

平成30年度第3回東京都地方独立行政法人評価委員会  
高齢者医療・研究分科会議事録

- 日時 平成31年2月27日（水曜日）午後2時から午後3時30分
- 場所 都庁第一本庁舎 42階 特別会議室C
- 出席者 矢崎分科会長、猪口委員、藍委員、大橋委員、永山委員
- 報告事項
  - (1) 平成30年度上半期地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター業務実績について
  - (2) 平成31年度地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター年度計画（案）について
  - (3) 業務実績評価における評価指標や実績報告のあり方について

○高齢社会対策部施設計画担当課長 これより平成30年度第3回東京都地方独立行政法人評価委員会高齢者医療・研究分科会を開催させていただきます。

本日はお忙しい中、ご出席をいただき、ありがとうございます。事務局を担当しております、施設計画担当課長の植竹と申します。議事に入るまでの間、進行を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いたします。

本日は、全委員にご出席をいただいております。また、この高齢者医療・研究分科会は、東京都地方独立行政法人評価委員会運営要綱第2条に基づきまして、原則公開となっております。

本日は傍聴者の方はお見えになっておりませんが、同運営要綱の第4条に基づきまして、議事録等につきましては、後日、福祉保健局のホームページにて公開をさせていただきます。

続きまして、お手元に配付しております資料の確認をさせていただきます。なお、前回に引き続きまして、会議のペーパーレス化を実施しております。紙での机上配付がない資料をご参照される場合には、タブレット端末上でご確認いただきますようお願いいたします。

それでは、会議次第をご覧ください。まず資料1として、平成31年度地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター年度計画（案）の概要でございます。なお、議題といたしまして、1番で、平成30年度の上半期健康長寿医療センターの業務実績、2番で、平成31年度の健康長寿医療センター年度計画（案）となっておりますが、今回のこの資料1により、平成31年度の年度計画（案）の概要とあわせて、30年度の業務実績等にも触れながらご報告いただく形とさせていただきます。

続きまして資料2として、平成31年度地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター年度計画（案）の全文、資料3として、健康長寿医療センターの業務実績評価における評価指標等の検討について、資料4として、健康長寿医療センターの平成30年度業務実績評価における評価指標等（案）、資料5として、健康長寿医療センターの平成30年度業務実績評価における評価指標等に対する分科会委員意見及び対応（案）、資料6として、平成31年度地方独立行政法人評価委員会高齢者医療・研究分科会スケジュール（予定）となっております。

参考資料が1から4までございますが、こちらは机上配付しておりませんので、ご参照される場合はタブレット端末をご覧くださいと思います。

それでは、ここから、議事進行を矢崎分科会長にお願いいたしたいと思います。

○**矢崎分科会長** はい。本日は大変お忙しい中お集まりいただきまして、ありがとうございました。そして健康長寿医療センター理事長、センター長の先生方、ありがとうございます。

それでは、本日の報告事項は、健康長寿医療センターにおける平成30年度上半期の業務実績及び31年度計画の（案）について、さらには業務実績評価における評価指標や実績報告のあり方についてとなっております。

それでは、法人から、平成30年度の上半期の業務実績並びに平成31年度計画の（案）について、ご説明をよろしくお願いいたします。

○**健康長寿医療センター理事長** 東京都健康長寿医療センターの理事長の井藤でございます。今日は期末のお忙しい中、当センターのご意見をいただくということでお集まりいただきまして、どうもありがとうございます。今日お話しさせていただきますことは、第三期の1年目の実績、それから2年目の計画ということでございます。当センターは独立行政法人化して一期、二期を過ぎまして、第三期はいよいよ、独立行政法人化の意義に沿った活動ができるかということが問われている時期であると思っております。基本的には、高齢者の医療をするというのはどういうことかということも含めまして、できるだけ他の施設が利用できるような高齢者医療のあり方を考える、また研究所におきましては、高齢者の健康増進でありますとか、健康長寿のための方策、こういったものをいろいろ研究していくことに尽きると思います。

第三期全体といたしましては、高齢者専門の医療をする、あるいは研究をする施設として存在意義をお示しできるようないろいろな成果を上げていきたいと思っております。その線に沿っていろいろな組織の手入れを行っているという状況でございます。ご忌憚のないご意見をいただき、我々の施設を改善していければと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○**健康長寿医療センターセンター長** センター長の許でございます。今日は皆さんにお集まりいただきありがとうございます。私から病院の業績と、それから研究所

の業績を報告させていただきたいと思っております。資料1をご覧ください。

まず資料1の1ページ目でございますけれども、31年度の概要をお示ししながら、30年度との比較ということで、少しお話させていただきます。

この事業計画におきましては、都民に対して提供するサービスその他の業務の質の向上に関する目標を達成するためにとるべき措置といたしまして、これまでの重点医療を中心にいろいろ計画を立て、30年度よりもよりよい医療をするように努力していく所存でございます。

1) のアのところでございますけれども、三つの重点医療である血管病医療、高齢者がん医療、認知症医療について説明します。まず(ア)の血管病に関しましては、30年度、それから31年度に特に力を入れたいと思っておりますのが、センター独自の24時間体制の脳卒中のホットラインを活用した急性期脳卒中患者への治療提供でございます。ちょうど2年前からSCU、すなわち脳卒中ケアユニットをつくりまして、脳卒中の患者さんを24時間、365日、どの時間帯でも受け入れるということで、6床が稼働しております。その中で、30年度12月までのSCUの稼働率が81.5%ございました。31年度におきましては、この稼働率を85%まで上げたいと考えておまして、超急性期の3時間以内、あるいは4時間以内のインターベンションということに特に力を入れております。

(イ)の高齢者がん医療に対しましては、2ポツ目の胃がん・大腸がんに対する腹腔鏡下手術や内視鏡手術、肺がん、食道がんに対する胸腔鏡下手術等の低侵襲治療の推進ということで、高齢者のこうしたがん治療におきましては特に低侵襲を目指す、先進医療が必要だと考え、推進しております。

もう一つ、4ポツ目の集学的治療と緩和ケアを含めた質の高いがん診療の提供を通じた地域におけるがん医療の一層の向上について、やはり治療といっても限界がございますので、どこまでが限界で、どこからが緩和かといったことに関して、フレイルや認知症の指標をもとにしながら、ガイドラインを提案していきたいと思っております。

外来化学療法の実施件数の目標は1,000件でございますけれども、これまでの実績は平成29年度1,017件、平成30年度12月までの実績859例、30年度の年間実績の見込みは1,145例ということで、毎年100例程度ずつ増えております。30年度におきましては、外来の化学療法室のベッド数を少し場所を整理して増やすようなこともやっております、外来の化学療法はかなり重要な位置を占めております。

