【事務局】

委員の皆さまがたにおかれましては、ご多忙のところご出席を賜り、誠にありがとうございます。

初めに、本日ご出席をいただいております、委員の皆さまを紹介させていただきます。お名前を読み上げますので、お手数ですがミュートを解除していただき、一言ごあいさつをお願いいたします。ごあいさつが終わられましたら、再びミュート設定をお願いいたします。

足立委員でございます。

粟津委員でございます。

大道委員でございます。

川崎委員でございます。

澤委員でございます。

伊藤委員でございます。

寺澤委員でございます。

永濵委員でございます。

村上委員でございます。

山口委員は 30 分ほど遅れて参加予定でございます。

吉内委員でございます。

綿谷委員でございます。

今中委員、松田委員におかれましては、所用のためご欠席です。その他、お名前読み上げた中にいらっしゃらなかった委員も、遅れて参加となっております。

次に事務局を紹介させていただきます。国民健康保険課長の宿南、以下、担当職員が出席させていただいております。

本日は 14 名中の現状 8 名です。遅れていらっしゃる委員を含めて、12 名の委員にご出席いただくことになります。このことから、大阪府医療費適正化計画推進審議会規則第 4 条第 2 項に規定される定足数を満たしており、会議が有効に成立することをご報告いたします。また、本会議は大阪府情報公開条例第 33 条より、公開による実施といたしますので、ご了承願います。本日の傍聴は０名となっております。

議事に入ります前に、資料の確認をさせていただきます。

次第

委員名簿

資料１　医療費分析委託事業の最終報告

参考資料 1-1　図

参考資料２　大阪府医療費適正化計画推進審議会規則

不足している資料はございませんでしょうか。

では、大阪府医療費適正化計画推進審議会規則第 4 条第 1 項より、以降の議事進行につきましては、川崎会長にお願いしたいと存じます。どうぞよろしくお願いいたします。

【川崎会長】

それでは早速、議事に入らせていただきたいと思います。本日、議事としては主に一つということで、お話しいただいております。

議題の１が、医療費分析委託事業の最終報告についてということでございます。本事業は今年度、大阪府から委託を受けて実施したものということの報告でございます。これは私のほうで委託を受けたということになりますので、資料1、また参考資料１に沿って、ご報告させていただくという形にさせていただきます。資料の１見ていただきながらで、お願いをいたします。

今回、大阪府医療費適正化計画における、医療費分析業務委託という形でございますけれども、事前に皆さま、ご意見ご指摘等いただいているところ、お聞きしております。今回の医療費分析業務ですけれども、目的として、大阪府のから提供されたデータを分析して、医療費が他の都道府県との比較において、なぜ高額なのかという特徴、要因を分析すると。そこから医療費適正化に資する施策案を提示するというのが、目的となってございます。

大阪府からの提供データということでいきますと、令和５年度のデータブック指標、主にNDBと言われるナショナルデータベースの情報も含まれているものですけれども、都道府県あるいは地域での、指標の集計値が入っているもの、その他ここに書いてあるようなところがありますけれども、当初、私の理解も欠けていたというところ、本当に反省点なんですが、医療費の適正化を考える上で、やはり診療報酬レセプトの中に入って見て行かなければ、今、医療費をどうやって適正化するかというところの示唆を得るのは難しいのかなというふうに思っておりますけれども、こういった集計データでございますので、なかなか何をしたら医療費が適正化できるのか、というところに関しては、このデータからだと解析難しいのではないかというような形で、今年度の途中から、この業務が始まったというところが反省点となっております。

業務内容になりますけれども、生活習慣病、骨折、糖尿病、透析、歯科、時間外受診、患者要因、環境要因、医療提供要因等について分析を行うというところでありまして、それに沿った形での解析方針ということです。対象として、どの辺りにフォーカスを当てるかというのは、これも多々ご意見があるところかと思いますけれども、このような委託内容で受けておりますので、主に生活習慣病、骨折、糖尿病、そして透析はかなり事前の研究がありますので、歯科というところかと思って、解析を始めさせていただいたということになります。

解析の結果に入っていく前に、解釈として、大阪府の担当の方とも、何回も議論したところでありますので、共有させていただきますと、地域をどこまで深掘りしていくかというところで、都道府県比較、次の解像度としては、二次医療圏、そして市町村区という形に、どんどん細分化していくのが一つの方向であると、共有しているところではありますけれども、地域の集計値同士の比較であります、地域相関関係、地域相関分析ということですと、因果関係が分かるわけではないので、研究のやり方という意味もそうですし、データの中身

ということからも、これで例えば、相関があるから医療費が高い、だからこれが悪いことなのだ、あるいは負の相関があって、これをやれば医療費が下がるのだといった解釈というのは、無理であるということを承知の上で、見ていただければというふうに思います。特に医療提供体制のところに関しては、非常に誤解を招きやすい表現になり得ますので、例えば、何かしらの提供体制が整っていることが、医療費が高いことと正の相関があったから、それが必ずしも悪いことではないということを踏まえて、解釈していただければと思っております。

また、中間報告の段階で、大阪府の健康づくり実態調査、いわゆる生活習慣の状況を二次医療圏、あるいは自治体単位で見たものとの相関関係図、出しておりましたけれども、この点に関してもなかなか、解釈が本当に気を付けなければならない、というようなところが多々ありましたので、本来であればあまり解析として、例えば、現在の生活習慣と今年の医療費の関係を見たということが、何かしら意味を持つのかどうかっていうところは、専門の先生のご意見もいただきましたけども、なかなか解釈が難しいんではないかということで、中間報告に入っていたものの、最終報告に入っていないというところも、多々ありますことをご了承いただければと思います。

解析の全体の流れですけれども、7ページ以降のところにグラフの見方ということで、パターン三つ書かせていただいております。一つ目のグラフのタイプは、横軸に都道府県、そしてその中で箱ひげ図、点として各都府県の二次医療圏ということになっております。ちなみに都道府県というところですけれども、規模が大きい東京都、神奈川県、そして関西隣県という形で、載せさせていただいております。

箱ひげ図の真ん中の線の所が、点線のところですね。平均の水準がありまして、各都府県の中の、箱の中の真ん中の線の所が中央値。そして箱の上限が上位75パーセント、箱の下限が25パーセント、箱からはみ出した所は25パーセントないし75パーセント以上外れている所になっていまして、特に飛び抜けて離れているものに関しては、非常に高い値である、あるいは低い値であるというような解釈ができるものになります。

