

第4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4月24日
東京都福祉保健局

(午後 6時00分 開会)

○新倉保健医療計画担当課長 それでは、皆様、定刻となりましたので、ただいまから第4回東京都保健医療計画推進協議会改定部会を始めさせていただきます。

委員の皆様には、大変お忙しい中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、医療政策部保健医療計画担当課長の新倉が進行役を務めさせていただきます。よろしく願いいたします。着座にて失礼いたします。

まず初めに、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。

お手元配付の資料1、委員名簿をご覧くださいませでしょうか。前回3月に開催した改定部会の際にもお話しさせていただきましたが、東京精神科病院協会常務理事の長瀬委員でございます。

続きまして、東京都国民健康保険団体連合会専務理事、加島委員でございます。

東京都市福祉保健主管部長会より国分寺市の福祉保健部長、白石委員でございます。

続きまして、西多摩郡町村保健衛生課長会より奥多摩町福祉保健課長の若菜委員でございますが、本日欠席との連絡をいただいております。

また、参考人として、前回に引き続き、社会福祉法人信愛報恩会理事長の桑名先生にもお越しいただいております。

次に、委員の皆様の出欠の状況でございますが、本日は、先ほどの若菜委員、それから山元委員から欠席のご連絡をいただいております。また、加島委員におかれましては、19時頃までの出席になると伺っております。

なお、こちら事務局側でございますが、福祉保健局の関係各部及び病院経営本部の職員も出席させていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、続いて資料の確認をさせていただきます。

お手元配付の会議次第をご覧ください。

会議次第の下、囲んでありますが、配布資料としてリストを提示しております。資料1から資料5-2、また参考資料1から参考資料4を配付しております。もし不足等がございましたら、会の途中でも結構ですので、適宜事務局にお知らせいただければと思います。

それでは、これからの進行を部会長にお願いしたいと思います。よろしく願いします。

○河原部会長 ただいまから、第4回東京都保健医療計画推進協議会改定部会を開催させていただきますが、議事に入ります前に、私から皆さんに提案させていただきたいことがあります。私が部会長を務めさせていただいておりますが、もし何か急用とか、私の身に何かあった時のために、従来副部会長のポストを用意させていただきました。前回まで委員でした、飯山委員に副部会長をお願いしていたわけですが、今回、国保中央会にご栄転されまして空席になったわけですが、その飯山副部会長のかわりに、私からの提案でございますが、加島委員に役職、保健関係の立場から入っていただき

いと考えておりますが、いかがでしょうか。よろしいですか。

(「異議なし」の声あり)

○河原部会長 では、副部会長は加島委員にお願いしたいと思っております。よろしくお願いいたします。

それでは、ただいまから議事に入りたいと思っております。事務局から説明があると思っておりますが、国から3月30日付で、次期医療計画の策定の指針が出されました。新年度に入って急激に状況が変化しており、残された時間も限りある時間となってまいりましたので、部会としてもスピードを上げていく必要があると思っております。そういう事情がございますので、引き続きご協力のほどお願いしたいと思います。

それでは、議事に入りますが、本日の議事としまして、東京都保健医療計画第五次改定、項目対比表(案)。これにつきまして、事務局からご説明をお願いいたします。

○新倉保健医療計画担当課長 では、私から説明させていただきます。

お手元資料の資料3をご覧くださいませでしょうか。東京都保健医療計画第五次改定、項目対比表(案)でございます。

こちらの表の左側半分が現在の保健医療計画、これは19年度に策定しておりますが、こちらを目次と考えていただければと思います。そして、右側が改定の構成案ということで、事務局で考えている構成の目次を示させていただいております。資料の項目のところに網かけがそれぞれございますが、網かけをしている部分が現在の計画から変更する部分でございます。

ご案内のとおり、国の医療計画の見直し等に関する検討会の取りまとめ意見にもありましたが、保健医療計画の構成自体に影響するものはそれほど多くはなかったこともありまして、個々の書き込む事業の内容は別にして、構成について今回大きな修正は考えておりません。

まず順番にご説明させていただきますが、右側の構成案のところ、上から順にご覧ください。

最初の網かけですが、第2部各論の第2節、保健医療を担う人材の確保と資質の向上。こちらですが、現在の計画では第1部の総論の部分に人材確保については記載しております。国の取りまとめ意見等にもありましたが、医療人材の確保を一層進めるために、人材確保の取り組みを医療計画に具体的に盛り込むという意見がございました。これらを踏まえ、今回の計画では総論編から各論に移して、具体的な施策を書き込んでいきたいと思っております。1点目がこちらでございます。

そして右側、計画構成案の人材のそのまま下においていただきますと、5番といたしまして、精神疾患医療の取組がございます。こちらは、精神疾患を従来の4疾病に加えて5疾病にするという位置付けの見直しがございましたので、がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病の後に精神疾患について、新たに項目を立てたいと思っております。矢印の始点にある第5節、高齢者保健福祉対策、こちらの中に、認知症についての記

載がございます。認知症の部分と左側の計画の四つ下、精神保健医療体制の実施の部分をそれぞれ持ってきまして、今回の計画では右側4疾病5事業のところに精神疾患も加えて5疾病5事業という形で記載していきたいと思っております。

右側の計画改定構成案の精神の下、次に第4節として、在宅療養の取組を入れさせていただきます。こちら国指針の中には、在宅医療の取組を5疾病5事業と同等に位置付け、記載していくことが盛り込まれております。このため、従来も在宅医療の取組ということで記載はございましたが、第4節ということで、単独の節として記載したいと考えております。

なお、国の指針などでは、在宅医療ということで記載がございますが、都の保健医療計画では介護との連携なども含めまして、在宅療養の取組ということで項目を出させていただきます。

その下の第5節、第6節、リハビリ、そして医療安全。こちらもそれぞれ単独の節として記載したいと考えております。

そのまま少し右の構成案の医療安全のところから下に降りていただきまして、第2節感染症対策がございます。こちら矢印のもとをたどっていただきますと、現行の計画には、第3章、健康危機管理体制の構築の中の第8節といたしまして記載しております。現計画の策定以後に新型インフルエンザの対策などの動きを踏まえまして、順番を少し入れかえて前にしていきたいと考えております。

今回、事務局としては、このような修正で考えております。先ほど、冒頭にお話ししましたとおり、例えば5疾病5事業・在宅については、書き込む内容を現在のものよりも充実していく形になろうかと思っておりますが、目次レベルでいえば、このような微修正ということで考えております。

資料の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。ただいまご説明がございましたように、幾つかの項目につきましては格上げしたような形になっているかと思っておりますが、具体的な修正箇所は網かけの部分でございます。これにつきまして、何かご意見等ございますか。