認知症に関しましては、2ポツ目の、入院患者の認知症早期ケアのためのDASC-21に基づく評価の実施ということで、入院患者さんに対しては可能な範囲で全例DASCの評価を実施しております。まだDASCの評価について今年度は実績が出ておりませんが、29年度で95.8%実施しているということで、緊急搬

送され意識がない人以外は、DASCの評価を行っております。

また、東京都の認知症疾患医療センターといたしまして、専門医療の相談件数等も、目標値として1万件を挙げておりますけれども、29年度、30年度と毎年、実績が伸びておりますので、31年度も1万例を上回るのではないかと考えております。

(エ) の生活機能維持・回復のための医療では、4ポツ目の、抗菌薬適正使用支援チーム(AST)を中心とした抗菌薬の適正使用の推進ということで、抗菌薬、特に耐性菌を自らがつくってしまうということに対して、高齢者を中心に抗菌薬を適正に使うということに努力してまいります。

薬剤管理指導業務の算定件数の目標値は1万5,000件を挙げておりますけれども、平成29年度1万4,866件、平成30年度は年間で1万5,400件程度になると思いますので、これも年間500件以上順調に伸びております。

(オ) 医療の質の確保・向上でございますけれども、これに関しましては、多職種が集まって専門能力の向上のための研修や勉強会を、各分野自主的に開催しております。また、研究所の協力も得まして、DPCデータやクリニカルパスなどの分析及び検証を積極的に行い、医療の標準化・効率化を推進しております。

次に、大きなイの項目に移ります。

地域医療の体制の確保、(ア) の救急医療というところでございますけれども、救急医療の東京ルール、急性大動脈スーパーネットワーク及び東京都CCUネットワークを通じた急性期患者の受け入れということで、これも脳卒中ケアユニットと同様に、24時間365日受け入れということに努力しております。私どもの病院は、550床の高齢者施設でございますけれども、平成29年度の救急患者受け入れ数は1万218件、30年12月末までで7,304件で年間では1万件近くになると思います。私どもの病院では、特に冬の時期は救急からの入院患者さんが、全入院患者の40%を占めてしまうということで、看護部門でも努力しているところでございます。

それから、地域連携の推進におきましては、高齢者の退院後の生活を見据えた服薬の自己管理の教育を重視しております。また、ポリファーマシーに関しましては、地域包括ケアチーム、それから総合内科のチームを中心として、地域の医療機関、薬局等と連携して、一生懸命取り組んでおります。

紹介率、逆紹介率も非常に重視しておりますけれども、救急が多いがゆえに30年度の紹介率について、目標を80%としておりますが、30年度は71.6%、逆紹介率は、次年度75%を目標にしておりますが、今年度は現時点で76.7%ということで、逆紹介率は順調に伸びております。また公開CPC等の開催も10件という目標を掲げており、今後、地域の先生方、ご紹介いただいた先生方の患者さんがお亡くなりになった場合は、病理解剖等を含めて、地域の先生方と勉強をし

て、知識を共有していくという所存でございます。

その次のページ、ウの医療安全対策の徹底を御覧ください。医療安全に関しましてはいち早い対応が必要ということで、医療安全管理体制の強化の中で、センター長が委員長を務めて、直ちに対応するというようにしております。私ども高齢者施設では足腰の弱い患者さんが沢山おられまして、転倒・転落事故発生率が、目標値の0.25%以下に対して、残念なことに、平成29年度0.34、平成30年度0.36と、なかなか改善ができておりません。高齢化とともに、また、フレイルの強い患者さんの増加とともに、何とかしなければならないということで、今、様々な工夫を懲らしているところでございます。

またもう一つ、最近私どものところで問題になっておりますのは、針刺し事故でございます。若い医師、若い看護師、特に看護師は若い職員が非常に増えておりまして、医療従事者の針刺し事故件数がなかなか減りません。目標値は30件以下としておりますが、平成29年度26件、31年1月までで19件というところで、これを何とか減らしたいというのが我々の一つの大きな目標でございます。

次に、患者中心の医療の実践、患者サービスの向上でございますけれども、入院患者さんの満足度は、次年度も91%の満足度獲得を目指しております。また、外来の患者さんに関しましては、待ち時間が長いということでいろいろご意見をいただいております。現在のところ80%程度の満足度を、次年度は何とか84%、85%に、近づけたいと考えております。

研究所に関しましては、2)でございますけれども、高齢者の健康長寿と生活の質の向上を目指す研究を中心にやっております。特に高齢者に特有な疾患と老年症候群を克服するための研究ということで、センターが掲げる重点医療の中で、認知症、それからフレイルの評価を原則入院患者全員に対して行いながら、重点医療をいかに効率よく、よい成績でやれるかということの研究していきたいと考えております。高齢者のCGAなど、日常の指標、あるいは生活機能の指標等を、入院患者全員において測定しまして、それをもとによりよい医療を推進する所存でございます。

イの高齢者の地域での生活を支える研究というところでは、地域高齢者の社会参加の機会の創造及び参加による健康増進の効果の解明等に取り組みます。また、認知症高齢者が尊厳を持って暮らせる社会モデルの構築ということで、これは東京都からの委託研究ですが、高島平のモデルがかなり進行して、いい成果が上がっております。

また、4ポツ目の地域包括ケアシステムに係る課題解決と医療・介護システムの構築に関する研究ということで、私どもの区西北部二次医療圏の地域包括ケアシステムを何とかうまく機能するように、研究所と力を合わせて、医療連携を推進しながら、今後も推進していく所存でございます。

ウの老年学研究におけるリーダーシップの発揮というところでは、この4ポツ目の民間企業や自治体、大学等との連携による産学公連携活動の推進等に取り組みます。また、1ポツ目の高齢者ブレインバンクこれは日本有数のブレインバンクでございます。様々な機関と連携して多くの成果を上げております。

次のところのエでございます。研究推進のための基盤強化と成果の還元というところでは、今回、健康長寿イノベーションセンター、これがHealthy Aging Innovation Center、通称HAICと呼んでおりますけれども、これを中心として研究活動の包括的な支援を推進します。また、去年の夏に認定臨床研究審査委員会等を成立させ、厳正な倫理審査を実施することができ、都立病院からも、この審査委員会にプロジェクトを提出していただいております。

それから、3)の医療と研究とが一体となった取組の推進というところでは、HAICを中心にトランスレーショナル・リサーチの推進を積極的に進めております。また、TOBIRAという東京都医学総合研究所等との研究交流のフォーラムにおきまして、研究発表回数もかなり増え、積極的に研究発表、情報の交換等を行っております。