これに関しては、縦軸に総医療費、あるいは患者数で割りました患者数辺りの医療費ということで、提示させていただいております。その縦軸の選定に当たっては、総医療費であったり、あるいは人口1人当たりの医療費というのは、既に厚労省の資料もございますので、今回は一応、患者1人当たり、すなわちレセプトを今回扱うことができませんでしたので、診療の内容であったり検査、あるいは処方の選択、回数といったところを見ることができませんでしたので、何かしらより医療の内容に近いものということで、疾病ごとの患者数で割ったという指標を、作成しているという形になります。

次の8ページ、タイプの2という所は、それを地図に起こしたものですので、色が水色に近い所が医療費が高めである、濃いめであるほうが低めであるというような、色で表したものです。先ほどの箱ひげ図の中を、大阪府のところを地図に起こしたものになります。

タイプの3、9ページですけれども、これが横軸に二次医療圏ごとの医療提供体制という

ことで、特にがんに関する指標というものが、二次医療圏単位で全国的に公表されてるものがありましたので、がんに関して、この二次医療圏単位での相関を見る、というような形で示していることになります。右肩上がりであれば正の相関、右下がりであれば負の相関というところでありますし、灰色の所が 95 パーセント信頼区間を表しているということでございます。幅が広くて、かつ真ん中に近い所を含んでいると、相関としてはあまり強くないということです。

中間報告の段階で、皆さまから相関係数を示すべきだというご指摘いただきました。もちろん算出の過程、図を描く段階で算出しておりますけども、今回、解釈をどうするかというところにつながってきますので、数字が一人歩きするのはどうかということで、これも専門の先生とのご意見を交わす中で、あえて相関係数までは出していないというところになります。それはすなわち何かと言いますと、横軸に上げた医療提供体制が、例えば 5 パーセントプラスになることで、医療費がこれだけ上がるというような解釈をされてしまうと、あたかも、がんの医療体制を整えることが、悪いことのように捉えられてしまいかねないということがありますので、あえて参考程度としてこの相関値ではなくて、図という形で示しているということになります。

10 ページ以降は内容でございます。今回、使えるデータの中でも、解析の方針が定まるまでに時間かかってしまったということもありまして、順次疾病を増やしていこうということでございますけども、最初、胃がんということで、少し丁寧に話をした後は、結果の見方は同じになりますので、少しはしょっていければと思っております。

胃がん、胃の悪性新生物という形で集計されてるものについて、国民健康保険制度の入院、入院外、そして後期高齢者医療制度の入院、入院外、そして、それらを合わせたものの入院、入院外という形でまとめております。

11 ページの図を見ていただきながらと思います。上段のほうが、国民健康保険制度の医療費、そして下段のほうが、患者 1 人当たりの医療費としたものです。以降、後期高齢、そして国民健康保険制度と後期高齢を合わせたものとして、A、B、C という形になっています。

見ていただきますと、いずれも傾向としては同じなので、総医療費のほう A-1 でよいかと思いますけれども、見ていただきますと、赤の点線よりも上に来ているという意味で、大阪府、他の都府県よりも入院、入院外の医療費、総計ですけれども、高めにあるというところが、まずは一つ目のポイントかなと思います。また、二次医療圏の一個一個の点ということになりますけども、比較的狭い範囲に集中しておりますので、大阪府の中の二次医療圏間の違いというところは、全体を見るとそれほど、他の都府県と比べて大きくはないですが、1 点、大阪市二次医療圏のみ突出して高いというところが、特徴というふうに言えるかと思います。都府県によって、二次医療圏ごとの地域差と言っていいんでしょうか。二次医療圏差が大きい県もありますけれども、全体として胃がんに関しては、比較的二次医療圏の差っていうのは、それほど大きくはない。ただ、大阪市二次医療圏、そして右端の横浜二次医療圏の二つに関しては、非常に突出して高いというところが特徴である、というふうに思います。

A-2 のところが、患者 1 人当たりということになります。すなわち、患者数で割った場合、患者 1 人当たりの医療費の使われ方ということで、本来であれば、レセプトの中を一人一人集計すれば、ちゃんとした数字が出るわけですけれども、それが出せないということで、苦肉の策で患者 1 人当たりという新しい指標を出させていただいております。

ここでは、総医療費のときと傾向が変わっている、というところがポイントであろうかと思います。すなわち赤の点線、全体の平均よりも大阪府、一番左ですけれども、やはり高めではあるんですけれども、とはいえ先ほどの総医療費ほどの大きな違いが、他の都府県と比べてないんではないか、というところになります。また、大阪市医療圏が飛び抜けていたところも、ちょうど大阪府の中の二次医療圏の中では、中位ぐらいに落ち着くというところになっておりますので、A-1、A-2 二つを合わせて考察をいたしますと、やはり患者 1 人当たりが高いというようなことではなくて、患者数が多い所が問題であると。当たり前のことが、当たり前のように示されてるわけではありますけれども。患者 1 人当たりの医療費としては、大きな変化がないけれども、全体として患者数が多いことによって、飛び抜けてしまっている可能性があるのではないか、というような解釈になるということです。

他の都府県との比較、二次医療圏ごとに見ていくと、何かしら示唆が得られるところもあるのかな、ないのかなということなんですが、なかなかここから具体的な示唆、施策を引き出すほどの特徴的なものは、残念ながらなかったということです。以後、疾病あるいは歯科の疾患で出てきますけれども、二次医療圏の分布も微妙に上下していたりということで、特定のパターン、どっちのパターンを抽出するというところまでは、行かなかったというところでございます。

次 B-1、B-2 というところ、12 ページです。B-1 のところも基本的には後期高齢で、先ほどの国保と同じで大阪市、横浜二次医療圏、高くポツンと出ておりますが、その下の B-2 という所を見ていただきますと、国保のほうとほぼ同じような形で、大阪、若干高めではありますけれども、特に他の都府県と比べて、極端に高いというところはなく、吸収されているような感じになる。大阪市も全体の中位にあるというような形になります。

それを合計したのが C-1、2 ということになりますけども、これは A、B が似たような傾向でしたので、C-1、2 ということに関しても、同じような傾向であったということになります。