○細川委員 リハビリテーション医療の取組についてです。在宅医療または脳卒中医療との兼ね合いもありますが、リハビリ医療はどちらかというところ、節よりも一段階下のレベルの気もしますが、その辺のお考えを教えてください。

○新倉保健医療計画担当課長 事務局で思ったのが、まず現行の計画。それぞれ今網かけが第4、5、6とありますが、第3節として医療連携を支える仕組みの中に在宅、リハ、医療安全を構成しておりました。この中で在宅の部分につきましては、国の見直しもありましたので、一つ節ということで単独に書き上げるというものがございます。

それとリハビリにつきましても、委員がおっしゃったように、それぞれ各疾病なり事業、それぞれにかかわる部分もございますので、第5節ということで単独で書かせていただこうと考えております。

○河原部会長 よろしいですか。もしご意見があれば。

○細川委員 確かに、心臓リハビリや脳卒中との関連がありますけれど、どちらかというど独立した領域なので、例えば5疾病5事業に足して11になっても構わないくらいのレベルのイメージがあります。在宅医療における介護との連携は、これまでの取り組みと全く違うフェーズになるので、そういう意味では、一つ大きく立てるというのもあるでしょう。医療安全も全部の領域にかかわるという意味で、大きく取り上げるのもわかります。ただ、リハビリだけはもう少し小さいという感じがしました。

○河原部会長 この点について、あるいは他のことでも結構です。

○林委員 私はまた逆で、これはありがたいなと思います。と申しますのは、脳卒中でも病院間のリハビリはいいけれども、回復時期のリハビリがうまくいってないと、すぐ在宅へ行く。そして、最近になってリハビリテーションが極めて有効だということがわかっておりまして、療養生活を維持するのにリハビリは非常に重要だという国の方針は、まさに私はぴったりだと思います。これをともかく強化したいなと思いますので、ぜひ大きく取り上げていただきたいと思います。

○河原部会長 ありがとうございます。ほかにこの点に関して、あるいはご意見ございますか。

どっちがいいとか、そういうふうなあれではないですけども、せっかくの機会ですので率直にご意見をいただければと思います。もし、リハがなければほかの話題でも結構ですが、一通りいろいろご意見を伺いたいと思いますが、いかがですか。

現行計画との施策の連続性ということも考えれば、この対比表が対応していることで追跡もできるかなと思います。そういうことも考えれば、構成としては、私もこれでいいのかなと思います。

構成全体としてはこれでよろしいですか。あとの細かいところ、リハビリとか、今出たご意見とかがございますが、他に抜けている部分とかはないですか。多分こういう目次立て、項立て、章立てをして、あとは内容だと思います。今の計画の内容を上回るようないい内容にする必要があると思うので、看板倒れにならないようにやっていけばいいと思います。こういうところが抜けているとかありますか。

○白石委員 事務局にお聞きをしたいのですが、第2部の3章の健康危機管理体制の構築の中で、第3節に食品の安全確保という項目があります。ここに関して、この間3.11以降、市町村の関係で行きますと、食品の放射能の汚染の問題を含めて、さまざまな対応をしているところがあるわけです。そうした部分について、食品の安全確保の部分で書き込みをされるかどうかを、確認をお願いしたいと思ひまして、発言させてもらいました。

○河原部会長 その点いかがでしょうか。

○新倉保健医療計画担当課長 今、委員のご発言の関連ですが、基本的にはそこを書き込んでいく方向で、所管である福祉保健局健康安全部と調整していきたいと思ひます。

○河原部会長 よろしいですか。他に何かご意見ございませんか。

○細川委員 精神疾患医療の取組、これは新たに立てられて、大変よかったと思いますが、これまでであったところを見ても、障害者施策、特に精神障害者施策とのつながりが深いと思います。東京都でいうと同じ組織でやっているとか、各区でも障害者の部で精神障害者施策まで取り扱っている区もあって、その辺の切り分けというのでしょうか、その基準をどのように考えていこうとされているのでしょうか。まったく分かれてしまうのも、ちょっと違うような部分もあると思います。私は、やはり医療と生活支援サービスとはかなり質が違うとは思っているのですが、対象者が同じ人だけにどういうふうに切り分けるかをお教えてください。

○新倉保健医療計画担当課長 一つは、今回精神疾患が新たな疾病として位置付けられたということで、国からも精神の部分についての医療体制構築の指針が出ております。基本的には、まず国の指針を踏まえて中身をつくっていく形で検討をしていくことになろうかと思えます。

また、いわゆる障害の部分につきまして、現在の中でも障害者施策の実施という項もございませぬ。もちろん関連する内容につきましては、例えば両方に記載する必要がある場合もあるかと思えます。1か所に出て、再掲という形で関連する障害のところでも施策を書き込んでいくことも出てくるかなと今のところ考えております。

○河原部会長 精神疾患が5番目の疾病に入れられたわけですが、それは法改正が単に嫌だったから国は疾病に入れたと思うのです。要はすべてのというか、精神疾患はここに出ている大半の分野が絡んできます。ですから、そういう位置付けで考えて、いろいろな子供の精神も、妊婦の精神も、いろいろ絡みますから、広く議論して記述を充実していく必要はあるかなと思えます。

ほかはないですか。

あと、さっきのリハですが、いかがでしょう。確かに広くとらえていく必要はもちろんあると思うのですけれど、その位置付けはここでも構いませんか。先生の趣旨というのは、その中にも含まれてくると思うのですけれど。

○細川委員 そんなにこだわっているわけではないですが、大きさのレベルとして、やはりリハビリテーション医療の分野なので、もう一つ下のランクでもいいのかなと思えました。

○河原部会長 わかりました。一応、事務局案みたいにさせていただきまして、リハビリテーション、リハビリというのは文字どおり人間性の復権ですから、いろいろなところが絡んでくると思いますので、精神と同じように議論していく必要があるかなと思えます。

ほかはいかがですか。全体的に構成とか、いかがですか。よろしいですか。一応こういう形で対比表、現行医療計画と次期医療計画の対比表を考えていきたいと思っております。審議事項としては、本日は以上となります。厚労省のいろいろな資料の説明

とかがあると思うので、それを踏まえて、またご意見があれば、この話題に返っていただくということで、よろしいですか。

では、次の説明事項に移っていただければと思います。

○新倉保健医療計画担当課長 それでは、資料4をご覧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。3月終わりに開催いたしました前回の部会におきましても、こちらの表の前段、会議とございます医療審議会、保健医療計画推進協議会、改定部会。こちらの日程については、ご報告させていただいたところでございます。

今回の保健医療計画の改定は、改定部会だけで検討を進めるということではなく、各疾病、各事業それぞれ協議会が設置されております。こちらとの関係性も含めまして、表にさせていただきました。表側の改定部会のところを右にご覧ください。