イの認知症支援の推進に向けた取組におきましては、認知症支援推進センターにおいて、医療専門職に対する研修の実施や、市町村における認知症支援に係る指導者の育成、島しょ地域及び檜原村の認知症支援体制の構築の推進ということを行ってまいります。先ほども申し上げましたけれども、都の委託事業である高島平モデル「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」の推進ということも大分まとまってまいりまして、かなりの成果が上がっております。

それからウの介護予防の推進及び健康の維持・増進に向けた取組では、東京都介護予防推進支援センターとして、介護予防に取り組む都内区市町村に対する研修や専門職派遣等の支援及び都内のシニア及びシニア予備軍を対象とした介護予防・フレイル予防推進事業を実施しております。介護予防主任運動指導員の養成事業も順調に進んでおります。

ここまでの病院と研究の報告でございます。ここからは越阪部部長にかわりません。

**○健康長寿医療センター経営企画局事務部長** 事務部長の越阪部でございます。以降につきまして、私からご説明をさせていただきます。

4)の専門人材の育成についてですが、医師については研修プログラムの見直しなど、新しい専門医制度への対応と、研修医の受け入れを進めるとともに、高齢者医療や老年医学の研修教育を行いまして、老年病を含めた専門医の養成を行っていきたくて考えております。

また、新しい取り組みといたしまして、今年度から実施している看護エキスパート研修について、今年度は院内看護師から12名の受講がありました。この受講対

象を、院内にとどまらず、地域の関連施設の方々にも拡大して、高齢者看護の役割モデルとなり、専門的介護の実践に寄与するよう、人材の育成を行っていききたいと考えております。

また、先ほど説明がありましたが、認知症支援推進センターや介護予防推進支援センター等において、認知症のサポート医、あるいは相談員などの人材の育成を引き続き行っていききたいと考えております。

大きな2番の業務運営の改善及び効率化に関する事項といたしましては、1) 地方独立行政法人の特性を生かした業務の改善・効率化については、2ポツ目ですが、固有職員の計画的採用や、資格取得支援などを引き続き行い、専門人材の育成を図っていききたいと考えております。また、都から派遣されている看護職員の派遣がほぼ終了いたします。それに伴って、新たに採用した若手固有職員の人数がかなり多くなっておりまして、今後はその育成に力を入れていききたいと考えております。

次ページをご覧ください。二つ目のポツの後段に、病院経営に強い事務職員、病院経営のエキスパートというような固有職員を育成していききたいということから、先進的な取り組みなどを行っている他機関に職員を派遣いたしまして、それぞれのノウハウを学んで、それをセンターにフィードバックできるような体制をつくっていければと考えております。

また、下から三つ目ですが、年次有給休暇の取得目標などを掲げるなどして、ライフ・ワーク・バランスに配慮した職場環境の整備を行ってまいります。

2) 法人運営の体制強化という点では、内部監査や会計監査人監査による指摘に対する速やかな対応、そして非常勤監事と会計監査人との一層の連携強化というようなものを図っていききたいと思っております。

また、最後のポツになりますが、公的研究費や研究に係る不正行為に対する国のガイドラインを踏まえた不正防止対策を的確に実施してまいります。

大きな3番、財務内容の改善に関する事項ですが、1) の収入の確保については、紹介患者を含めた初診患者のさらなる確保に向けて、地域医療機関との連携強化、あるいは院内の運用ルールを見直すなどの検討も行って、初診患者を増やしていききたいと考えております。

また、クリニカルパスの見直しや手術室の適正運用など、急性期医療の一層の充実及び地域連携の強化による平均在院日数などの短縮に努めてまいります。

2) のコスト管理の強化ですが、各部門システムなどから得られる診療情報と月次決算の財務情報等をあわせて経営分析を行いまして、収支改善に向けた取り組みを迅速に行っていききたいと考えております。

また、ベンチマークシステムを活用した効果的な価格交渉や診療材料等の償還状況のチェックなどを行いまして、材料費の削減につなげていききたいと考えております。

大きな4番で、その他重要事項といたしまして、理事長をトップとしたセンター全体のリスクマネジメント体制の一層の強化に努めるとともに、関係法令等に基づいた個人情報の適切な管理を行いまして、事故防止対策を確実に実施していきます。また、情報セキュリティ、個人情報保護に対する職員の意識向上に対し、引き続き悉皆の研修等を実施し、徹底を図ってまいりたいと考えております。

さらに、職員の健康管理及び安全に業務が遂行できるような良好な職場環境の確保に取り組むとともに、超過勤務時間の適切な管理や、あるいはメンタルヘルス研修等の充実を図りまして、院内にあります安全衛生委員会を中心に、職員が働きやすい職場環境を整備してまいりたいと考えております。

資料右側を御覧ください。数値実績の年度推移を記載しております。30年度実績は上半期ではなくて、4月から直近の12月までの値となっております。左側の列が病院部門、右側が研究部門です。左側表1の入院患者数と入院単価の推移ですが、毎年上昇してきました入院単価については、今年度は5万6,059円と、前年から700円ほど下がっております。新入院患者が少々減少していること、あるいは平均在院日数が前年度より上昇してきたということが原因ではないかと考えております。ただ、最終的な入院患者総数は、前年並みになるのではないかと考えております。

表2の外来患者数と外来単価の推移でございます。単価はここ数年上昇しております。今年度12月までの平均を見ていただきますと、1万2,572円となっております。患者数は昨年を上回る状況となっております。表3の平均在院日数と病床利用率を御覧ください。平均在院日数は、現在まで12.9日と、昨年より0.8日上昇しております。現在、退院支援に向けて、地域の関係施設の協力をいただいて、退院支援を強化していきたいと考えております。

病床利用率につきましては、今年9月に大きく落ち込んだ時期がありました。地域の医療機関もこの時期落ちたと聞いております。しかしその後回復いたしまして、現在まで87.8%と、昨年を2ポイントほど上回って推移しているところでございます。

右の列でございますが、研究部門です。表4は、外部資金の獲得額でございます。昨年と同様に、一人当たりの獲得額も1,000万円を超えたということで、昨年から高い水準をキープしております。

表5の外部資金の獲得件数は265件ということで、一人当たり2.9件という実績でございます。

表6は外部資金の内訳ですが、厚生労働省・文部科学省の科研費や受託研究、共同研究などを、色別にグラフとして示しております。説明は以上でございます。

○矢崎分科会長 それでは今のご報告で何かご意見、ご報告、ございますでしょうか。

○永山委員 ご説明ありがとうございました。2点ほど意見と、希望的なこととお



聞きできればと思います。

高齢者がん医療のところ、治療の限界と緩和についてご説明がありましたが、その治療の限界というのは、非常に患者さんにとっては重い問題ですし、ご家族も含めいろいろ判断は難しいところだと思います。特に高齢者ということでQOLの問題もあると思いますので、そこはぜひ丁寧にさせていただきたいと思います。あと、限界ということに関しては、特に重点では入っておりませんが、生活習慣病をお持ちの患者さんに対しても、後段にありますポリファーマシーの問題も含めて、どこまで治療を積極的にするかということについて、医療者から説明をいただかないと、患者さんは判断が難しいと思いますので、この問題についてはがんに限らずどの分野でも取り組んでいただければと思います。