それを地図の上に示したものが次、14 ページになります。先ほどの箱ひげ図、見た目で示しただけですので、全体としては大阪市二次医療圏が高く出ておりますけれども、患者 1 人当たりの医療費ということにしていきますと、少し様相が変わると言いますか、大阪市が必ずしも上位、1 位ではなくて、これで行くと三島、堺市という所が、非常に狭い範囲の中ではありますけれども、若干高めであるというような形になります。これもいい悪いということではなくて、結果としてこのような形になりますので、繰り返しになりますけれども、医療の内容のところを見ていくためには、ここから先はどうしてもレセプトであったりが必要になってまいりますけれども、患者 1 人当たりの医療費ベースで見ると、このような形

になっているというふうに見ていただければと思います。

続いて、同じような話でございますので、割愛させていただいて、図の 16 ページ、17 ページ、18 ページ。医療費の総額、金額のところは変わりますけれども、傾向としては同じような形でありまして、総額としては大阪市二次医療圏、そして横浜二次医療圏、高いですけれども、患者 1 人当たりという形にしますと、そこは目立たなくなります。胃がんとの違いというと、他の都府県で上がったり下がったりがありますけれども、大阪府としては、極端な違いはないというところかと思います。

20 ページからが、肺がんということでございますけれども、肺がんに関しても同じような結果ではありますけれども、特に患者 1 人当たりの医療費、21 ページからのところですけれども、見ていただきますと、全体の平均により近づいている感じで、大阪府の中でも二次医療圏によっては、全体の平均よりも低めの所も出てきているところで、患者 1 人当たりの医療費では、ざっくりと見た感じでは極端に違いはないと。総医療費において大きいけれども、ということですので、同様に患者数をいかに減らしていくかが課題になるであろう、というふうに考えております。

25 ページから以降が医療提供体制、特にがんに対する医療提供体制で、二次医療圏別の指標が出ているものを、胃がん、直腸がん、肺がんの順で並べさせていただいております。

26 ページ見ていただきますと、一般診療所における悪性腫瘍手術を実施している件数、人口 10 万人当たりが多い二次医療圏がより右側に来るということになりまして、縦に患者 1 人当たりの医療費ということにしております。ここでは、あえて患者 1 人当たりの医療費ということを、縦軸にさせていただいております。すなわち、患者に対する治療を見ていくということで、総医療費よりも、より患者 1 人当たりの医療費のほうが、何かしらの解釈ができるかなということになっております。

胃がん、直腸がん、肺がんということで、それぞれちょっとずつ違うところがありました、というところを見ていただけるかと思います。胃がんに関しては、やや右肩下がりの傾向にあります。優位な相関かと言われると、灰色の所を見ていただきますと、かなり幅が広くて、上のほうが平らになっておりますので、相関がないか、あるいはあるとしたら、やや負の相関というふうになりますし、次の直腸がんの所を見ていただきますと、真ん中からちょっと上にあるかどうか、というところでございます。

これを解釈していこうと思うと、また注意点としては、一人一人の患者さんのデータを見ているわけではないので、病院当たりでもない二次医療圏として、こういった件数が出て、それで患者 1 人当たりの利用表を並べているだけですので、非常に解像度の低い解析であるということから、あえてあまりここを深読みしすぎてしまうと、よくないのかなとは思いますけれども、胃がんに関しては、一般診療所における手術件数が多い二次医療圏に関しては若干、患者 1 人当たりの医療費としては、低めであるような二次医療圏があったというところが、事実としてはそのようになってるのかなと思います。

続いて 27 ページ以降見ていただきますと、二次医療圏レベルになるとやはり、大きな規

模の病院であったり、診療所であったり、そういったことが出てくると、例えば飛び抜けて件数が高いものが、27 ページ、28 ページ。一般診療所における、化学療法の実施件数ですけども、出てきてしまいますので、これをどこまで深読みしていくかというのは、非常に悩ましいところではございます。ご存じのとおり、医療費適正化の第 4 期の中では、がんの化学療法に関しては、今後外来での治療を行うことが、医療費適正化につながるんではないか、ということの例示として挙げられているものであります。28 ページですけれども、これも右側の端っこのところを差し引いたとしても、特に傾向がぱっと出るような感じの内容ではございませんし、もう少しレセプトを、実際に病院でどういう算定をして、どういう治療を受けてるのか。そして、それで臨床的なアウトカムがどうなったかというところまで、本当であれば突き詰めた上で解析すべきですので、あえてあまり深読みはしませんけれども、一般診療所における外来化学療法の実施件数っていうのは、例示として上がっておりますので、今後、病院における化学療法の件数と、一般診療所における化学療法の件数を合わせて見ていくというのは、一つの見方になるのかな、というふうには思います。

31～32 辺りから、病理組織標本の作成件数、その後、術中迅速病理組織標本の作成件数ということになりますが、この辺りはいわゆる、がんに対する医療提供体制の充実で課題になっているので、こういう数値目標があって、数値が出ているということになりますけれども。正の相関になっているもの、負の相関になってるもの、いろいろ混ざっておりますし、がん種によっても違うということになっていきますけれども、右側にぽんと 1 個 2 個、ぽつぽつと出てしまうことによって、引っ張られておりますので、全体としてこれをどのように解釈していくかっていうのは、この二次医療圏の中でどんな病院があって、何かしらそういったことをやってるのかどうかを、つぶさに見ていかないと、なかなか解釈はできないというふうに思いますので、あえてあまり解釈せずに報告にしております。

最後のほうの 36～38 辺り、39 もですかね。がんのリハビリテーションから、悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定であったり、在宅医療総合診療科での算定があったかどうかですが、特にこの 40 ページのような形の、在宅でのがん医療です。繰り返しになりますけども、右肩上がりになってるから、医療費を上げているんではないかっていうのは、誤った解釈というふうに思いますので、くれぐれもここはご注意いただきたいと思いますが、そういう算定の医療機関があるところ、二次医療圏においては患者 1 人当たりの医療費が、全体としては高かったということでありますので、実際に在宅がん医療総合診療科の算定をしていることが、がん治療の中でどのような保険診療点数の取り方に影響してるかっていうのは、やはりレセプトにさかのぼって見て行く、あるいはレセプトでも十分に取り上げることができない内容かと思いますので、これは患者さんへの、あるいは医療機関への聞き取り等、丁寧な配慮があった上で、解釈をしていくべきデータかなというふうに思いますが、一応この数字としては、このような形で相関関係を出していることになります。

45 ページに、がんとしての小括ということを書かせていただいておりますが、基本的に医療費適正化を考える上で、何をどう考えるかというのは、非常に難しいなというところが

