちゃんと管理しましょう。という体制が大事です、その辺りの考え方がどこかに入ってほしいなと実は思いました。

よろしいですか。たくさん挙がりましたね。

山本委員、どうぞ。

○山本委員 歯科医師会の山本でございます。

私のほうからは、これも要望なのですが、例えば、心疾患、あるいは糖尿病と歯周病の関連性というのが、かなりひもづけられてきましたので、そういったことをこちらに書いていただいて、歯科保健医療のページを参照していただくような項目にすることはできるのでしょうか。

○榎本保健医療計画担当課長 記載の内容、その表現などにつきまして検討させていただきたいというふうに思っています。

○橋本座長 よろしいですか。はい。わかりました。西川委員、どうぞ。

○西川委員 希望なんですけれども、今回の改定に当たって、一つ一つの疾病ということも大事なんですけど、私たち一般都民が、すごくこう、不安に思っていることは、今回、在宅への流れというんですか、本当に、在宅の推進がなされているんですけれども、本当にそれが実際できるんだろうか、自分の身に置きかえたときに、そういうふうに思うんですけれども、その不安を払拭していただくためにも、この在宅に関する項目、例えば地域包括ケアですとか、訪問診療ですとか、リハビリですとか、そういう箇所に比較的多くのページを割いていただければありがたいと思います。

希望です。よろしくをお願いします。

○橋本座長 どうぞ。

○樋口委員 すみません。地域の皆さんと、一緒になって活動している身で、この認知症を別出しにして疾患とともに並んで、つまり認知症というのは疾患の一つとして考えていくという方向性なのかということ、ちょっと確認したいなと思ってるんですが。脳卒中や糖尿病とかと同等として認知症という疾患として対策をしていくということなのかということ、ちょっとお伺いしたいんですけど。私の感じとしては、高齢になっていくと、やっぱり認知症症状というんですか、加齢の症状の一つのような気がしてまして、そこを認知症だと診断されると、それなりに周りがざわつくといえますか、果たしてその診断をすべき、全てにおいてすべきなのかとか、その辺が結構、皆さんが認知症になることを恐れていたりとかということをよく身近に耳にしますので、そこら辺をどのように、こう、本当に疾患として一つ別出しというか、本当に糖尿病と同等のような疾患として対応していくのか、ちょっとお伺いしたいなと思っています。

○榎本保健医療計画担当課長 認知症患者につきましては、今後、2025年に向けて60万人になるという推計もごございます。今の計画の中では、精神疾患のところでは認知症の記載を別出しという形でしてごございます。その記載内容といたしましては、疾患の部分と、あと、早期発見・早期診断であったり、地域支援など福祉的な要素、こういった部分も記載してごございますので、今後、記載するに当たりましては、これまでと同様にそういった部分も含めながらの記載、疾患だけの部分ではなく、そういった支援部分、福祉的な部分も記載していく形になるのかなというふうに思っています。

○河原副座長 これ、ちょっと私の個人的な意見かも知りませんが、医療計画が5疾病5事業ということで、疾病系と事業系ということでスタートしたんですね。で、最初は4疾病5事業でした。それで、精神が入ったわけですが、精神は疾病系に入っているんですね。だけど、精神を考えれば、事業系にも絡むし、疾病のほかのがんとか脳卒中とか身体合併症とかを考えれば、全て絡んでくるわけです。だから、疾病か事業ということで分けられない領域というのが結構あって、ご指摘のように、認知症なんかまさに社会的な対応が要るので、疾病だけの対応ではだめだということをおも認識していますので、また改定部会の中で、そういうことも議論していきたいと思えます。

○橋本座長 素朴に疾患の中に並列に並んでいることに対する違和感みたいなのが、どうしても別にあるんですね。そこは、ちょっと割り切っていただくのもいいかもしれないし、また、内容でちょっとご判断いただくのもいいかもしれないですね。実際の活動の中でどういうふうに展開していくかというのが一番大事なことかなと思います。