また緩和ケアについては、これは釈迦に説法になってしまうと思いますが、がんと告知されたときからいろいろ精神的な痛みを感じられる患者さんは多いと思います。高齢といっても、がんという言葉については、まだまだ抵抗を持たれる方が多いと思いますので、早期の患者さんに対する緩和ということもぜひ積極的にお願いでできればと思います。

あと、外来の化学療法がこれからさらに増えていくと思います。これは認知症でも重なるかもしれませんが、認知機能が落ちた方が通院で化学療法などを受けられる際、副作用をどう判断するかや、マネジメントが難しくなる例もあると耳にしたことがあります。病院に入院することはできれば避けたほうが良いとは思いますが、そのあたりの管理をどのようにするかということ具体的考えた上で、外来化学療法の数の拡大ということを考えていただければと思います。

それから質問ですが、医療従事者の針刺し事故が増えているということでしたがその背景は分析されていらっしゃるのでしょうか。

**○健康長寿医療センターセンター長** 若い医師、若い看護師に、まず針刺し事故を起こさない針の取り扱いの習慣をしっかりつけていこうと考えています。3年ぐらい前まではそれほど目立たなかったわけですがけれども、2年ぐらい前から少し若い医師、看護師に針刺し事故が多いんじゃないかと。その中で、例えばリキャップをしないで針を捨てる、携帯用廃棄容器に捨てるといった指導をしています。またもう一つは、医療廃棄物の中に入っていた針でお掃除の方が指を刺してしまうということがあります。病院全体に針に対する取り扱いのよい習慣をつけるということで、29年度は26例と多かったのですが、30年度はその努力が実って、恐らく年度末までで25例程度でおさまるんじゃないかと思っております。とはいえ、針刺し事故は常に注意しなければいけません。その中で、やはりいろいろな感染の問題等もありますので、自分の身も守るということをよくよく教育していかなければいけないと思っております。

○**永山委員** ありがとうございます。ぜひ徹底いただければと思います。

もう一点、最後の質問になりますが、ライフ・ワーク・バランスのところでは先日厚生労働省が医師の働き方改革で、今後の勤務時間の限度等、目安を示しておりますが、その形になった場合に、センターの医療体制を今後どのようにしていくか、何か見直さなければいけないところなどは出てきそうなのでしょうか。

○**健康長寿医療センター理事長** 厚労省の案はまだ検討段階で決定はしていないのですが、2,000時間ありますとか1,860時間ありますとか、我々の予想よりもずっと高いレベルの値を示されております。實際上、まだこれから研修をかなり積まなければいけない若い世代の医師でありますとか、あるいは、救急医療でありますとか、心臓外科でありますとか、かなり特殊な分野で、どうしても長時間労働にならざるを得ない医療を担っておられる方、こういう方に対してどこまで許容範囲かという、非常に重い論議が続いております。また、多くの若い医師と我々の世代とはまた少し考え方が違うという感覚もあります。そういう意味で、昨年度から全ての会議は時間内にする、時間外の会議、カンファレンスは可能な限り少なくする。それから仕事が終われば早く帰ってくださいというふうなことを職員には常々言っているところであります。けどどいずれにしろ、救急患者の扱いの問題でありますとか、あるいは手術が長くなるなどの問題も多々抱えておりますので、お互いの職員が協力し合いながら、できるだけ効率のいい仕事をすることによって、労働基準法を守る形にしていきたいと。色々努力したいと思っています。

○**健康長寿医療センターセンター長** 病院長として、実際に医師にどういうふうに働いていただくかということを悩んでいる立場で申し上げますと、高齢者のご家族の問題があるんですね。ご家族皆さん働いておられて、お話をさせていただきたいといっても午後8時を過ぎないと行けない、それから土曜日もしくは日曜日じゃないと行けないということがあります。その間どうするのかということで、病院全体としては、今、ご家族との面談は、なるべく勤務時間内にお願ひしますと言っておるのでございますけれども、なかなか言うはやさしく行いがたしということで、これが非常に悩みの種です。これも徐々にご家族のご理解を得るべく、粘り強くお願いしていかなければいけないだろうと。

それからもう一つ、当直なのか宿直なのかというのが非常に悩ましいところがございます。私どものところでは8人の当直医がいます。そのうち3名は救急外来対応ということで、これはほとんど忙しいときは寝ることができない。それに比べまして、残りの5名の方は、何か病棟であったときにそれぞれの専門領域を見るところで、これはまさに宿直の扱いでいいんじゃないかと。

○**健康長寿医療センター理事長** あと基本として、いつ病院に入っていつ病院から出ていったかという出退勤打刻というんですけれども、勤務実態を知る大きな客観的

な資料をつくるという意味で、昨年から退勤時の打刻についても徹底しているところ  
ろです。ということで、もう少しきちんとした数値に基づくシステムを考えたいと  
思っております。

○矢崎分科会長 どうもありがとうございました。そのほかございますでしょうか。  
はい、どうぞ。

○藍委員 ご報告ありがとうございました。非常に興味を持って拝聴していました。  
総論というか全体として、これまでどちらかという新しい病院になってから全  
部右肩上がりという形だったんだと思いますが、恐らくいろいろな数字を見ると、  
そろそろ安定稼働に入るのかなと思います。もう頭打ちで安定稼働でいく部分と、  
まだ足りなくて、これから三期中に伸ばしていく部分との、少し濃淡があるとい  
いのかと思うんですけども、その点先生方のご意見を伺いたいです。あと数字の  
解釈なんですけど、紹介率80%ということですが、例えば健保法上とかだと救急の  
患者さんは分母から除いてしまうので、健康長寿医療センターの場合、下手すると  
100%を超えるのかなと思うんですけども、その辺はいかがですか。この数字で  
いくと、結構ウォークインで紹介状を持たずに来てしまうような、紹介のない患者  
さんがおられるということですか。

○健康長寿医療センターセンター長 はい、かなりおられると思います。やはり地元  
の人で、昔からうちにかかっておられる方も相当いらっしゃるの、開業医の先生  
方に紹介状をもらって来るという方よりも、そのままなじみの病院ということで、  
特に夜の救急でもウォークインが結構多いんですね。そういう方もできればかかり  
つけ医の先生に見ていただいてから来ていただくというほうがいいとは思って  
んですけども、なかなかそうはいかないと思います。逆紹介率は逆にそういう方が入院  
して、治療が終わったらどンドン地域の先生に返していくということで、順調に伸  
びているという状況です。