ありながら、特に、当初レセプトの内容、KDB であったり NDB であったり、あるいはその他の保険診療レセプトを見ていくということの中で、医療費を考えた上で、単価がどうなっているのかということと、医療サービスの提供料、どうなっていくか。その掛け算としての総医療費を見て、特に大阪がもし医療費高いということであれば、過剰な検査が行われているのではないか。あるいは、過剰な処方があるんではないか。そういったことを見ていくことが、本筋ではないかなと思いますが、今回のデータではそこまでできないということを踏まえて、患者１人当たりの医療費を出しました。

その結果、全体としては特に大阪府の中でも大阪市二次医療圏、高かったというところはデータとしてありますけども、患者１人当たりの医療費で言うと、それほど突出しているわけではないということで、医療の内容というよりも、やはり患者数を減らしていくことが重要だろうという、ざっくりとした解釈になります。

そういたしますと、がんを予防するということが重要であろうと。中間報告で上げさせていただいたように、たばこ吸う、吸わないということ。あるいは野菜をしっかり取る。塩分を控えるといった、一般的にがんの予防のためのエビデンスのあるものですが、これについて、同年のデータをぶつけて、相関関係を出すということに関しては、なかなか解釈が難しいということで、先ほど来、話をしているように、最終案からは抜かせていただいております。ただ、だからといって対策してはいい悪いということではなくて、引き続きがんを予防するための対策ということが、長い目で見たときの医療費適正化につながるのは、間違いないことでございますので、そのことについてしっかりと、これまでどおり、そしてこれまで以上に取り組んでいただきたい、というような内容を書いております。

医療提供体制についての解釈も、明確な解釈は避けた形にさせていただいておりますけども、がんの医療提供体制を充実させるべきという、大阪府のがんの立場からの、政策があるかと思いますけれども、それがどのような形で医療費に影響を及ぼしているのか。あるいは今後、影響を及ぼしてくるのか。医療提供体制に関しては、体制が整えば整うほど、アクセスもよくなって医療を受ける方が増えますので、医療誘発と言われておるような、医療費を、少なくとも短期的には、上がっていく方向になろうかと思います。それが本当に患者さんのためになっているということであれば、それでよしと思いますし、その上で医療費の財源の観点から、どのような形でそれを、バランスよく提供していくかっていうところは、またその視点も必要になってくるかと思いますが、地域相関解析というところでは、そこまでの解釈はできないということが書いております。

続いて参考として、大阪府の健康づくり実態調査の、二次医療圏別の差ということで書かせていただいておりますけども、大阪府の中で行くと、大阪市が突出して高かったというところから、やはり大阪市の所、注目して見ていくべきかなと思いますけれども、喫煙、特に受動喫煙であったりというところに関しては、さらなる引き続きの対策が必要かなというところありますけども、4 月の条例で全面施行ということもありますので、今後こういったことが、よい方向に働いていくかどうかっていうことは、期待されるところかなと思います。

がんに関して雑ぱくな解説になりますけど、以上です。

引き続き、歯肉炎、歯周疾患、そして、う蝕。いわゆる虫歯というところの話ですけれども、歯肉炎、歯周疾患に関しても、基本的には同じ解析をやっておりますので、50 ページ見ていただければと思います。

同じように、全体に比べて大阪府が、箱全体として高めであるということ。そして大阪市、横浜二次医療圏に関しては高いということ。がんに対するところと同じような傾向でございました。一方で A-2 を見ていただきますと、患者 1 人当たりの医療費というところになりますが、これは後に触れる糖尿病、あるいは骨折含めて、がんもそうでしたけども、患者 1 人当たりにしてしまうと、大体全国並みというところが多い中で、歯肉炎、歯周疾患に関する患者 1 人当たりの医療費というところに関しては、この見方をしても、大阪府が全体として高めであるということです。必ずしも大阪市っていうことではなくて、このところでは中河内、上がってますけれども、全体として、一番下の豊能であっても、他の都府県の二次医療圏よりは高いということがあります。

その次 B-1、2 は今度、後期高齢ですし、その次の C-1、2 ってところが、国民健康保険と後期高齢を合わせたものですけれども、いずれにしても大阪府の二次医療圏全て、患者 1 人当たりの医療費が、他の都府県と比べて、全体としても高いというようなことがありました。そうしますと、これをどう解釈するかということなんですが。一方で、歯周疾患のほうだけではなくて、う蝕のほうも見てみる必要があるのだろうということで、次に、う蝕が 55 ページからになりますけれども、同じ解析をしております。A-1 が国保の総医療費で、A-2 が患者 1 人当たりですけれども、患者 1 人当たりのほう、A-2 でいいかと思いますが、う蝕に関して見ると、先ほどの歯肉炎ほどの、他の都府県と比べて極端に高いということはないです。高めではありますけれども、やはり歯肉炎および歯周疾患が、患者 1 人当たりで見たときも高めであるというところは、ちょっと注意すべきポイントなのかなということが、見て取れるというふうに思います。

59 ページに歯肉炎および歯周病と、う蝕に関する総括ということで書かせていただいておりますが、先ほど来、繰り返しになりますけれども、総医療費が高いけれども、患者 1 人当たりでは高くないというパターンであれば、患者、減らしていきましょうということ、あるいは同じ、差は少ないとはいえ高めであるので、患者 1 人当たりの医療費を若干下げていくっていうのが、いいんじゃないかっていう話なんですが。歯肉炎、歯周病に関して言うと、やはり患者 1 人当たりの医療費は、他の都府県と比べてどの二次医療圏でも高いということがありますので、ここに関しては、今回の解析ではこれ以上できませんけれども、歯科レセプトの内訳等を見て、受診の回数が極端に多いような所がないか。検査の回数であったり、処方内容っていうところで、何か違いはないか。医療費が高いということの探索が求められると書いております。

繰り返しになりますけれども、医療費が高いことが必ずしも悪いと言っているわけではありませんで、本来、歯周疾患、定期受診が必要なものであれば、もしかしたら他の都府県

と二次医療圏が、十分に医療が提供できてない、あるいは、受診が十分にされていないという可能性もありますので、あくまでも医療費の話なので、これに医療の質であったり内容、あるいは患者さんが実際に、どのような恩恵を受けているのかは、また別の視点での情報が必要になるかと思いますが、医療費というところで行くと、レセプトの内訳を見ていく方向性が、次年度以降必要ではないかというふうに思います。それがう蝕と歯肉炎であっても、違うところがありましたので、特に歯肉炎、歯周病のところは、深掘りしていく必要があるかなというふうに思っております。あとは一般的な予防に関しては、引き続き必要であるというところは、同じ内容でございます。