第4回を黒丸で示しておりますが、こちらが本日でございます。この後第5回、第6回、こちらは5疾病5事業・在宅、こちらの11項目につきまして、2回ないしは3回に分けて、個々の事業、疾病の検討をさせていただきたいと思います。

そして、こちらの個別検討の後、矢印が下に下りていると思います。矢印の先でございますが、こちらが各疾病事業のそれぞれの協議会でございます。例えば救急であれば救急医療対策協議会というように、それぞれに協議会が設定されておりますので、改定部会でいただいたさまざまな意見を、協議会におろしていくというような形を考えております。

各事業、疾病の協議会においては、改定部会が出た意見を踏まえまして、具体的な課題、また計画の骨子、数値目標の検討を具体的に進めていきたいと思っております。

そして、またその協議会等から右上に矢印が上がっていると思いますが、その検討結果を改定部会の、現在では第7回を予定しておりますが、7回目の改定部会で骨子として案を提示させていただきたいと思っております。以降、保健医療計画推進協議会に骨子の報告、また医療審議会に対しても中間報告ということで骨子を提示する予定となっております。

その後は、骨子案について、医療審議会も含めて意見をいただきまして、その後計画の全文の作成作業、修正作業等に入っていきたいと思っております。ですので、改定部会としては、9月、10月あたりを計画素案の議論の場といたしまして、その右上に保健医療計画推進協議会、三角で第3回とありますが、こちらで計画素案の最終報告をしたいと考えております。

以降、第3回親会の後は、右下に矢印が下におりておりますが、区市町村を始め関係機関への意見照会、そしてパブリックコメントの実施を経まして、表の一番上ですが、医療審議会において計画案の諮問をして、年度内に答申をいただく予定となっております。

資料4の説明は以上でございます。

○河原部会長 このスケジュールに関して、何かご質問ございますか。

一つ問題というか、その他のところ、一番下のところが、パブリックコメントについては仕上げの段階の原案ができてから、ご意見を伺うという形になると思うのです。例えば事務局もご承知だと思うのですが、医師会で地域医療の体制の検討会が始まっていて、今まとめの段階に来ていると思うのです。例えばそのあたりとのすり合わせを考えれば、時期がちょっとどうかと思うんですが。林先生、いかがでしょうか。

○林委員 河原先生も委員として入っていただいております、私どもは、東京都保健医療計画の最初のスケジュールどおり、一応9月頃を目途に、答申とかを今考えておりますが、かなり時間的にきついなというのが少しあります。これは動かせるのかどうか、ちょっと私はわかりませんが、もし、ずらしてもいいのだったら、その方が我々としてはより緊密にはできますが、いかがでしょうか。

○河原部会長 いかがでしょうか。少なくとも、今回の医療計画というのは、いろいろな関係の方からご意見を伺って、それができる、できない、それは議論しないといけないと思うのです。どうしても法律にひっかかるとか、今の財政規模ではできないとかということは、お互いに主張し合う必要はあると思います。いろんな方のご意見を伺うことを考えれば、都の医師会にも急いでいただいて、例えば8月、9月ぐらいの段階で意見のすり合わせができればよりいい医療計画ができるような気がします。医師会に限らず、いろいろな団体の方がもし検討しているとしたら、もう少し早い段階で伺っていただいた方がいいものになると思うのですが。これはちょっと、私の個人的な意見として言わせていただきましたが、もし、この点につきまして、何かご意見がございましたら、どんどん発言をお願いしたいのですが、いかがですか。

○稲波委員 東京都病院協会といたしましては大賛成で、ぜひ進めていっていただきたいと思っております。

○河原部会長 行政の方は心配されているかも知れませんが、要は無理なものは無理で、可能性があるものはやっぱり取り上げていく必要があると思うのです。その見きわめは重要だと思いますが、もし可能だったら、そういう形で9月か10月ぐらいに、遅くても、意見のすり合わせをすればいいのかなとは思っています。スケジュール的な問題もあると思うのですが、いかがでしょうか、お考えを教えてください。

○新倉保健医療計画担当課長 関係機関それぞれの意見のすり合わせにつきましては、一番下の11月に行います。これは公式にといいますか、区市町村だとかも含めて意見照会させていただきます。そこに至るまでの間、もちろんこの改定部会の議論でもそうですし、保健医療計画推進協議会、こちらにも関係機関の方に委員に入っております。またそれぞれ会議体、あとは5疾病5事業・在宅であれば、それぞれの協議会の中にも委員として参画いただいております。そうしたところの議論と合わせまして、8月に骨子案という形、ちょっとそのレベル感が今後の検討の課題でございますが、その段階でも、関係団体とは意見のすり合わせはさせていただきたいと思

います。

○河原部会長 わかりました。今のご説明を伺いまして私も納得しましたけど、ぜひそういう形で有意義なものにしていただければと思います。よろしいですか、そういうふうな形ですが。一応11月、12月にパブコメとか関係機関への意見照会がございしますが、実質的にはいろいろな小委員会等の中で関係団体とも、いろいろ出された意見をすり合わせするというこのようです。もちろん、何回も断って申し訳ないですが、無理なものは無理でいいと思うのです。少しでも可能性があるものは、みんなで考えていったらいいのではないかなと、私自身は思っています。

それでは、このスケジュールに関してご質問とかご意見はございますか。

では、スケジュールはこれで確定したものととして、以降進めさせていただきます。

それでは、次に資料5-1です。平成23年度東京都医療機能実態調査の結果、これは概要ですが、事務局からお願いします。

○新倉保健医療計画担当課長 それでは、資料5-1、平成23年度東京都医療機能実態調査の結果（概要）について、簡単に説明させていただきます。

お手元に資料5-2といたしまして、前回改定の際に実施しました、同じく医療機能実態調査の結果の概要を参考資料としてつけさせていただきます。

では、結果の概要の1ページ目でございますが、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ことになっております。

調査の期日ですが、回答基準を平成23年11月1日といたしまして、調査を実施しております。

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す。それぞれの回収率としましては、病院では68.1%、一般診療所で66.8%、歯科診療所で77.1%、合わせますと71.4%の回収率となっております。資料5-2に前回の調査がございますが、前回に比べまして回収率がちょっと落ちているという状況でございます。

本日欠席の連絡をいただいている山元委員からも、事前に会議資料を送らせていただいた関係で、1件ご質問というかご指摘をいただいているところがございます。回収率が低いというところにつきまして、例えば医療圏別に見た回収率であるとか、病院の、例えば病床の規模別に見た時にどこかに偏っていないかとか、有意な差があるかどうかというところについてご指摘がございました。今回の資料5-1の、概要の資料には付いておりませんが、今言った医療圏別の回収率、調査で取っている基礎データを事務局で当たらせていただきました。