それから、先生がおっしゃる新入院患者の獲得、これはご指摘のとおり頭打ちの  
状況になっております。私どもの病院の近くの病院も増えていないということで、  
どうも何か医療の全体の抑制が少しかかっているような印象があります。ただ、患  
者さんでさらにご自分に適した医療と思うと都心のほうに行くと。この流れが、実  
は埼玉の県境のほうも、それから練馬区のほうも、新しい施設、あるいは施設の増  
床というところで、競合はかなり厳しくなっているという現状を反映しているかな  
と思います。

その中で我々が伸ばすとすれば、やはり地域の病院と我々の病院、同じぐらいの  
規模で比べますと、入院患者さんの平均年齢が12歳くらい違うんですね。我々の  
病院は入院患者さんの平均年齢が78歳、それから半数以上が80歳以上という中  
で、高齢の患者さんで周りの病院で手に負えないと思われた患者さんを紹介した  
かと。そこに我々の今後の患者獲得の領域を広げていきたいと考えております。

○健康長寿医療センター理事長 追加ですけれども、確かにいろんな診療報酬という意味では頭打ちの状況に入りつつあるなということには自覚しております。理由は、今うちの病院は高齢者の方が多い。しかもかなり救急患者をお受けしているということも含めて、DPC期間Ⅱ超の方の比率が、全体の40%ぐらいに達します。ということは、60%の病床しか急性期疾患を扱う形で活用できていないということになります。眼科とか非常に短期の入院を繰り返すとかで、どうしても土日が空床のまま経過するという科もあります。そういうことを考えますと、実際のマキシマムの病床稼働率は九十三、四%だろうと。そういう意味で、もう少し病床の稼働率を多くするということが一つの手段になりますし、DPC期間Ⅱ超えないしⅢの方をどういうふうに退院に繋げていくかということで、もう少し工夫できることがあるのではないかとということも考えております。

また今の診療体系上、診療単価ということで考えますと、外科系の奮起をお願いしたいということで、血管外科、それからかなりアクティビティの高い方をお招きしておりますし、実績も挙げつつあります。また呼吸器外科の先生も新しく招聘して、かなり高齢者に多い肺がんへの対処ということも考えております。こういった外科系の、今までアクティビティのなかった科が少し頑張ってくださいということで、もう少しのびしろが作れるのではないかとというふうに思っておりますが、それもかなり限られた数ですので、全体としては右肩上がりというわけには多分いなくて、非常にスローな上昇だろうと考えていますので、そのほかの点をおさえるようないろんな方策を今後考えていく必要があると思っております。

○藍委員 もう一点だけ、先ほどのお話の中にはなかったんですけども、診療情報システムを入れかえられたと聞いていますが、その影響とか、先ほどの永山先生のお話のように、電子カルテがよくなって少し働き方改革につながるような部分というのが想定されるかどうか、伺いたいです。

○健康長寿医療センターセンター長 はい、システムを1月1日に新しくさせていただきました。それに伴う落ち込みがあるのだろうと考えておりましたけれども、それほど効いていないということでございます。いろんな病院を回って、複数のシステムを使いこなしてから来られた医師も相当いますので、想像したよりも早く慣れていただいた。

それで新しいシステムの我々が一番いいと思いますのは、医師が病名等をつけるのを付け落とすということが、かなり防げているように思います。それからいろんな加算をいただく場合に必要な記載要件等も記載をちゃんとするよう誘導をしてくれます。保険償還上、今まで病名が、例えばパーキンソン病というのとパーキンソン症候群と、この病名のちょっとした違いである画像診断は全部査定されてしまうといったことがございまして、そういうのが電カルがよくなれば、ちゃんと電カルのほうでそういうものの管理もある程度やっていただけるので、今後慣れるにした

がって、病院単価の部分でカバーできていくように期待しております。

○矢崎分科会長 大分時間が過ぎておりますけれども、何か。

○猪口委員 まず、ご報告いただいている内容、本当にどうも詳しくありがとうございます。ただ、この中期計画に基づいて毎年出される計画ですから、どこが変わったか、正直見ているとよくわかりません。だから、見え消し版のようなもので、新しくなったところはどこだという説明があったほうが丁寧かなど。そういう部分を集中して説明する。例えば、今、30年度の計画を見ながら聞いていたんですが、30年度の計画を読んでいる部分もありますよね。だから、結局同じ説明なので、毎回同じような話を聞いているなという気になります。次回からの説明はそういうところをご考慮いただければと思います。

それから、これはお願いというか要望レベルの話になってしまうんですけども、例えば高齢者の緩和ケアとその限界点の話なんですけど、これは健康長寿医療センターだから希望するところですけども、臨床でやっていると、今、ACPだ、フレイルだといったところで、どの段階でどこまで治療すればいいのかわからない。例えば心肺停止で来られた患者さんは、そのACPに基づいて蘇生を行うかどうかというところを判断するんですけども、それよりちょっと手前のところで、ここで蘇生的な、もしくは過度な医療をやるということが正しいかどうかという話は、現実的にはなかなか、患者さん本人はもちろん、家族もわからない、医療者もどうやって説明していいのかわからない。フレイルがどんどん進んでいくと、何をやって本来は効かないはずなのです。そういった限界点について、前向きな形で研究するか、後ろ向きな形で研究するかわかりませんが、そういったようなところを研究していただきたい。こういう研究ってなかなかほかの機関ではしづらいところがございますので、ぜひお願いしたいところだなと思います。どういうサインがあるともうやらないほうがいいよみたいなことですね、要するに。

それから、当直が3人、そうでない宿直が5人いらっしゃるというんですけども、だったら5人も要らないのではというのが本来のところだろうと思います。5人も必要になってしまうのはどうしてかということ、みんな専門医だからです。専門医でほかの領域が診れないということになるんですけども、高齢者を診るというのは幅広い診療範囲を持っている先生、臨床医が望まれると思いますので、総合診療医とか、セカンドキャリアとしての総合診療医を育てていくような施策を教育の中にぜひ入れ込んでもらいたい。そうすると、多分、当直を支える5人は2人ぐらいで済んでしまうような話なのではないかなと思います。ぜひそういうところの教育のあり方も考えていただけたら。最後の二つはお願いです。みんなお願いだったかもしれない。

○矢崎分科会長 大変貴重なご意見をいただきまして、ありがとうございました。今回のご意見に沿って、つけ加えていただければと思います。ぜひよろしくお願

たします。

まだまだご意見があるかと存じますが、委員の皆様には3月8日金曜日、来週の金曜日までに事務局にご連絡いただければ大変ありがたく思います。よろしくお願いいたします。

それでは、法人の役員の方々、大変丁寧なご説明ありがとうございました。委員の方々のご意見を反映させて計画を作っていただければと思いますので、何卒よろしくお願いいたします。本日はどうもありがとうございました。