ほかいかがでしょうか。

○竹川委員 東京都病院協会理事の竹川です。

今回ちょっと触れられていないんですけれども、医療提供施設の役割、第4章の第2節の一番下のところなんですけれども、地域医療構想もいろいろと策定されてきた中で、こういったことも含めて、ちょっと今までの内容ではそういうことに触れられていないようなので、あると今議論されていることが、もうちょっと広く一般の方に知られるのではないのかなというふうに考えたんですけれども、いかがでしょうか。

○榎本保健医療計画担当課長 地域医療構想については、今後も調整会議などでいろいろ地域の方と議論していきます。今回、新たに第1部の第5章のところで、地域医療構想ということで項目を出させていただいていますので、そういった部分につきまして、さまざまな地域の役割であったり、そういうようなご意見なども、こういったところで盛り込めればいいかなというふうに思っています。

○橋本座長 第1部の5章のところでそういうことが書かれるということによろしいですね。

○猪口委員 医師会の猪口ですけれども。ちょっと質問なんですけれども、高齢者医療とか、それから災害医療、先ほどの在宅療養とかそういったものですね。それは高齢者福祉計画だとかそういうところ、在宅なんかだとそういうところに入ってくるんですが、居宅の、だから、そういうまちづくり的な話、それから災害医療も、はっきり言って耐震化をどんどん進めていくというのは、医療だけでは、本当に災害で言うと被害者を非常に少なくしようと思うと、そのまちづくりもすごく大事だし、高齢者の在宅というのも、効率化を図ろうとすると、まちづくり的なものが非常に大事だと思うんですが、これは事業系としてここに書かれるのか、我々の視点でどこかに、こういうふうに言っていくのか、ここの中ではどういう書きぶりになっていくんだらうかなと思

うんですけれども、ちょっと教えていただければと。

○矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。

地域医療構想の中でも、その議論をしたと思うんですね。ただ、ちょっとその、保健医療計画で、じゃあ、東京都市づくりを書くのかというところが広がり過ぎてしまうところもあるので、どこまで書けるかわかりませんが、少なくとも住まいと医療の関連性というところについては書いていきたいというふうに思います。

○橋本座長 どうぞ。

○田中委員 第1部のタイトルが、保健医療福祉政策の充実に向けてと、福祉が含まれたのは大変結構なことだと考えます。その割に、第1章から第7章に福祉が出てきていませんね。それから国ですと、医療介護総合確保推進法の制定以来、会議体としては保険局・老健局・医政局共同で医療介護総合確保促進会議をつくっています。そういう観点から見ても、この中のどこかに医療・介護の総合確保の充実などが入っていないと、一部のタイトル倒れで中身がないと読めてしまうのですが、いかがでしょうか。

○榎本保健医療計画担当課長 ちょっと、そういった部分も今後検討させていただきたいというふうに思います。ありがとうございます。

○田中委員 検討するとは、役人用語ですか。何もしないという意味で検討しますと返事しますが、そうじゃないですよ。

○矢澤医療政策担当部長 違います。

○田中委員 違いますね。一言質をとっておかないといけませんので。

○橋本座長 ほかいかがですか。

○渡辺委員 改定部会するときにも出たんですけれども、これからの6年間の医療計画というところで、この一、二カ月、非常にこう話題になっているのが、遠隔医療とか、ICTとか、そういうことなんですけど、これからの6年間に対して来年度、非常に大きく変わってくるかと思えますけれども、何か書きっぷりというか、積み上げていくというか、どこかにこう、そこら辺について将来の医療とかいうことで書いていく予定はあるんでしょうか。

○矢澤医療政策担当部長 ICTについても書く予定でいるんですが、ちょっと、どこに入れるかまだ検討中でございます。またご相談させていただきます。ありがとうございます。

○橋本座長 ちょっと今の質問の続きみたいな感じになるんですが、多分、ICTの話というのは、それなりにお書きになるんだと思いますが、技術革新は、多分、我々に今、予想できない、6年間の間に、進んじゃうと思うのです。AIを使ったさまざまな福祉の問題だとか、医療の問題だとかというふうに。で、そういう場合には、基本的なところですけど、医療計画6年間分書きますよね。で、その間にいろんなことが変わって、もっとやらなきゃいけないことがあったとき、どういう対応をするんでしょうか。