まず、医療圏別に見た状況ですけれども、これは軒並み、各医療圏とも回収率が落ちております。どこかが特別に落ちているとか、そういう状況ではございませんでした。ただ若干、区部と多摩を比べますと、区部の落ち率というか、減少率が若干高かったという状況でございます。

また、一般診療所につきましては、こちらも前回の回収率から若干落ちておりますが、これはちょっと特徴がありまして、前回の調査では、75.3%という一般診療所の回収率でございました。また、医療圏別に見た時には、回収率が一番高いところと一番低いところの差がかなりありました。前回は、例えば最高が74.7%、一番低いところで57%というような開きがあったわけですがけれども、今回の診療所の調査で見ますと、一番回収率が高いところで69%程度、低いところで65%程度ということで、どの医療圏も平均的に60数パーセントの回収率があったことになっております。

そして、もう一つ山元委員からご指摘のあった、病床規模別に見た時の回収の状況がどうかというところでございますが、基礎データを当たったところ、今回、平成23年度の調査では、この表の真ん中に回収施設数が439でした。この439回答があった施設の病床規模別の構成比を前回の調査と比較してみたところ、それぞれ回答がある割合に大きな変化はございませんでした。若干、傾向として、100床未満のところの回答が少し悪かったかと思えます。100床以上のところがその分、構成比でいえば、少し増加したというような状況がございました。

いずれも、山元委員がご心配されていたような、特に有意な何か変化があったのかというところにつきましては、全体の状況だけを見たところではございますが、大きな意味での変化はなかったかなとは思っております。

それと、この後2ページ以降が、各調査項目の結果の概要でございますが、前回調査と比較いたしまして、横ばいもしくは実施割合が少し減少しているといったような調査結果となっております。このあたりは、回収率が下がったことによる影響であるのか、そのあたりはまた掘り下げて見ていかないといけない部分かもしれません。

各疾病事業ごとに調査はございますが、前回調査をしないで、今回初めて調査を行った項目について、簡単に紹介させていただきます。23年度の資料5-1の11ページをご覧くださいと思います。

こちらが精神の部分でございます。今回新たに調査を実施いたしました。

まず11ページ、マルの一つ目といたしまして、精神科標榜医療機関。こちらは病院で33.9%、一般診療所で7.7%となっております。

そして二つ目のマルでございますが、精神身体合併症患者への医療機関の対応状況でございますが、まず病院につきましては、12ページの図表5-2のとおりでございます。また、その右側13ページには同様の設問で、一般診療所の回答状況がございます。

次に、1枚おめくりいただいて、14ページをご覧くださいと思います。

(6)といたしまして、こちらも認知症の関係の調査でございます。マルの一つ目でございますが、都内の医療機関における認知症治療の実施割合でございます。こちらについて、例えば上から2段目、認知症の中核症状の治療ということで見れば、病院

では29.6%、一般診療所では14.9%となっております。

また、マルの二つ目、認知症専門外来の設置状況につきましては、東京都全体では病院で10.9%、右側グラフの一般診療所では0.8%となっております。

次に、資料の18ページ、最後のページになります。

(8)といたしまして、災害医療の項目です。こちらでも新規に調査をした項目でございます。マルの一つ目ですが、災害対策マニュアルの策定状況。こちらにつきましては、その下の図表8-1、マニュアルの策定についての表のとおりでございます。病院であれば策定済みが57.2%、一般診療所策定済みが14.6%となっております。

上のマルの二つ目でございますが、病院における震災時を想定した事業継続計画の策定状況についてでございます。こちらでも図表8-2、真ん中の棒グラフでございますが、策定済みが8.0%、策定準備中が63.3%という回答状況になっております。

また、上のマルの三つ目でございますが、医療機関が夜間震災の際の診療体制を組めるまでに要する時間ということで聞いております。こちらの結果が図表8-3のとおりとなっております。病院と診療所、それぞれの回答状況が表のとおりとなっております。

あと、ほかの調査項目につきましては、前回の調査とも見比べていただければと思います。今後、今回の調査結果であるとか、もしくは国が指針の中で示しました各疾病事業ごとの指標例のデータ、また各事業所管が把握しているデータ、これらを基礎資料といたしまして、今後の改定作業に入っていきたいと思っております。

また国の指針でございますが分厚くて恐縮ですが、参考資料1及び参考資料2として、24年3月30日付で発出されました国の指針を配付させていただいております。こちらについても、後ほどまたご覧いただければと思います。

説明は以上です。

○河原部会長 ありがとうございます。ただいまの実態調査の概要版や、あるいは国の指針について何かご質問等ございますか。

○林委員 がん登録について、直接内容じゃないんですけども少し調べてみたら、東京都がもう最後の方だって知ったんですけども。千葉なんかはもう40年前ぐらいからやっていますよと聞いて、私は驚いたんです。こういうような保健医療計画がずっとあるにもかかわらず、がん登録は東京都の場合に何でこんなに遅くなったのかなと、その辺のちょっと理由が知りたいと思います。もしどなたかわかる方があったら教えていただきたいと思います。

○山岸医療政策担当部長 まず一つには、人口と、それから非常に医療機関が多いこと。それから患者さんの受療コードが、他県のように大学病院を頂点にして、きちんとでき上がっているような体制にないということがありまして、東京都でももう20年台

前から課題に上がっていましたが、なかなか実施に結びついてこなかった経過がございます。大変遅まきながらではございますが、東京都では無理だろうと言われていたこともありますので、何とかここまで来たのは、非常に進歩ではないかと考えております。

○河原部会長 ほかに何かございますか。

○稲波委員 18ページの災害対策のマニュアルの策定をする予定がない病院が、5.7%であると書いてあります。これは20病院ぐらいですよ。この病院というのは、何か特徴とかそういうのはありますか。

○新倉保健医療計画担当課長 今の委員のご質問は、この5.7%の、病院がどういうところかということですか。この数の集計が終わった段階で、どの病院がどのように回答をしたか、当たり切れておりません。どういったところが策定予定なしと回答してきたかというのが今、現在ではちょっとわかりません。すみません。

○稲波委員 これらの病院に対しては、ひな形みたいなものを渡すだけで有効だとは思いますが。対策のことを言うのは本日の場ではないのかもしれませんが、そういうものがあれば、提供して差し上げればいいかなと思います。

○竹内災害医療担当課長 すみません、私、災害医療担当課長の竹内と申します。

今、災害拠点病院に対してBCPを作成できるように、ガイドラインを作成中でございます。この間被害想定が出ましたので、そういった被害想定も盛り込みながら病院がBCPを作れるよう、作成ガイドを作成しております。今後、災害拠点病院を初め、一般病院もBCPを作れるよう、作っていただくよう促していくことについて計画を進めております。