それでは引き続き、業務実績評価における評価指標や実績報告のあり方について、まず事務局から説明をしていただき、それについて皆様方からご意見いただきたいと思います。それでは事務局からよろしくお願いいたします。

**○高齢社会対策部施設計画担当課長** それでは、業務実績評価における評価指標や実績報告のあり方について、ご説明をさせていただきたいと思います。資料はお手元に資料3、4、5をご準備いただければと思います。

今回、今後の業務実績評価において用いる評価指標等につきまして検討を行ったところでございますけれども、まず資料3に沿いまして、その概要についてご説明をさせていただきます。

初めに1番、経緯・目的でございますけれども、今年度、平成29年度並びに第二期中期目標期間の業務実績評価を実施いたしました際、資料右のほうに評価委員会意見ということで記載しておりますが、高齢者のための高度専門医療及び研究を行うという法人の設立目的に照らして、その機能をよりの確に判断できるよう、評価指標、実績報告のあり方について、さらに検討していくことが必要ではないかというご意見をいただいたところでございます。

これまで評価に当たりましては、分科会委員の皆様に参加となる資料を含めて業務実績をご確認いただいた上で中期目標に照らしまして事業の進捗状況や達成状況に関するご意見をいただいていたところでございます。そういった考え方につきましては今後も同じでございますけれども、よりの確な法人の評価につなげるために、今回、改めて評価指標等について整理させていただいたというところでございます。

この評価指標等につきましては、毎年度見直しを行いますとともに、次期の第四期中期目標を策定する際にも活用していきたいと考えているところでございます。

続きまして、2番の評価指標等の整理に向けた作業ということで、今回行った検討状況でございますけれども、まず事務局におきまして素案を作成いたしまして、昨年12月に持ち回り形式のワーキンググループで、分科会の皆様方からご意見を頂戴したところでございます。委員の皆様方には貴重なお時間を頂戴し、まことにありがとうございました。この場をお借りいたしまして感謝を申し上げたいと思います。

本日はいただいたご意見を踏まえまして、事務局として再検討したものを（案）

ということでご報告をさせていただきたいと思えます。

続きまして3番の評価指標等の構成でございますけれども、まず中期目標に基づきまして、評価の項目ごとに評価の視点を整理しております。次に、その評価の視点につきまして、法人が策定いたしました年度計画に基づきまして、具体的に想定される取り組みを整理し、またあわせて定量的なデータといたしまして、経年比較を行うための参考となる数値を設定しております。なお、この定量的なデータにつきましては、その数値そのものが想定する取り組みの進捗状況をあらわすというわけではなく、想定する取り組みの進捗状況をはかるための一つの要素として設定しているということから、参考値という表現を用いさせていただいております。

実際の評価作業に当たりましては、法人から、今回整理いたしましたスキームに基づきまして、業務実績等報告書の提出を受けまして、報告された具体的な取り組みと参考値を参照しながら、評価の視点に基づいて項目ごとに評価を行うという形を考えております。

評価の実施に当たりましては、委員の皆様方にも同じように評価の視点と業務実績をあわせてお示しした上で、評価に関するご意見を頂戴したいと考えております。

具体的な評価作業の流れにつきましては、現在検討しているところでございますので、来年度、30年度の業務実績をご覧いただく際に、改めてご説明させていただければと考えております。

なお、各委員の皆様方からは12月のワーキングにおきまして、評価指標等につきましてさまざまな貴重なご意見を頂戴しているところでございます。ただ、病院や研究所という組織の特性上、時間をかけて慎重な検討を要する事項や、実務上対応が困難な事項もございまして、反映できなかったご意見もございます。先ほども申し上げたところでございますが、この評価指標等につきましては、今回、整理をして終わりということではなく、分科会の皆様のご意見を頂戴しながら、毎年度見直しを行いまして、第三期の中期目標期間を通じて、よりよいものにブラッシュアップしていければと考えております。

今回のご報告につきましては、現時点で対応可能な範囲で整理させていただいたものであることをあらかじめご承知おきいただければと思えます。

次に、資料4によりまして、具体的な説明をさせていただきたいと思えます。また資料5に、ワーキンググループにおきまして、各委員の皆様方からいただいたご意見と、その対応案についてまとめさせていただきましたので、あわせてご覧いただければと思えます。

なお、資料が大変多岐にわたっておりますので、新たに想定される取り組み、あるいは参考値ということで決定した事項や、ポイントとなる事項につきまして、かいつまんでご説明さしあげたいと思えます。

それでは資料4、表紙をめくっていただきまして、最初のページをご覧いただけ

ればと思います。

参考値などにおきまして、今後、網かけになっている箇所がございますが、こちらではこれまでの実績報告において掲載されておらず、また30年度の計画において目標値として設定されていない新規の事項を示しているものでございます。

それではまず項目1番の血管病医療でございます。ここでは、下の評価の視点のところの(3)の一つ目の丸、高度かつ低侵襲な診療の実績につきまして、昨年7月の分科会におけますご意見を踏まえまして、患者の方の年齢構成が見える形で参考値を示す予定としております。

また、あわせて資料5でございますけれども、この項目につきまして、治療による効果ですとか、あるいは合併症の発症率が指標として考えられるのではないかとというご意見をいただいているところでございます。この点、まず治療による効果につきましては、高齢者の方は複数の疾患を抱えている方が多いということで、入院時の健康状態も多様であるということから、特定の治療による純粋な効果を見きわめることが難しいということで、参考値の設定を見送っているところでございます。また合併症の発症率につきましては、対象となる症例や術後の経過日数など、対象範囲、定義づけの検討に時間を要するといったことから、30年度の評価指標では参考値の設定を見送ったところでございます。

続きまして、項目の2番、高齢者がん医療でございます。

資料4に戻っていただきまして、こちら、項目1と同じく、(1)の高度かつ低侵襲な医療の提供のところ、患者の年齢構成が見える形で参考値を示すことにしております。

また、資料5では、ご意見といたしまして、がん治療の効果を見るための指標として、1年生存率、あるいは再発率などが考えられるのではないかとというご意見をいただいておりますが、高齢者の患者さんのがんにつきましては、余命が短いということ、それから緩和ケアを選択する患者さんもいるといった事情から、がん治療の効果について適切な定量的なデータを設定することが困難であるということで、参考値の設定を見送っているところでございます。

続きまして、項目3の認知症医療でございます。

資料5でございますが、認知症の進行をどの程度おさえられたかといった診療の効果がみられる指標があるとよいのではないかとというご意見をいただいております。認知症に関しましては、症状の個人差が大きく、一律の指標によって、進行の抑制効果を図ることが困難であるといったことから、診療の効果に関する参考値の設定を見送らせていただいております。