○矢澤医療政策担当部長 計画、いつも結構そういうことがありまして、つくったときにはできることが書かれているような計画をつくってまいりました。ただ、これからは、なるべく、将来こういうことが起きるだろうということを予測して、そこを検討していくんだという前向き感を出して書いていきたいと思っております、地域医療構想は、そういう観点で書かせていただきました。ですので、今回の保健医療計画も、今後、こういうことを視野に入れて検討していくというような中身についても、できるだけ記載をしていきたいと思えます。

○橋本座長 わかりました。

そういうベクトルを書いておいて、その時点、その時点で実際のところに降ろしていくというやり方ですね。はい、ありがとうございます。

ほかに。

○地引委員 高齢者と障害者に関して特出しされて、章を設けられたことはとてもありがたいんですけども、こう見ると比較的若い方の障害者に関しては、もしかしたら余り触れられないのかなというふうに考えてしまったんですけども、パラリンピックとかもありますし、その辺はどうされるか教えていただけますか。

○榎本保健医療計画担当課長 今回、医療計画のほかに障害者の計画もつくります。そういった部分で計画をつくっていく中の部分をこちらの医療計画にも連動して記載していくことですので、高齢者だけではなく、そういった幅広い部分での記載になるというふうに思っております。

○橋本座長 うまくその辺が連動して、読み込めるといいですね。そういうものになってほしいと思えます。

○山元代理委員 今、在宅療養のところに、恐らく訪問看護ステーションとかそういう設備的なところが出てくるんだと思うんですけども、第4章の第2節のところの医療提供施設の役割のところについては、訪問看護ステーションあたりが、やっぱりここに入ってくるんじゃないかと思うんですけども、いかがでしょうか。

○矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。今の計画も、その施設数については、在宅の項目に書かせていただいておりますけれども、そのあたりもどういう記載にするかはお預かりさせていただきます。ありがとうございます。

○橋本座長 ほかいかがですか。

○永田委員 すみません。永田でございます。

古いほう、左側のほうの第2章の第2節、健康づくりの推進が、今回、第1章の第3節、生涯を通じた健康づくりの推進に変わったということで、基本的に第4節の中で疾病に関する予防を入れながらということになると、かなりの疾病は網羅されているとは思いますが、通常、都民の皆様がかかりやすい疾病に関する内容としての考え方を、この章の中でセルフケアとか、そういう概念で記載をしていくということになるのでしょうか。その辺、ちょっとお伺いしたいんですが。

○矢澤医療政策担当部長 恐れ入ります、セルフケアの概念でしょうか。すみません、もう少し。

○永田委員 今、セルフメディケーションをセルフケアと言えというようなF I Pの考え方も出ているのでそう言っただけで、セルフメディケーションと言ったほうがいいのかもわかりません。

○矢澤医療政策担当部長 セルフメディケーション、セルフケアの考え方としては、一番書きやすいところは都民の役割のところかなというふうに思っています。そこで不足があれば、場合によっては出していくというふうに考えてございます。

○橋本座長 ほかいかがですか。随分活発にお出しいただいたと思いますけれども。よろしいですか。

では、この第3番目の議事を終わりたいと思います。3点の議事については以上になります。

続きまして、報告事項に移りたいと思います。医療計画作成指針・疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針ということで、事務局からご説明をお願いします。

○榎本保健医療計画担当課長 それでは、報告事項、医療計画作成指針・疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針につきまして報告をいたします。机上にオレンジ色のフラットファイルで国の通知、医療計画について及び疾病事業及び在宅医療に係る医療体制についてをお配りしております。恐れ入りますが、オレンジ色のファイルをごらんいただけますでしょうか。

こちらにつきまして、主な変更の下線を引いてございます。まず、2ページをお願いいたします。下から10行目に、心筋梗塞等の心血管疾患でございますが、これまでは急性心筋梗塞となっております。今回、国の検討会におきまして、急性心筋梗塞に限らず、心不全等の合併症や、ほかの血管疾患を含めた医療提供体制の構築を進める急性期の治療に引き続き、回復期及び慢性期の適切な治療を含めた医療提供体制を構築するということがありましたので、こうしたことを踏まえまして、急性心筋梗塞から心筋梗塞等の心血管疾患と改めたものでございます。