○稲波委員 災害対策マニュアルBCPは、その下流に当たるものですよね。

○竹内委員 災害対策マニュアルもBCPを含め、包含していると。

○稲波委員 わかりました。

○河原部会長 ほかに何かございますか。よろしいですね。

では、これは概要版ですので、今後詳しいのが出るということでよろしいですね。また、それを利用しながら、疾患ごとや各課題ごとに議論を進めることにもなると思っています。それでは、事務局よろしく申し上げます。

あと、本日2名の委員、河口委員と桑名参考人から資料の提出がございましたので、ご説明いただきたいと思いますが、まず参考資料3につきまして、河口委員からご説明をお願いします。

○河口委員 ご紹介ありがとうございます。本日は10分ほどお時間をいただきまして、資料3についてご説明を申し上げます。

この資料を提出しました意図は、前回私は救急医療の問題点についてお話をさせていただいたのですが、あくまで医療計画における救急医療部分に改善の余地があると申し上げたのであって、東京都の救急医療が問題であると申し上げたことではありま

せんので、ご理解ください。

それでは医療計画を策定する上で、医療計画の評価をもし研究として行うとしたらどういう形になるのかをご紹介したいということでございます。

ちなみに本日お話しさせていただく内容は、厚生労働省の補助金事業で、内容も全て公表されており、厚生労働省の図書館に収蔵されております。

それでは、簡単にご説明いたします。本日はご紹介するのは4点です。まず、医療計画に関する考え方ですけれども、2ページの図表1を見ていただきますと、医療計画というのは、研究者から見ますと、PDCAを回しているかどうかが一番重要です。例えば、東京都の疾病構造や地域特性があって、そこから、救急医療に関するニーズがどうなっているのか。そのニーズを把握した上で、実際に対応した体制になっているのか、これがAです。

このAを私は評価しているわけではなくて、逆にこの問題点はどこにもあるはずなのです。東京都でも大阪府でも、それぞれ独特な問題点があるはずなので、そこを反映した計画になっているかどうかということがBです。Aの問題点を反映した、今度は数値目標をきちんと設定しているかどうかBです。これは別に数値でなければならぬことではないのですが、できれば数値が望ましいと。なぜ数値が望ましいかと言いますと、それによって改善されたかどうか、客観的に検証できるということです。東京都だけではなくて、多くの医療計画は、自治体の意向、あるいはやる気を反映しているだけであって、客観的な検証ができない形になっています。

それを文章にしましたのが、3ページの図表2です。

Cの部分は、医療計画でどういう目標を設定しているのかです。ここが東京都の場合は、残念ではないかということです。予定どおり達成されているかは、数値目標を設定していないので、今はほとんど検証できないという状況になっています。

それでは、次にA、B、CのA現状です。東京都のアクセス時間についてのデータは出ておまして、4ページの図表3でございます。救急車による救急医療機関までの平均搬送時間は、東京都は2006年度で45.2分です。平均値が50、一標準偏差が10という、いわゆる偏差値で見ますと、非常に残念なことに9.8です。もう一度申し上げますと、この状態が悪いと私は申し上げているわけでは、全くございません。

東京都は平均搬送時間が45分と全国平均である32分に対して特に長く、飛びぬけて悪いです。これ自体はしょうがないと思っているのです。また、データにいろいろ問題がありまして、例えば自足率というのですけれども、救急車を利用しないで自家用車で行く方は、このデータに入りません。

それから、独居の高齢者が多い場合は救急車の利用が増えますので、独居率が高い東京都の場合は不利になります。ちなみに2008年で、東京都は2006年に比して平均アクセス時間が9.1分伸びております。同じ領域にある大阪は7.1分伸び

ており、2分近く大阪府と差があります。それで、2006年と2007年で改善されたかという、悪化の度合いは全国1位です。

現状の問題点はCで、ニーズとか、あるいは問題点を反映した計画になっているか。つまり成績が悪い部分をうまくカバーするような目的値になっているかということなのです。

各都道府県の人口1万人当たりの救急搬送件数(図表4)を見ていただきますと、東京都は向かって左側の真ん中辺にありまして、平均値が50、一標準偏差10の偏差値で見ますと、81.2ということで、かなり高い。なぜこんなに高いのかは、先ほどの独居率とか高齢化率とか、あるいは不適切な利用とか、自足率が低い。つまり自分で車を持っている人が少ないので、救急病院へ行く時に全部救急車を使うこと、などが考えられます。少なくともデータの的にはニーズが多いということです。ちなみに大阪は83.4ということで、偏差値で見ると、大阪のほうが高いです。大阪と東京は飛びぬけて、人口1万人当たりの利用が多いです。ここは多分大きな問題点というか、不利な点ですね。

逆に有利な点もございます。7ページを見ていただきますと、図表5は、救命救急センターに30分以内にアクセスできる人口割合です。何かあった時に、30分以内に大学病院の救急部門に入れてくれるかを見ますと、東京都は96.21%と、ほぼすべての都民は30分以内に3次救急に入れるという、非常に恵まれた救急体制の中に生きていることです。ちなみに鹿児島と三重は22%です。2割ぐらいしか30分以内に入れないということです。それから、大阪が88%。それぞれ偏差値でいうと、東京が73、それから大阪が69ということで、大都市の3次救急は良好ということになります。

では、P4の図表3で見た2006年の平均搬送時間が2年後に医療計画などによって改善されているかどうかは、図表6を見ていただきますと、東京都は短縮時間がマイナス9.1ですから、9.1分増加しております。ちなみに大阪はマイナス7.3ですから、7.3分増加しております。ということで、やや大阪よりも短縮率が短いです。

では、この現状に対応した医療計画になっているかどうかポイントです。これは10ページの図表7ですけれども、どのような数値目標を設定しているかです。

例えば、医療ニーズに対応しているかどうか、アクセス時間に対応しているかについて。きちんと対応した目標が設定されている場合には10点、策定していない場合には0点、そもそも医療ニーズの問題がない場合には5点、あるいは策定しているのですが、不十分である場合には5点とします。それから、いわゆるストラクチャー、プロセス、アウトカムなどの数値目標をきちんと入れているかなどによって、点数化してみました。

このような形で、それぞれの各県の医療計画を対応しています。今の体制がいいか

どうかではなくて、問題点を把握して、きちんと対応しているかという点でいうと、東京都は残念ながら偏差値でいうと31.3ということです。一応二つの指標を設定しているのですが、それぞれ数値目標ではありませんし、検証不可能であるということです。ニーズは非常に多くて対応が必要。あるいは時間も長くて対応が必要なのですが、指標は他の都道府県と比較した場合に不十分であると判断しまして、それぞれ低い点数になっています。点数が高いのは、例えば青森県。それから沖縄や千葉なども基本的には、現状に即した指標を設定していると考えられます。