60 ページ以降は参考として、実態調査の二次医療圏別の集計で、大阪府全体の喫煙。歯科疾患に関わるところということで、喫煙、歯を磨く頻度。また、健診を受けてますかというところの情報、書いておりますので、二次医療圏ごとに他の二次医療圏に比べて、歯の健康に関する指標で、低めての所は上げていく。あるいは全体として上げていくっていうような施策が必要であろうと思います。

62 ページ以降、骨折です。骨折に関しては高齢化、そして骨粗しょう症による骨折、増えているのではないか。また、骨折によってその後、非常に QOL、ADL が下がるであろうということで、取り上げられている疾患でありますけれども。

後期高齢者が特にポイントになりますので、64 ページの B のところ。B-1 が総医療費で、B-2 が患者 1 人当たりということですけども。基本的には同じパターンでありまして、全体より大阪府が高めで、特に大阪市二次医療圏、横浜二次医療圏が高いけれども、患者 1 人当たりというふうに割っていくと、若干高めである程度に落ち着いてくるところでございます。

ですので基本的にはこの点に関しても、患者数を減らしていくための政策が必要であろうということで、骨折の背景となっているのが、骨粗しょう症であろうというところを含めて、67 ページに総括させていただいております。骨粗しょう症の健診等も必要かと思いますし、身体活動とか運動を促していくところが必要であろうということで、同様に健康づくり実態調査について、70 ページまで参考資料という形で、載せさせていただいております。

最後に糖尿病のところでございますが、糖尿病に関しても、基本的には同じになりますので、74 ページ C-1、2 まで飛んでいただければと思いますが、全体として大阪府、高めであるということ。大阪市、横浜二次医療圏が高めである。突出しているというところ、同じでありまして、C-2 を見ていただきますと、患者 1 人当たりで行くと、だいぶ他の都府県と同等であると。一方で東京、神奈川に比べると、関西全体としてちょっと高めである可能性も見えるかな、というところがあろうかと思います。

これも繰り返しになりますけれども、糖尿病もどちらかというと、診療が足りてないところが多々指摘されてるので、これが適切かどうかに関しては、医療の質、あるいは患者のアウトカム、治療がうまくいってるかどうかも含めた評価が必要になるかと思います。

ということで、76 ページにまとめ書かせていただいておりますけれども、患者数を増や

さない、できれば減らしていくべきということで、糖尿病診療ガイドラインの中での予防として、身体活動、運動習慣。適切なエネルギー量での食事摂取等々、合併症予防のためのものの前提として、糖尿病患者を減らしていくというところを、いかに取り組んでいくかは、他の取り組みとともに大阪府の重要な課題かなと思っております。

参考として、77 ページ以降、大阪府健康づくり実態調査から、食生活に関すること。そして運動に関することで、挙げさせていただいていることになります。

最後のところ、80 ページと 81 ページに、限界と展望ということを書かせていただきました。現在、医療費適正化計画も第 4 期に入っておりまして、大阪府もそれに合わせて、政策立案というところでございますが、第 2 期、第 3 期から、第 4 期になったときの、一つの大きな転換点としては、これまではどちらかと言うと特定健康診査始め、予防であったり健康づくりで医療費適正化していこうというところが主であったものが、かなりそのところを、特定健康診査頑張って受けましょうだけではなくて、実際にどれだけ血圧が下がりましたか、どれだけ肥満が解消されましたかという、アウトカムで見ていくべきだというような、実効性に注目すべきという方向転換があり、また医療の提供体制の中でよい医療を、例えば今回で行くと、がんに対する医療を充実させるっていうところで、あまり節約をするというのは、国民の医療にマイナスの影響もあるということになるかと思いますので、同じ医療であってもあまりエビデンスのない医療、あるいはやってもやらなくても、それほど患者さんに不利益にならないような医療というものを洗い出して、そこは減らしていくべきだろうというのが、第 4 期医療費適正化計画の方向かと思います。

その点でいきますとやはり、診療報酬レセプト、個々のレセプトの中を見て、例えば感冒、風邪に対する抗生物質がまだどのぐらい出ているのだろうか、というような話であったり、あるいはどんな抗生剤が出されているのだろうか。あるいは、後発医薬品の利用頻度はどのぐらいになっていくのだろうか。あるいは、先ほど話にありましたが、がんで行くと、一般診療所での化学療法であったり、白内障手術は日帰り手術でいいのではないか、というような例示がかなり具体的に、第 4 期医療費適正化計画で上がってますので、ぜひ来年度に関して言いますと、そういったレセプトをベースにした診療の中身で、特に全て満遍なく減らすということではなくて、価値が高いものは残して、しっかりそこには充実させた医療提供をする一方で、価値がなかなか明確ではないもの、あるいは、あまり価値のない医療というふうに、みんながコンセンサスを得られるようなところに関しては、減らしていく努力をすべき。そのための指標化、見える化というところが必要ではないか。そのためには NDB、あるいは可能であれば KDB であり、その他の保険者のデータベースを使っていくっていうところが、一つの観点。また、レセプトを患者さんのアウトカム、治療がうまくいったかどうかっていうところまでは、なかなか拾えないものですので、患者さん、あるいは医療機関へのデータを取りに行くような調査っていうことも、一つの方向になるのかなというふうに思いますので、それは次年度以降への展望ということで、書かせていただいているところになります。

いったん、長くなってしまいましたが、ここで説明を終わりにさせていただきます。いろいろとご批判、ご意見あるかと思いますので、ぜひ忌憚のないご意見をお寄せいただければと思います。

ご質問ある方、挙手ボタンないしはご発言、始めていただいてと思います。いかがでしょうか。

【事務局】

事務局から何件かよろしいでしょうか。

まず、事前の、委員へのご説明のほうでは、概要版のほうもお話させていただいたんですけども、前からお願いしておりますけども、なかなか報告書、全部読み切るというのは難しい面もありますので、概要版のご準備は引き続きお願いできますでしょうか。

【川崎会長】

2 ページ程度の概要版ということで、よろしかったでしょうか。

準備いたします。

【事務局】

ありがとうございます。

あと、相関のところなんですけども、相関係数について、誤解を招く表現になるということは承知しましたので、そのくだりを記載していただくことは可能でしょうか。なかなか相関あるないだけで、報告書を読んだときに、分かりづらい面もあるかなと思いますので、先ほどご説明いただいたような点も、記載いただくのは可能でしょうか。