続いて、同じページの下から5行目、ロコモティブシンドローム、フレイル、肺炎、大腿骨頸部骨折等については、5疾病に加えることをしないものの、その対策については、他の関連施策との調和を図りつつ、疾病予防、介護予防等を中心に医療・介護が連携した総合的な対策を講じることということで、こちらも今回新たに追加になってございます。今後、引き続き高齢者人口がふえ、特に2025年には団塊の世代が全て後期高齢者になるということ踏まえまして、高齢者の疾病予防、介護予防はますます重要になることから、新たに加えられてございます。

続いて、6ページをお願いいたします。下から11行目の(6)でございますが、医療計画については、法第30条の6の規定に基づき、6年ごとに調査・分析及び評価を行い、必要がある場合は変更すること。また、在宅医療その他必要な事例について

は、3年ごとに調査・分析及び評価を行い、必要がある場合は変更すると記載されてございます。これまでは5年ごとに調査・分析を行うこととされておりましたが、今回は6年とすることで、今後は介護保険事業支援計画の改定が3年に1回ありますので、2年に1回は同時に改定ということになります。こうしたことで医療と介護の連携を強化するとともに、医療計画、介護保険事業支援計画の整合性を確保できるようにするために変更するものでございます。

また、下線は引いてございませんが、そのすぐ下に、医療計画と区市町村の介護保険事業計画の整合性を確保していくために、新たな協議の場を設けることというふうになってございます。今後こういった指針、国の方針や指針、またフラットファイルと一緒にとじてございますが、5疾病5事業、在宅に関する指針などを踏まえながら、議論を進めていく予定でございます。また、本日は、今後検討するに当たりまして参考すべきものとして、医療機能実態調査がでございます。

その調査結果の速報の概要がまとまりましたので、あわせて報告させていただきます。恐れ入りますが、参考資料の3をごらんいただきたいと思います。こちら、平成28年度東京都医療機能実態調査の結果の概要でございます。結果の概要の1ページ目でございますが、本調査につきましては、2番の医療機能に関する調査にございまして、調査の対象としては、都内の全ての病院、一般の診療所及び歯科診療所というふうになってございます。

調査の期日ですが、回答基準を平成28年10月1日といたしまして調査を実施してございます。一番下の表に、調査の実施状況ということで回収率の記載がございまして、それぞれ回収率といたしましては、病院では82.5%、一般診療所では65.6%、歯科診療所では65.9%、合計いたしますと66.2%の回収率になってございます。なお、前回の回収率でございますが、前回は71.4%だったため、今回、約5%ほど落ちてございますが、一方で回収の施設数につきましては、前回は1万6,122施設でございましたので、回収率自体は落ちてございますが、調査の回答施設数は前回とほぼ同じ状況になってございます。

2ページ以降に、それぞれの疾病、事業ごとの調査結果が記載してございます。一部ご紹介をさせていただきます。2ページをごらんください。まず、がんにつきましては、上から三つ目の丸に、院内がん登録をしている施設数でございまして、こちら前回の調査では29.9%でございましたが、今回の調査では42.4%になっており、10%以上、上昇しているものでございます。

続いて四つ目の丸、入院患者に対する緩和ケアの実施状況についてでございます。前回調査では69病院、15.7%でございましたが、今回は118病院、22.0%となっております。こちらも前回調査より上昇してございます。

続いて6ページをお願いいたします。脳卒中でございます。一番上の丸、脳卒中患者を受け入れ可能な病院でございまして、前回調査と比較いたしますと、急性期が22.