それで、私がここで申し上げたいことは、東京都が素晴らしい救急の対策をいろんな部署でやられていることは、全国的にわかっているわけです。ただ、医療計画に目標値を設定しないと住民もわかりませんし、あるいはそれがどういうふうによくしているかが、第三者にわからないわけです。指標に組み入れることによって、都民にも説明義務を果たせることができます。東京都として、どういう状況をどこまで改善したいと考えているのかを、ぜひ示していただきたいです。

現状を余り知らないままに、やや紋切り型の口調で説明させていただいて、大変申し訳ないんですけども。私どもがやっている研究としては、計画自体はもう少し改善の余地があるのではないかとということでございます。

以上、ご報告させていただきました。

○河原部会長 ありがとうございます。何か、ただいまの説明に関しまして、質問とかございますか。

○桑名参考人 高齢者の救急搬送という非常に大きな問題ですので、私達も別の団体で急性期・慢性期連携を東京と大阪でモデル事業をやったんです。その時に、大阪は非常にうまくいったんですが、東京都は月に数件しかうまくいかない。これは多摩地区でやったのですが、大学病院から慢性期もやっているような病院にどのぐらいの紹介、アクセスがあるかといったら、数件しかないんですね。その原因は何かといったら、東京都の病院のベッドは空かない、大阪は空いているということがあったので、先生の今回のご指摘で、救急搬送された場合の入院の率とか、その辺がある意味では関連しているのではないかと。東京都の計画を立てる場合に、後方ベッドの確保とか、そういうところにも影響してくるのではないかと感じましたので、その辺を教えていただければと思います。

○河口委員 ご指摘ありがとうございます。この辺、おっしゃるとおりだと思うのです。後方ベッドがなければ基本的にはうまく連携もいきませんし、あるいはその受け入れもうまくいかないということです。大阪はかなり病床過剰地域でございますので、その辺の条件は違うと思います。

例えば広島県でデータを見せていただいた先生に伺うと、広島のアシックスは、都市部はすごく受け入れが早いんですけども、死亡率が高い病院が幾つかわかっていて、そこを外すとアクセス時間が長くなるのだけれども、逆に救命率は上がるということ

です。つまり、こういう評価とか実際に、じゃあどう改善するのかというのは、先生ご指摘のとおり、入院率ですとか死亡率ですとか、プロセスの部分をきちんと見ないと、わからないと思います。ご指摘ありがとうございます。

○河原部会長 ほかに何かご質問等ございますか。

私も、河口先生と一緒に研究していたわけですが、一つは、都道府県の医療計画が、河口先生も述べられたようにどうでもいい数値目標を持ってきているのです。災害医療でトリアージ研修を増やすとか。研修を増やしてもどうしようもない。災害時の死亡率を減らすとか、そういう目標を柱に立てて施策を体系化しないといけないと思います。例えば隣の県なんかはそういうふうなどうでもいい数値目標を持ってきたり、あるいは、救命救急センターの整備が10カ所もあると。その目標は、10カ所維持するとか、もう5年後に達成可能な数値目標で、傍流の数値目標を持ってきているところが、47都道府県でかなりあるわけです。ですから、そのデータに基づいてどれを抑えれば、大方の施策というか対応がいい改善をしていくかということで、数値目標の設定をしていく必要があると思うのです。

そういう意味で、本日はご説明がなかったわけですが、国の膨大な数値目標の作業を見れば、何か焦点がぼけるような感じもします。これからの議論の進め方としては、そういうことで何でも数値目標を上げればいいのではなくて、これを抑えればという数個の数値目標ぐらいでいいと思うのですけれども。そういうのを柱にして、政策の体系を肉づけしていくと、いい医療計画を立てることができるのではないかなということで、本日は救急の資料提出を河口先生にお願いいたしました。これにつきましては、引き続き救急の部会がありますので、その中でもぜひ揉んでいただきたいと思います。

それでは次に、もう一つ資料が、桑名参考人からいただいておりますので、そちらのご説明をお願いいたします。

○桑名委員 取り上げていただきまして、ありがとうございます。

前回、死亡推計からの必要病床数という考え方はどうだろうかと言言しましたので、発言した責任上、予測されることで雑駁な資料を作ってみました。

まず、死亡推計で、これは東京都のデータで出ているものです。2009年の死亡者数ですから少し古いのですけれども、9万8,000という死亡者数のうち死亡場所で分けると医療機関で7万6,500です。介護施設では非常に少なく3,600、自宅が1万5,000、その他1,800という数字になっております。医療機関の計7万7,800の中には、介護療養型医療施設も含まれております。

それで、2030年の死亡者推計数、これは国から出ているものですが、全国で165万人までいかないかもしれませんが、一応165万人ということで計算してみました。国は死亡場所を、病院の現状80%から53.94%まで減らしたいという意図がありまして、計算した結果医療機関での死亡が、165万人のうちの89

万人、介護施設9万人で5.45%、自宅が12.12%の20万人、その他が47万人で28.48%というデータを出しております。東京都に当てはめてみますと、13万人の死亡者に対して医療機関で7万、介護施設で7,000、自宅が1万5,000、その他が3万7,000ということになります。

2009年とパーセンテージを当てはめると、東京都では、病院死が10万です。介護施設では4,800、自宅では2万、その他が2,400となるわけです。

次に、死亡場所の必要数の推計ということで出してみました。1番の死亡場所としての医療機関の必要数ですが、2009年の医療機関内死亡数が7万7,000で、約80%ですね。この率を2030年に当てはめると10万少しになります。病床数に置きかえてもいいということであれば、単純計算で2万5,149床が不足することになります。

ただ、国の推計値から計算すると、7万床でいいということであれば、差し引き7,689病床は今よりも少なく済むことになるわけです。

2番目に、介護施設で同じような推計をすると3,460人分不足することになります。

3番目の自宅死亡の予測では、全国と比べますと自宅死亡者数の平均値が高かったんです。ベッド数が少ないとか施設の数が少ないことも原因となっているんでしょうけれども、在宅診療の充実も考えられるという、ファクターが三つほど考えられます。そうしますと、推計値からは、もう十分役割を果たしているとも言えるわけです。