【川崎会長】

方法のところに記載をさせていただくようにいたします。

【事務局】

ありがとうございます。

あと、相関があるのかどうかは置いといてなんですけれども、例えば 25 ページのところで、直腸がんのところで、図の 6-4-9-B、真ん中辺りには、正の相関と書かれたのが一つとして挙げられているんですけども、34 ページにその図の 6-4-9-B があるんですけど、正の相関があると示唆されたと言えるかどうか、右の点に引っ張られてるようにお見受けします。これが仮に正の相関があると言えるのであれば、その上の図の 6-4-9-A も、正の相関があると言えることになるかなと思いますので、全体的に見直しをいただきたいですけども、よろしいでしょうか。

【川崎会長】

9-A と B は分かりづらいようになっていますが、おっしゃるとおり、右に 1 個点があるだけで引っ張られておりますので、本来やるべきではない解析ということで、あえて繰り返しになりますけど、相関系図を出すこと自体、この図を出すこと自体、非常に出したくないかなというふうに思いますが、解釈のところで行きますと、灰色の線の下辺というんでしょうか。一番下、9-B でいくと下辺に当たるところが、水平よりもちょっと上に上がっているので、95 パーセント信頼区間を持っても、正の相関があるという形になります。

A に関しては、グレーのところの上辺が水平よりも右上に上がっていますので、95 パーセント信頼区間で行くと、上の可能性もあるということで、これは優位な相関にはならないという、そんな形なので。だからそれも含めて、なかなかどういうふうに考えたらいいのか難しいなと思いながらではありますが。一応、B のほうは相関があると、右側の離れ小島を入れた形の解析であれば、こうなってしまいます。だからと言って、ここの右側をはじいていいかどうかの判断、なかなか付きかねないので、こういう形で出てるというところがあります。この点は、補足の説明を付けるようにする、ということでよろしいですか。

【事務局】

お願いいたします。

総医療費のところですけれども、例えば 11 ページ。総医療費について縦軸のところを見ますと、人口 10 万人当たりっていう記載がありまして。そうすると、総医療費ではなくて、人口 10 万人当たりの医療費という言い方で合ってますでしょうか。

【川崎会長】

確認させていただきます。

基本的には、相対的な関係を見ていただくのがポイントかと思って、作成している図でございますので、内容としては変わらないのですけど、桁と単位、整理させていただくようにいたします。

細かい話になってきましたので、一旦、委員の先生がたはいかがでしょうか。

寺澤委員、お願いします。

【寺澤委員】

49 ページから 53 ページのところに、歯周病の点数が少し、費用が高いんだよという話が出てたかと思うんです。私も NDB のほうのデータを調べてみましたが、少しデータ共有させてもらってもよろしいですか。

NDB から引っ張ってきたんですが、一番新しいのが令和 4 年で、ちょっとまだ、コロナの影響があるのかなというところがあったので、要は患者さんがどれぐらい、増えてるか減ってるかっていうことかと思うので、初診料、再診料を全部拾ってきた回数で見ると、やっぱ

り令和 4 年は、令和元年とか平成 28～29 年から比べると、少し少ないところは確かにあります。

歯周病にかかる診療報酬の費用がかかってるということですが、歯周病の中で一番、歯科で点数のかかるところっていうと、下にずらっと並べていまして、一番上に歯周ポケット掻爬術 80 点から、一番下にある歯肉歯槽粘膜形成手術 2820 点というのまであります。これが歯周外科手術と呼ばれてるひとくくりで、J-63 っていう項目になるわけですけれども、歯周外科手術が一番、いわゆる歯周病の治療としては、重度の歯周病の患者に行う治療というふうに、考えていただいていいんじゃないかと思います。その回数は平成 28 年から見ていただくと、51 万回、48 万回。そして令和 4 年にいたっては 39 万回と、だいぶ歯周外科手術の数は減ってきているんですよね。ということは歯周病の治療と言っても、いわゆる軽度な治療から重度な治療というのがあるんですけれども、いわゆる医療の質という言葉がよくありますけれども、重度の治療は徐々に減って来てるっていうのが、レセプトデータからはっきり見えてるなと。これ、大阪府だけのデータです。

あと、抜歯の数です。抜歯手術は、歯周病の中には含まれていないかと思うんですけれども、この本数もやっぱり、平成 28 年令和元年は本数が一緒でしたけれども、令和 4 年に関しては、若干ですが少し数が減ってきてるというのがあります。ですので、もちろん抜歯にいたる理由っていうのは、歯周病ばかりではないのは、よく理解はしていますけれども、やはり歯周病で歯を喪失するということは、非常に多いかと思うので、大阪での抜歯の本数が減ってきているっていうのは、歯周病治療が当然、ある程度しっかりしていないとできていかない。かつ、歯周病の治療の中でも、いわゆる重度の治療というのは減ってきてるってことからいうと、私は医療の質は、よくなってきているんではないかな、というふうに思いました。ただ、確かに大阪市のデータがぽつんと、グラフからすると飛んでいるので、これはいろいろ考えるところはあるだろうな、とは思いますが、そういった事情が見えるかな、というところがありました。以上です。

【川崎会長】

大変貴重な情報、ありがとうございます。まさにレセプトの中を見ていくことによって、こういった今ご指摘のような、ある程度重症度であったり、重症例がどういう推移を取っているのかという、非常に解釈につながるデータが出てくると思いますし、先生ご指摘の歯周外科手術、非常に重症であるから、高額な手術が必要となるかと思いますけれども、それが減ってきているというところ。抜歯手術も若干ですけども、増えておかしくないところが、減ってきているというところは、非常によい方向に向かってる可能性を、示唆するデータかなと思います。

続きまして澤先生、お願いをいたします。

【澤委員】

非常に適切にまとめていただいてると思います。

やはり今回、がん診療中心だとしたら、がんは早期発見、早期治療が主眼であろう。遅くなれば遅くなるほど、医療費がかさむ。だけど、さりとてかさむからやめておくという話では絶対ないので、先生がおまとめになったとおりだと思います。やっぱり早期発見、早期治療的な健診を勧めるということを主眼に置きながらも、全体に適正にがんの診療を行う意味では、使い方としては妥当な方向というか、これが間違ってるという話はないんですよね。妥当でないということは、絶対ないと思うので、方針も含めてぜひ、やっていただいたらと思いますが、一つ問題となるのは、最近の高額な先端医療ですよね。これがやはり、どんどん過剰になっていく医療費に、追い打ちをかけてるんではないかと。私どもの併設病院でも、去年も売り上げ過去最高だったんですけど、収益性は非常に下がっていて。この辺りが本当は、メスを入れていただくべきというか、議論してもよい観点ではないかなというのは、一つ思うところであります。