6%から23.1%、回復期が25.5%から28.5%、維持期が32.8%から37.1%となっております。

続いて、2番目の丸、脳卒中ユニットケア、または、それに準ずる専用病棟を有する病院、専用ではないが主として脳卒中急性期患者を受け入れる病棟を決めていると回答した病院でございます。こちら前回の調査では18.2%、今回は18.6%となっており、ほぼ横ばいというような状況となっております。

以下の7ページ以降に、急性心筋梗塞、糖尿病、精神科医療、在宅医療の状況、災害医療について記載してございます。こちらにつきましては、後ほどお目通しをいただければと思います。

なお、本日お示ししているのは、あくまでもこれ、抜粋版になってございますので、本調査自体は、もっと細かく調査のほうを実施しているところでございます。

説明は以上です。よろしく申し上げます。

○橋本座長 ありがとうございます。報告ということでした。

ご質問、ご意見ありましたら伺いたいと思います。よろしいですか。

○猪口委員 これ抜粋版というところですがけれども、細かいデータ、この医療提供体制に関して言うと、二次医療圏だけではなくて区市町村だとか、そういうきめ細かく見ないと、本当に救急医療等が見えてこない部分もございまして、この抜粋版以外の本編のほうを見ると、結構そういうところも見えてくるんでしょうか。

○榎本保健医療計画担当課長 本編のほうでは、今現在は二次医療圏単位ということで整理してございますが、区市町村単位で分析できるのは、ちょっとその辺、技術的な部分になってございますので、今後、検討、預からせていただきたいというふうに思っております。

○橋本座長 よろしいですか。

もっと根本的な話かなと思うんですけど、これどうやって使うんですか。医療計画策定のとき、いつも機能実態調査というのをやって、でも回答率は100%ではなくて、そこから統計学な類推、多分これ、統計学的な、何%というのは余り意味がない。規模が違ったりしますので、ほとんど意味がないんですが、このままだと。例えば、この中で主要な病院で100ちょっとの病院が回答を寄せていないですよ。この中で大学病院があったりすると、やっぱりこの結果は読めないですよ。そういった調査自体の全体に対する有効性だとか妥当性だとかといったようなものはどのように扱いますかね。

○榎本保健医療計画担当課長 確かに状況によって、見方によってさまざまな観点があるかと思います。今回は、概要でざっくりしたものになってございますが、いろいろクロスで集計したりして、もう少し細かく見ていく中で、いろいろ活用できるものを使いながら、施策に反映できればというふうに思っているところでございます。

○橋本座長 わかりました。

事務局は、どこの病院が回答していないかわかっているんですよね。そうならば、この、ある質問、ある項目を分析していったときに、この病院が答えていない回答は、結果を誤ってしまう可能性があるということはわかるわけですよね。読み方に配慮しながら活用しましょう。

○矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。まずは、都道府県間の横の差があるかないかみたいなものを見るというのが一つの目的。で、もう一つの目的が、経年に何か変化があるか。それは、さつき先生がおっしゃったとおり、経年は余り意味がないというのは、そのとおりだと思います。

あと、個別の病院と、そこの比較をするというところまでは、ちょっとまだできていないので、それは、ちょっとデータが全部出てきてから、もう一度検討したいと思います。今のところは、ちょっと厳しいかなと思います。

○橋本座長 なかなか難しい議論だなとは思っています。DPCでやれば、DPCに入っていない病院はどうなんだという話はあるし、完璧なものというのは、まあ、ないんだろうと思いますけれども、そういう限界があることを知りながら使わなきゃいけないかなというふうに思いました。

ほかいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、予定されて、今進めてきた議事、それから報告事項は全て終わりました。何か特段ご発言があればと思います。部会長、ご意見あれば。

○河原副座長 いや、特にございませんが、きょういただいた意見をまた、ご意見を参考にさせていただきますして、次回以降の改定部会を進めていきたいと思えます。また、次回もよろしくお願ひいたします。

○橋本座長 改定部会、大変だと思えますけれども、よろしくお願ひいたしたいと思えます。

それでは、事務局のほうからご連絡があればと思えます。いかがでしょうか。

○榎本保健医療計画担当課長 本日は長時間にわたり、活発なご議論をいただきまして、まことにありがとうございます。事務局から2点ご連絡をいたします。

まず、席上に用意いたしました保健医療計画の冊子と指針の入ったフラットファイル、こちらはそのままお残しをお願ひいたします。

もう1点は、本日、お車でいらっしゃる方は、駐車券をご用意してございますので、事務局までお知らせください。

事務局からは以上でございます。

○橋本座長 それでは、これで終わりたいと思えます。ありがとうございます。

(午後 5時15分 閉会)