問題は、その他です。全国で47万、東京都では3万7,000ですが、どこで死ぬことができるのかということでもあります。先ほどの1、2で挙げました医療機関の死亡数から介護施設での数を差し引いた4,200分は、賄えることになるんですけども、国の推計からの3万7,000の人達がその場で亡くなるとして、残りの3万2,795人の死に場所は、一体どこで確保していくかということになります。必ずしも、これが病院病床の必要数とは直接イコールではありませんが、どこかでリンクする可能性があります。問題点としては、ベッド数を減らす国の施策がありますから、病院病床を減らせば病院死が減る、当たり前のことですが、高齢者世帯や独居高齢者が増えている中で、果たして在宅死をこれ以上増やしていけるのかどうか。

それから、介護療養型医療施設を除いた介護施設で看取っていけるのか。

それと、今トレンドになっているサービスつき高齢者住宅、あるいは他の高齢者施設で看取りまで十分できていくのか。3万2,000の方をどこでどうやって看取っていけるのか。

こういうことをやった背景には、我々の慢性期医療の団体で、がんになった方のターミナルケアはいいケアができていますけれども、非がん高齢者の方、認知症も含むターミナルケアが、がんの緩和ケアほどは充実していないということに思いが至りました。高齢者の緩和ケア病棟なり、高齢者のターミナルケア病棟というのを、や

はりこれだけ死亡数が増えるのですから、考えていくべきではないか。東京都モデルとして、発信したらいかがでしょうかという提案をしたいがために、こういうデータをつくってみました。

以上でございます。

○河原部会長 ありがとうございます。死亡から医療の需要を推しはかった資料だと思いますが、いかがでしょう。

2030年時点というのは、日本の高齢化が止まる時ですよ。今、高齢者が3,000万人いますけれども、大体3,650万人ぐらい。後は3,600万人台で推移していくわけですが、中身が変わってきますよね。前期高齢者がここ数年は増えるけれども、プラトーになって減ってきて、かわりに後期高齢者が増えてくるわけで、そうすれば医療需要とか介護需要はもっと多いかもわかりません。ですから、人口動態を考えながら、将来の医療需給体制を考えていくことも、この資料が示すように、非常に重要かもわかりませんね。

何かご意見とかございますか。

○河口委員 大変、試算に富む試算をしていただきまして、ありがとうございます。

私も、基本的に危機意識といいますか、これどうするんだろうという、特に医療計画でこういうことを考えなくていいのかは、ずっと疑問に思っておりました。

それで、先生にお伺いしたいのは2点でして、1点は、このままいくと都市部はサービス付き高齢者住宅がかなり増えると予想しております。特に非常に潤沢な補助金がありますので、ここ数年で多分いろんな方が、市場に参入して増えると思います。そうすると、サービス付き高齢者住宅で看取り、特に先生が今ご指摘された狭間の緩和ケアをやるのが、実情的にできるのかということです。

2点目は、1点目でサービス付き高齢者住宅や、いわゆる住宅に管理人がついたような施設が増えた場合に、看取りができるかという点です。よくデンマークとかスウェーデンではやっているじゃないかと、日本でもやりましょうという意見もあります。

その辺の先生のご意見はいかがでしょう。

○桑名委員 ありがとうございます。大分難しいところに入ってきたなど。どつぼにはまりそうだなと思いながらお答えしたいと思います。

まず一つ目の、いわゆる在宅系の看取りに関しては、在宅療養支援診療所が大きな役割を果たすだろう、訪問看護ステーションとタイアップしてやれば、在宅での看取りは十分できるんだということで、在宅療養支援診療所に期待されたんです。しかし、半年の間に2、3人しか在宅療養支援診療所で看取った方がいなかったというのが、去年でしたかオープンにされました。この機能では在宅で看取りはできないということになったので、もっと在宅の看取りをやらなければいけないという、その点、医師会にも投げかけられていると思いますので、今後の問題だと思います。

その辺にどう資源を投入していくか、訪問看護ステーションを中心に動くのが一番や

りやすいとは思っているのですけれども、当然ドクターの関与も必要なので、病院と診療所がかなり力を入れていかないといけないのではないかというデータが出ておりました。

もう一つは、これも最近日本老年医学会で、高齢者の医療の中断あるいは差し止めのガイドラインをどうするかということで、もう既にアウトカムが出ております。ただ、これは法的なバックアップがないということなので、議連でも医療の中止・差し止めをした場合の法的なバックアップをしようという、そういう議連が立ち上がりましたが、いろいろ意見がありまして、これも中途半端な状態となり、フランスのレオネット法みたいな法律ができるのは、先ではないかと思えます。

ただ、考え方としましては、団塊の世代がやがて多死の時期を迎えますが、はっきり言ってしまうと非常に要求が多くてわがままな世代で、多分、終末期ケアにおいて多くの要求が出てくるんじゃないかと思えます。日本の国民性が今後どう変わっていくのか、ヨーロッパとは大分宗教的な背景も違いますので。何とも言えませんが、ある一定のベースラインはつくられなければ、立ち行かなくなるのではないかと。それは、経済的にももちろんですけども、やはり国民性という非常に大きな問題になりますので、この辺で終わらせていただきたいと思えます。

○河原部会長 今でこそ子供はまだ106万人いますが、2030年時点だったら70万人か60万人ぐらいになっていると思えます。それで施設も足りない。施設を作ったとしても、そこに配置する人材を確保しようとすれば、生まれてくる子供の2、3人に1人ぐらいは、医療・介護系に行かないといけない。国家自体がもう成り立たなくなっている。そういう事態も考えられるわけで、これこそここでやる議論ではないですが、本当にこれからの社会保障とか医療のあり方というのは、国レベルで真剣に考えていただきたいと思えます。

本日は貴重なご意見を伺いましたけれども、最初の審議事項に戻っていただいても結構ですが、何かございますか。お二人の参考意見は、今後それぞれの部会でまたご披露していただいて、検討していただければと思っております。

○林委員 先ほどの河口先生の救急の搬送のことですけども、要するにアウトカムをきちんと評価するとか、私もそのとおりでと思うのですけれども。今まで糖尿病だとか脳卒中、がんとかのパスだとか言われて、その方向で努力していますが、その究極の目標とパスを普及させることは、どうも連携はあるんだろうけれども、ちょっと断層があるんじゃないかとも思っています。

それからもう一つは、計画を立てて、その評価が何となくやむやになっている気がします。例えば糖尿病では透析を減らすとか、脳卒中でも何分に行って、今度は介護状態を減らすとはっきりもう出ているんですね。

その介護状態を減らすことがパスの普及になるんだと。じゃあパスのことで細かく1年か2年かけて、一生懸命やったんです。今度はそれを、パスをつくろう、東京都版

をつくろうと、それはもちろんいいんですよね。私もそれは大事だと思うんですけども、どうも向かっている方向がちょっと違うんじゃないかといつも、参加しながらいつも思っているんです。