もう一点ですけれども、私、循環器の専門なので、循環器のことも今後、取り上げていただくのかなと思いますし、過去に取り上げられたかと思うんですけど、循環器はちょっとがんと違いまして、早期発見、早期診療だけではないんです。

【川崎会長】

本当に貴重なご指摘と思います。

全くそのとおりで、今回非常に丁寧な議論をしないとですし、治療の内訳まで見ていって、初めて分かるところがありますので、やはりレセプトを使った解析というところで、先ほどの歯科の内容もそうですけれども、どのような治療をやっているかっていうことを丁寧に見ていくという、本当にご指摘のとおり、循環器まさに応用問題なので、ぜひ先生のお知恵を借りしながらやっていきたいと思います。

あともう一点、貴重なご指摘なのが、早期発見ですね。特に私のような公衆衛生の立場ですと、予防と早期発見ということを、よく言ってしまうんですが、予防はまだしも、早期発見、早期治療で完治とか、何かしらその後、医療費がかからなくなるようなものであればいいんですけども、早く見つけた分、単に治療期間が延びてしまうというようなところも、考えなければならない。がんで行きますと、最近健診もやりすぎなところがあるんではないか、ということで見直しというような話が始まっておりますけれども、その他の疾患についても、予防のところ、そして早期発見だけではなくて、その後どうするかというところも、セットで考えて医療全体を考えていくっていう、本当に大切なご視点いただいたと思います。ありがとうございます。

ぜひ来年度以降の解析をするときに、一つの柱として取り上げていただきたいというふうに、個人的には思うところでございます。

続きまして山口委員、ご質問、お願いいたします。

【山口委員】

ありがとうございます。非常に詳細な資料、とても勉強になりました。

私もいろんな相談を聞いていまして、例えばがんの場合に、遺伝子パネルで適合する薬があるかどうかを探すのは、標準治療が適応にならない人が、対象になっていると思うんですよね。そうすると、適合した場合にかなり高額な薬剤を使うことになります。ところが、遠隔転移している場合だったりしますと、新薬を使うことによって、体に負担が大きくて、それによって、転移のスピードを速めてしまったりする患者さんがいます。そういう状況を見ていますと、高額薬剤が果たして本当に、患者にとってプラスになっているのかどうかも、この医療費を考える上では非常に大きいことではないかと思っています。

ですので、果たして高額薬剤が、どういう患者さんに使われていて、その方たちの転帰がどうなってるのか。そんなことも、そろそろ検証しないといけないんじゃないかなと感じていましたので、ぜひ今後、分析を進めていかれる中で、どこまで可能なのか分からないですけども、そういった視点も大事なんじゃないかなというふうに思いました。

今、高額療養費制度のことが、非常に話題になっていますけれども、私は高額療養費制度が現物給付になったことによって、上限額しか払っていないので、患者さんが一体、自分がどれぐらい医療費を使っているかっていうるのか自覚しにくくなっていることも一つ、問題としては大きいなというふうに思っていますので、その辺りの高額な薬剤が、どのように使われているかということの検証も、必要ではないかなというふうに思いました。以上です。

【川崎会長】

ご指摘ありがとうございます。今、高額薬剤がいろいろな所で期待もあり、また期待どおりではないところもあり、そして何より、薬剤の費用が本当に飛び抜けて高いというところがありますので、それをどのように適正に使っていくかが、まさに適正化の観点、非常に重要であると思います。

研究としては、全国のがんの研究グループ、例えばJapan Clinical Oncology Group、JCOG というグループがありますけれども、高額な薬剤、がんの治療費の薬剤の状況とアウトカムっていうことを、他施設の病院のデータを集めて解析をするというような、そんな取り組みというか、報告が出てきておりますけれども、やはりこれは大阪府という地域の枠の中で、実態がどうなっているかというところを押さえておくことは、非常に重要な視点かなと思います。

なかなか、どういう形で実現できるかというと、かなり病院のご協力をいただきながら、なのかなというふうに思いますけれども、本当に貴重なご意見だと思います。

【山口委員】

1000 万円を超えるレセプトが、うなぎのぼりに増えてきているという実態を、この間見まして。昔は循環器の薬が高額の大半を占めていたのが、今はほとんど抗がん剤だという話

ですので、そこの視点は大事だと思いました。

【川崎委員】

そうですね。高額レセプトの見直しというところからだと、やるような方法も見えてくるのかなと思います。ありがとうございます。

高額医療費の扱い、ちょうど今、議論になっているところでありますけれども。またこれからもなお、医療費をどのように顕在化させていくか、府民含めてどういうふうに実感をしていくか。それが極端な医療提供体制に、悪影響を及ぼすようなことがない、本当に適正な理解をして、適正に受けていただくという、本当に難しい話でありますけど、今回高額医療費の話が、政治の中で出てきたということは、個人としては論点を明確にするという意味で、これまであまり興味のなかった層も含めて、議論が起きているということは、非常によいことなのかなと思います。

一方で、やはり先ほど来、申しました、第4期医療費適正化計画の中でも、議論が分かれるものであったり、あるいは非常にエビデンスがあって、高額であってもこれはよく効くんだというものに関しては、やはり日本の医療制度を守るためには、しっかりとサポートをしていく一方で、あまりこれはそろそろ、昔はよくやっていたけど効果もない、という小さいものも、ちりが積もればということで、2割から3割ぐらい、医療全体で節約できるんではないか。そういう価値と言っていいのか分かりませんけど、効果がそれほど明確ではないもの、あるいはないんではないかというものを、節約していくというほうが、全体として最適化されるんではないか、という考えがあって。私もどちらかというと、そのほうがいいんじゃないかなと思っております。

先ほど来、話が感冒に対する抗生剤であったり、腰痛に対する治療も、すぐに治療するのではないというか、すぐに検査たくさんするのではなくて、少し様子を見てからとか、いろんなポイントをまとめている研究がございますけれども、適度な治療。そして患者さんが不利益を被らない、比較的安いけれども頻度が高いところをできるだけ削って、高額な医療がいいわけではないですけれども、高額であっても適切な医療を受けることがきるっていうのが、理想なのかなという気はしています。これも個人的な意見ではありますので、ぜひ皆さんのご意見いただければというところでございます。