資料4をご覧くださいますと、同じ認知症医療の項目で、文末に米印がついている箇所がございます。これらの事項につきましては、備考にも記載がございますとおり、この項目に関する事項ではございますけれども、直接的な評価につきまして



はほかの項目で行うことを想定しております。同じような整理をさせていただいた項目が、ほかにも項目5番、14番にございますので、同じような意味合いだと思えただければと思います。

続きまして、項目4番でございます。

こちらは評価の視点の(3)番、適切な入退院支援の実施につきまして、新たな指標といたしまして、在宅復帰率を加えております。この点につきましては、資料5にございますとおり、在宅復帰率だけではなく、退院先の内訳も示せるとよいのではないかというご意見をいただいているところでございますが、内訳につきましては、業務実績報告書の提出期限が6月末となっております、それまでに集計作業を終えることが実務上難しいということで、ここでは保険上の数値としての在宅復帰率を参考値として設定しております。

また、同じ項目でございますが、専門外来受診による診療効果につきまして、指標の設定ができるとよいのではないかというご意見をいただきました。こちらにつきましては、高齢者の場合、複数の疾患を抱えている患者さんが多く、特定の専門外来を受診したことによる純粋な効果を見極めることが困難だということで、参考値の設定を見送っているところでございます。

続きまして、項目5番、医療の質の確保・向上でございます。

ここでは(1)のところでございますけれども、新たな参考値としてクリニカルパスの適用率を加えているところでございます。

続きまして、項目6の救急医療でございます。

こちらは、ワーキンググループでいただいたご意見を踏まえまして、症例カンファレンスにつきまして、回数だけではなく扱った症例数もお示しする予定でございます。

また、7月の分科会でのご意見も踏まえまして、救急患者の来院手段、あるいはその年齢構成についても参考値としてお示しをする予定でございます。

それから項目9番、患者中心の医療の実践・患者サービスの向上でございます。

資料5をご覧いただければと思いますが、ワーキンググループにおきまして、治療に至るまでのプロセスを評価してはどうかというご意見をいただいたところでございますけれども、こちらにつきましては、項目4番で、高齢者医療モデルという項目がございますので、こちらに包含されるという整理をさせていただいたところでございます。

続きまして、項目10番、項目11番でございます。同じ資料5のところでございますが、ワーキンググループにおきまして、研究の目的や期待される効果について見えるようになるというのではないかというご意見や、記述についてもう少しわかりやすい評価にできるとよいのではないかというご意見をいただいているところでございます。これについて、研究に関する目標・目的等につきましては、中期計

画ないしは年度計画を通してお示ししていきたいと考えておりました、また、表現につきましては、研究においてはその性質上正確な表現が求められるということがございますので、そういった点に配慮をしながら可能な範囲で都民にとってわかりやすい表現を用いるよう努めていきたいと考えております。

続きまして、項目12番、老年学研究におけるリーダーシップの発揮でございます。こちらと同じく資料5でございますが、12月のワーキンググループにおきまして、プロセス評価が大切であるというご意見をいただいておりますが、研究所におきましては多様な研究を行っているということで、厳格な情報管理が必要となる場合もございます。プロセスを示すことが難しい研究もあるといったことから、すぐに対応することは難しいということで、こちらは引き続き検討してまいりたいと考えております。

続きまして、項目13、14のところでございます。こちらは資料5と資料4を、あわせてご覧いただければと思いますが、ワーキンググループでいただきましたご意見を踏まえまして、まず項目13につきましては、外部資金獲得金額につきましては、新規とそれ以外の内訳を示すことを考えております。

それから、項目14につきましては、(2)のところ、新たに参考値として、倫理審査委員会実施回数を追加させていただきたいと考えております。

続きまして、項目17番、適切な法人運営を行うための体制の強化でございます。こちらの資料5番にありますように、ワーキンググループにおきまして、研究に関することとして、生命倫理や特許権に対する職員の理解促進が重要ではないかというご意見をいただいております。

こちらにつきましては、資料4の項目17の(3)の二つ目の丸になるかと思いますが、研究倫理の設定、不正防止に向けた取組状況に含まれるものということで、こちらの中で評価をしていきたいと考えております。

それから続きまして、項目18番、収入の確保でございます。こちらにつきましては、資料4で幾つか網かけがございまして、当該年度の収支の状況を見るに当たりまして、自己収支比率や、一人1日当たりの入院単価を初めとします幾つかの参考値を追加したいと考えているところでございます。

以上、かいつまんだ説明になりましたが、説明につきましては以上でございます。

○矢崎分科会長 ありがとうございます。30年度業務実績評価に係るご意見をお聞きした上で、このような修正を加えたということでございますが、何かもう少し検討したほうがいいのではないかといったご意見がありましたらお聞きしたいと思います。いかがでしょうか。ちょっと膨大な量なので、この場でなかなかご意見いただくのは難しいかもしれませんが、30年度業務実績報告というのは7月に行われるんですね。

○高齢社会対策部施設計画担当課長 後ほどスケジュールでご案内させていただきます

すが、今年度行ったのと同じような形で、前年度の実績に対する評価をご審議いただくということで、7月に2回分科会を予定しておりまして、その中で30年度の評価につきましてご意見いただきたいと考えております。

○矢崎分科会長 そうしますと、本日の指標に基づいて評価を行うということですね。

○高齢社会対策部施設計画担当課長 今回の示した指標に基づいて、30年度評価を来年度行うという形で考えております。

○矢崎分科会長 はい。前回のご意見を聞きながら参考値として入れるべきところは入れさせていただいたということですが、いかがでしょうか。

○大橋委員 参考値を使うということに関してなんですが、指標ではなく参考値ということで、その参考値を評価の際にどう解釈するかという使い方というか、その統一性がなかなか難しいかなと思っています。非常に抽象的な質問なんですけれども参考値をどういうスタンスで使うのか。経年変化を見て、例えば前年度よりも上回っていたらいいということだと思んですが、そこで例えば何%上がっていたらよしとするかというのは、やっぱり数値によって異なってくると思っていて、その参考値の解釈の仕方によって評価結果というのは影響を受けるのではないかなと思うので、どのような統一的な考え方をとられているか伺いたいです。

○高齢社会対策部施設計画担当課長 基本的には、評価の考え方につきましては、今回整理いたしました評価の視点、それからそれに基づく想定される取り組みの実施状況を踏まえながら評価をしていくという形で考えております。ただその際に、定量的なデータもある程度ないと判断が難しいという部分もございますので、その指標自体が全ての評価をあらわすわけではないのですが、進捗の参考をあらわす一つの要素として、参考値を設けさせていただいたところがございます。なので、ものによって数値が上がったほうがいいものがあれば、ある程度実際に実施できていることを確認した上でその取り組み状況を判断していくようなものもあろうかと思えます。