そこを少し変えてもらって、ある程度達成できそうな目標をきちんと設定して、それに対する、達成できるようなプロセスをもうちょっと具体的に練ったほうがいいんじゃないかと思います。そして、何年かたったら、本当にうまくいったのかという評価を、専門家の先生の意見を入れてやらないといけないと思います。

色々な委員会、協議会で出ているんですけども、協議会は疾患別の専門家の先生が、その病気にかんでいるんです。

ところが、皆さん余りはっきりと方向を変える、という意見は出てこないんです。仕方がないから、私が言ったりなんかするんですけども。できれば、そうじゃなくてきちんと本当に役に立つような計画にさせていただきたいなという気持ちを持っているので、いかがでしょうか。

○河口委員 先生、ありがとうございます。まさにおっしゃるとおりだと思うんです。それぞれの現場でそれぞれの方がすごい努力をされているんですけども、ベクトルが違うと一緒にならないわけです。そうすると、労力をかけた分がうまく全体を動かさないわけです。おっしゃるとおりだと思います。

私も前の大学では、パスをつくるのがいかに大変かとか、実際に経済学者が言っていることをやろうとしたら、患者さんがいかに医学知識をきちんと勉強しないかとか、大変なというのは何となく理解したんですけども。先生おっしゃるとおりでして、やはりこの改定部会というのはマクロでこっちに来ましょうというのを何らかの指標で示して、その指標について各部会で整合性をとっていただく、先生がおっしゃったように、糖尿病はこういうことをやろうという。じゃあその糖尿病でうまくいったことがどう反映される、フィードバックされているのかをまた統計的に見ると、というのができれば非常に素晴らしいと思います。

私のような統計とかをやっている人間から見ると、要はそういうのを客観的なデータで、ここはうまくいっていますが、ここはうまくいっていませんというのを各都道府県で、何というか羅列して、比較してみると。そうすると、どうやら東京都の糖尿病の取り組みというのが結果的にはすごくいいことになっているらしいというのが、長野県とか青森県に知れ渡ると、じゃあそこをやりましょうということになるのいいと思っています。

今は力不足でなかなかできないんですけども。そういう客観的な評価を行ってフィードバックをすれば、よりいいところに収束していくというのが、実際にはなかなか難しいのは理解していますが、できればこの改定部会に参加させていただいたので、ぜひそちらのほうに微力ながら、私もお協力させていただきたいと思います。

○河原部会長 いろいろ検討するために仕事がふえているような感じがするんですね。パ

スをつくれれば、パスにがんじがらめになっているし、役所も人は減らされているのに仕事ばかり増えていると。ですから、本当に効率的で、人に負担がかからない計画で非常に効率的なのを考え出すのも、やっぱりこの委員会とかの役割ではないかなと。すべての人に負担がかからなくて、しかも効果がある。そういう政策を探し出すのがこれからの使命かなと、私も思います。

○林委員 例えばがんのパスですけれども、やっているんだけれども、関東厚生局が絡んでくると、そこに届け出なければいけないとか、そういう事務的なことが非常に多い。パスを出すのはどこかという、拠点病院の一部の病院しか出せないということではほとんど普及しないですね。そういうがんの連携の点数がついて、それだったら診療所の適応300点と250点の差で、それでやっていけば結局いいんじゃないか。

最後は、その患者さんが、診断されて、退院し、必要があれば緩和ケアもきちんと受けられるとか。方向性はいいんだけれども、どうも変な方向に行っているんで、その辺を今回はきちんと検討してもらいたいなと、私は思いますね。

○河原部会長 施策の優先順位をつけて、これは集中的にこの年にやるとか、次の年はこれをやるとかという形で経営者配分してもいいと思うんです。総花的な医療計画が、今までの20年余り続いてきた医療計画ですが、一つ、国の何か書かないといけない必要な記載事項はありますけれども、それは置いておいて。政策の優先事項を決めてやるのが、皆さんに一番負担がかからずに、一番効果がある計画かなと私も思います。そのあたりも含めて、今後検討していきたいと思います。

そろそろ会議を終了したいと思いますが、全体を通じて、いかがですか。何かご意見とかございますか。

○高野委員 従来の保健医療計画では、医療の分については十分書き込めるようになっていっていると思うんですが、精神保健の中で、発達障害がかなり多く増えてきている中で、これはどこで書き込むのかなと思ったのですが。

○河原部会長 障害者施策とか、ほかの項目とも絡んでくると思いますが。

○新倉保健医療計画担当課長 恐らく現行でもありますが、障害者施策の実施というところに書き込むような形にはなるかと思います。詳細には、また事業所管と確認いたします。

○河原部会長 ほかに何かございますか。

○細川委員 先ほどの桑名先生の死亡推計の関連なのですが、私は今、練馬区ですけれども、3月まで葛飾区におりまして、葛飾区の人口動態統計では18%が自宅死でした。もちろん18%の中には、いわゆる孤独死もあると思いますが、葛飾の医療状況を見ますと、在宅専門でやっている診療所が結構しっかりした経営をしています。特にがんのターミナルケアは、残り時間が読めるのでやりやすいこともありまして、そちらの先生は2、3日に1例はお看取りをしているということをおっしゃっていました。高齢者についてはその辺は難しいんですけれども、訪問看護ステーションなどとの連

動の中で、大分うまく回していたなというふうに感じました。

死に場所という意味では、日本人の死生観の問題は抜きには語れませんが、そういった在宅専門の診療所が上手に回していくことで、周囲の方にも自宅での最期が見えてくれば、選択肢の一つとして考えられるようになるのかなと思います。そういう意味では、今回の保健医療計画の中でも在宅療養のところをきちんとしておきたいと思っています。介護との連携のことと、それから医療のほうでは訪問看護ステーションの未熟というか未整備というか、そのあたりがネックになっていると思っていますので、その辺についてしっかりしたものが作れば、ありがたいと思っています。

○河原部会長 また、そのあたりも議論をお願いいたします。

ほか、よろしいですか。

それでは、あと事務局から連絡事項等ございますか。

○新倉保健医療計画担当課長 ありがとうございます。事務局より2点ご連絡です。

1点目についてですが、配付させていただきました、保健医療計画の冊子が置かれているかと思うんですが、こちらにつきましては、そのまま残しておいていただければと思います。

もう1点ですが、本日お車でお越しになられた委員の先生がいらっしゃいましたら、帰られる時に事務局までお声かけください。駐車券をお渡ししたいと思います。

事務局から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、本日は貴重なご意見をちょうだいいたしまして、次回以降の検討会で生かしていきたいと、議論していきたいと思っています。

それでは、本日はどうもありがとうございました。これで閉会とさせていただきます。

(午後 7時34分 閉会)