それに資するところを考えると、レセプトなり、先ほど寺澤委員のように、NBDを使ったデータに基づくところは欠かせない。それだけではないかもしれませんけど、欠かせない要素なのかなと思います。

他、いかがでしょうか。

永濵先生お願いします。

【永濵委員】

まず、大阪府の方にお聞きしたいんですけど、提供されたデータから、入院と在宅、外来、

療養費等の各データっていうのは、詳細は分かるんでしょうか。

【事務局】
現状のデータでは分からない認識ですが、川崎会長いかがですか。

【永濵委員】
今の切り口であれば、疾患によってですけども、結論として、歯周病とか歯肉炎とかの単価が高い、という結論にしかなってないんですけども。やはり、他の疾患とかについての詳細なチェックがいるのと、大阪府の医療費が高いのは、単に人口が多いとか、罹患数が多いという、それだけの話ではないかとは思います。

以前から指摘しておりますように在宅医療、今は入院から在宅医療にすることによって、医療費の削減を図るということで、どんどん転換が図られておりますし、そのこともあって、ベッド数を減らしていくっていう流れにはなっておりますが、逆に在宅医療で、費用が上がっているっていう面もございます。それは医療費、それと訪問看護。特に在宅訪問看護は非常にお金がかかりますし、在宅のメインはどちらかというと、訪問看護ステーションに、医療費がかかって当たり前なんですけども、その両者で足し合わせると、入院費を越えるっていうデータもございます。

ですので、やはり疾患だけではなくて、医療形態というところで、そういう見方をしていかないと、詳細が分かってこないところも、陰に隠れるところがないかというところと、もう一つ療養費です。要するにわれわれ整形外科の先生がたが、これは医療ではなおらないよということで、マッサージとか針灸、あんまのほうに患者さんが行かれるわけですけども。われわれ医療の面でも、審査というのがございまして。それは歯科も一緒だとは思いますが。そういう審査を経て、適正な医療に修正をかけるわけですけども、今現在、大阪府医師会が関与している審査委員が、療養費の審査会に出席をしてそれを指摘しても、実際に実施なさっている担当者の方は、全てチェックをなしにしてしまわれるという、そういう現実がございますので、何も審査が行われていないのと同じことが現実には起こっておりまして。審査委員が続けたくない、というようなご意見もございます。ですから、そういうところ、適正な審査が行われているのかも含めまして、問題提起をさせていただいてるんですけども、なかなかこういう会の俎上に乗ってこない、というのがございまして。そこら辺は、何かしらの切り口で光を当てて、チェックをしていかないといけないのかな、というふうには思っているのですが、いかがでしょうか。

【川崎会長】
大阪府のほうでよろしくお願いします。

【事務局】

まず、最初のご質問にありました疾病、在宅医療にすることによって医療費があがるというのは、残念ながら今回のデータでは分かりませんので、またそういったところでも見ていければな、というふうに思っております。

あと、療養費のところにつきましては、当課の担当グループにも伝えまして、今いただいたご意見も踏まえてどうやって取り組んでいけるのか、といったようなところを考えていきたいと思います。ありがとうございます。

【川崎会長】

診療レセプトの中で、在宅医療に関して見ていくということは、可能性としては大いにあることで、先生ご指摘のとおり、制度と実際にどれぐらい、それで周辺の費用も含めてかかっているのかというところ、丁寧に取ることはNDBデータ、あるいは各種保険診療報酬レセプトの中で、ある程度は推測できるとこあるかな、というふうには思うところです。

あと、種別療養費については、また別の視点が必要というところも、ご指摘のとおりかなと思っております。特に柔道整復、整体、そこのところの都道府県比較も以前から出ているところで、大阪府としても適正化に向けた分析、数年前に確か、何かしら出していたかと思いますが、また現状に合わせて、それが適正な方向に向かっているのかどうかは、継続して評価すべきかと思いますので、こちら意見としてぜひ残させていただいて、また来年以降に生かしていくということをさせていただきたいと思います。ありがとうございます。

【永瀧委員】

ありがとうございます。ぜひ来期以降に、必ずこういう問題を引き続いて、検討いただければと思います。よろしくお願いいたします。

【川崎会長】

ご意見ありがとうございました。

そういたしましたら、多くのご意見いただきまして、時間が迫ってまいりましたが、よろしいでしょうか。

かなりご意見広くいただいたので、全部取り入れることできるかどうか、今回の解析ではなかなか、委託の中ではできないところあるかと思いますが、その点に関しても来年以降にということで、記録に残していく方向で行きたいというふうに思います。ありがとうございます。

そうしましたら議題の2、その他に移りたいと思います。こちら、事務局のほうからお願いをいたします。

【事務局】

簡単に、来年度のスケジュールについて説明いたします。来年度は、第3期医療費適正化

計画について、既に実績評価をしていますけれど、それに令和5年のデータを追加いたします。

あとは、第4期医療費適正化計画の、進捗状況の確認を実施する予定でございます。以上で議題2その他についての説明を終わらせていただきます。

【川崎会長

ありがとうございます。

そうしましたら今、議題の2、あるいは全体を通じてご意見ございますでしょうか。よろしいでしょうか。そうしましたら、事務局のほうに進行をお渡しいたします。よろしくお願いします。

【事務局】

川崎会長、ありがとうございました。

最後になりますが、大阪府健康医療部健康推進室国民健康保険課長の宿南より、ごあいさつをさせていただきます。

【国民健康保険長】

長時間にわたるご審議、ありがとうございました。

本日は年度末のお忙しい中、ご出席いただきまして誠にありがとうございます。また、医療費分析の報告につきましては、それぞれのお立場から、多岐にわたるご意見、ご審議を賜りました。先ほど申し上げました、3期計画の評価につきましては、昨年皆さまのご意見いただきまして、国へ提出を行うことができました。また、第 4 期計画の改訂につきましては、今年度中に国へ提出するための準備を終え、着実に事業を進めることができました。この場を借りて、重ねてお礼を申し上げます。ありがとうございます。

また来年度のご審議につきましては、先ほど申し上げましたとおり、実績評価、進捗状況の確認を予定しておりますので、引き続きご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。本日はどうもありがとうございました。

【事務局】

次回の審議会につきましては、来年度にあらためて日程を調整させていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

本日はこれで閉会とさせていただきます。ご退出いただいて結構です。ありがとうございました。