○大橋委員 当然考慮されると思うんですが、例えば複数参考値がある場合に、どの参考値の結果を使うかといった点はその年度によって異なると、やはり評価のばらつきが出てくる可能性があります。参考値の扱いについて、客観性を持たせるというのはある意味非常に難しいかなというふうには思っています。補足です。

○矢崎分科会長 よろしいですか。評価の視点で参考値を参照する。

○大橋委員 そうですね。参考値のどの数値を使うとか、出た結果をどう解釈するかについて、そこに統一性がないと、なかなか難しいかなと。実際具体的に数字が出てきたときでないとなかなか検討は難しいかなと思うんですけれども。

○矢崎分科会長 参考値はできるだけ客観的な、数字であらわされるものは数字であらわしていくような、そのような方向で考えているわけですね。

○高齢社会対策部施設計画担当課長 そうですね。基本的には取り組み状況について

は、恐らくこういった取り組みもしているというような、これまでと同じような書きぶりの報告の仕方になるかと思いますが、それを判断していただく一つの材料として数値的なものを参考値として設定しているという形になります。参考値は年ごとにくらべて変えるということではなくて、ある程度統一した形で設定させていただいて、ここにありますように、経年比較ができるような形で見ていただくというように考えております。

- 藍委員** 参考値の考え方なんですけれども、例えば今までの資料にもあるような、どちらかという一般的な指標というか数値は、大体誰が見ても上がった、下がったというのは評価ができるのかなと思うんですね。逆に見方によっては、上がったから必ずしもいいということにならない場合もあるのかもしれない。ただ、資料5にあるような指標は、どなたかの委員の先生が具体的な項目を挙げていただいているところもあるんですけれども、見送ると書かれているところというのは、恐らく試行錯誤が必要なのかなと。賛否両論あるかもしれませんが、多分やってみないとわからないもの、見送っているといつまでたっても定まらないという気がするんですね。

例えば項目1番の一番最初のもは、DPCのHファイルを出すと、多分数値は出てくるので、それをどういうふうに評価するかというもう一段階解釈が必要なかもしれません。実際、評価の最終的な判断材料に使うかどうかというところはもう一段階踏むとして、いわゆる参考データというのが出てこないとなかなか難しいかなと。議論の材料としてはあってもいいかなと思うんですけれども、ほかの先生方のご意見も伺えればと。

- 大橋委員** 少し言葉が足りなかったんですけれども、参考値がないほうがいいということは全く意図してなくて、どちらかという、私も今先生がおっしゃったように、見送りとなっているものについて、やはり効果測定は必要なので、効果測定のための参考になるものを設定しなくていいのかという点で、現状だと先送りになってしまうかと考えています。

ただ一方で、その参考値を使うことの難しさというか、特に結果としてある意味相反するような、相関性が感じられないようなデータが出てしまったときに、それを法人の目標に照らしてどう理解するかという。要するに相反する結果と表面的に見えてしまうものについて、どちらの数字をより重視するかということについて判断が必要になる場面が出てくるかなと思っています。非常に抽象的な要素なんですけれども、参考値の扱いというのが難しい可能性があるということで事前に申し上げさせていただいたということです。

- 猪口委員** その辺の議論になると、例えば、大規模試験なんかをやったときに、その薬が効くかどうかという判断に当たって、例えば一時的に血圧が下がっている、そういう期間が24時間中の何時間ぐらいあったとか、不整脈の発生率が下がった

とかという細かいところを見ていくやり方もあれば、最終的な生存率など最終目標である長生きしているというところに持っていくやり方もある。多分最終目標である長生きしているというのは、適した参考値であったり指標が出てくればいいんですけども、そういうものがぱっと出てこないときには、いろんな指標があることによっては、それは相反する数値を提示することもあるかもしれないけれども、それを解釈するということができる、解釈した上でさらに進めることができる。もっと大きな最終目標的な指標は、いろいろな指標を解釈していったがゆえに出てくるという部分もありますので、いろんな指標を増やしていくことを恐れないで、その都度それを検討し加除していけばいいのではないかなというふうには思います、私的には。

○矢崎分科会長 ありがとうございます。高齢者医療ですから、なかなかいろんなファクターが入ってくるので難しい点がありますが、今話をいただいたような、とりあえずはこの参考値で進め、今後さらに参考値の精度を上げていくという意味で、センターにまた具体的な目標を立てるように議論していただくということにしたいと思います。

そのほか、何かご意見ございますでしょうか。

(なし)

○矢崎分科会長 それでは、大変恐縮ですが、今日いただいたご意見をもとにして、また健康長寿医療センターと情報を交換しながら、もう少し進めるところがあれば進めさせていただきますが、それについては、事務局でまとめを進めていかなければなりません。今日はご意見をいただいたということで、修正の内容については私どもに一任させていただければ大変ありがたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(異議なし)

○矢崎分科会長 ありがとうございます。それでは、本日の報告事項については以上でございます。今後どういうふうに進めていくかというスケジュールを少しお話しいただければと思います。

○高齢社会対策部施設計画担当課長 それでは今後のスケジュールにつきまして、資料6に基づきましてご説明させていただきます。

本日、2月27日ということで、30年度の第3回目の分科会を開催させていただいておりまして、今年度につきましては本分科会が最後の会議になります。

31年度の予定でございますけれども、今のところ今年度と同様に3回の分科会の開催を予定しております。7月に開催を予定しております2回の分科会につきましては、主に業務実績評価の関係で開催させていただきたいと思っております、30年度の業務実績の報告と、それから業務実績評価に関する意見をお聞きする回ということで予定させていただきたいと思っております。

3月に予定しております第3回目におきましては、次年度、32年度の計画と3

1年度の業務実績評価で用います指標等に関する報告をさせていただく予定です。

なお、11月から12月にかけて、追加予定（未定）ということで記載させていただいております。指標の見直しなど3回目の分科会までにご審議いただく事項が出てきた場合につきましては、この時期に開催の可能性があるということで、あらかじめご承知おきいただければと思います。

ただ、このような場合につきましても、今回実施させていただいたように、ワーキング形式で個別にお伺いさせていただくケースもございますので、追加開催させていただく場合につきましては、改めてご案内を差し上げたいと考えております。

今後のスケジュールにつきましては以上でございます。

○矢崎分科会長 大変お忙しい皆様方に大変心苦しいところでございますが、今後もこのようなスケジュールで進めさせていただきたいと思っております。何とぞよろしくお願ひします。

以上をもちまして本日の会議を終了させていただきます。熱心なご意見をいただきましてまことにありがとうございました。それでは終了させていただきます。