**平成29年度**

**第1回大阪府医療費適正化計画推進審議会**

**日時：平成29年9月7日（木）**

**午後3時から午後5時**

**場所：日本赤十字社大阪府支部401会議室**

**【司会】**

それでは、みなさんお揃いになりましたので、ただいまから平成２９年度第１回大阪府医療費適正化計画推進審議会を開催させていただきます。委員の皆様方におかれましては、ご多忙のとろころご出席を賜り、誠にありがとうございます。本日司会を務めさせていただきます健康医療総務課の三竿と申します。よろしくお願いいたします。それでは開会にあたりまして大阪府健康医療部長藤井よりご挨拶をさせていただきます。

**【健康医療部長】**

大阪府健康医療部長の藤井でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。開会にあたりまして、一言ご挨拶申し上げます。本日は大変ご多忙のなか、また、若干雲行きが怪しいなか、ご参集いただきまして誠にありがとうございます。本審議会は医療費適正化計画第３期計画についてご審議をいただく場ということでございます。ちょうど本年度は、保健医療計画なり健康増進計画なり、保健医療に関する計画の一斉改定が行われる年でございます。この医療費適正化計画につきましても、他の計画と整合性を取りながら策定を進めていく方針でございます。また、この3期計画の改定に当たりましては、国の方針ではデータ分析に基づいて医療費の地域差を見える化し、その背景を分析することで地域差の縮小を行うということが、この3期計画の重点とされております。本日は、まず大阪府における医療費や受療行動の地域差に関するデータ分析をお示し致しました。その上で、他県等との比較を踏まえた分析あるいはそこから分かる課題・方向性を中心に、ご議論頂きたいと存じております。今後、超高齢社会を迎える中で、適切な医療サービスを維持しながら持続可能な社会保障制度を担保していくために、医療費適正化の推進について都道府県の強いガバナンスを求めると、国の方向性はそういう方向性に向いているところでございます。その指標となる計画の策定に向けまして、本日は幅広い観点から忌憚なくご議論を頂けますと大変幸いに存じます。どうぞ、よろしくお願いを申し上げます。

**【司会】**

　次に、本日ご出席を頂いております委員の皆様を配席順にご紹介させて頂きます。生野委員でございます。

**【生野委員】**

　生野でございます。よろしくお願い致します。

**【司会】**

　今中委員でございます。

**【今中委員】**

　今中でございます。どうぞ、よろしくお願い致します。

**【司会】**

尾島委員でございます。

**【尾島委員】**

　尾島でございます。どうぞ、よろしくお願い致します。

**【司会】**

喜多委員でございます。

**【喜多委員】**

喜多でございます。よろしくお願い致します。

**【司会】**

　北垣委員でございます。

**【北垣委員】**

大阪府歯科医師会の北垣でございます。よろしくお願い致します。

**【司会】**

　磯会長でございます。

**【磯会長】**

磯でございます。遅れて申し訳ございません。よろしくお願い致します。

**【司会】**

　木山委員でございます。

**【木山委員】**

木山です。よろしくお願い致します。

**【司会】**

武本委員でございます。

**【武本委員】**

武本でございます。よろしくお願い致します。

**【司会】**

平野委員でございます。

**【平野委員】**

　平野でございます。よろしく願い致します。

**【司会】**

　福原委員でございます。

**【福原委員】**

福原でございます。どうぞ、よろしくお願い致します。

**【司会】**

　また、事務局につきましては、配席図に記載の庁内関係課が出席しておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。なお、山口委員および、今年度より委員にご就任いただいております貝塚市福祉部 部長の櫛本委員、大阪府国民健康保険団体連合会 専務理事の山本委員におかれましては、諸用のためご欠席となります。本日は、当審議会委員13名中10名の皆様にご出席いただいております。審議会規則第4条第2項より、会議開催のための定足数を満たしておりますことをご報告いたします。なお本会議は、大阪府情報公開条例第33条により、公開により実施と致しますのでご了承願います。本日の傍聴は1名となっております。また、会議は録音させていただいておりますのでご了承願います。

続きまして、資料のご確認をお願いいたします。まず、お手元のクリップでとめております資料の上から順番に確認をさせていただきます。上から順に次第、委員名簿、配席図、附属機関条例、審議会規則、本日の会議で議論いただきたいポイントをまとめたものがございます。

次に、資料の右肩部分に資料番号が入っているものとしまして、資料１（Ａ３横のもの）になりますが 第2期大阪府医療費適正化計画　個別施策の実施状況と評価（平成28年度）。続きまして、Ａ４のものになります。資料2 第2期大阪府医療費適正化計画　進捗状況の自己評価の方法について。資料3 第1章　計画の背景、概要。資料4 第2章 大阪府の医療費や受療行動の地域差の見える化。資料5 第3章　課題と今後の方向性。資料6 第3期大阪府医療費適正化計画　策定スケジュール(案)というものになっておりますが、資料で何か不足等ございますでしょうか。それでは以降の議事進行につきましては、磯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。

**【磯会長】**

　それでは、早速議事に入りたいと思います。非常に重要な審議会としての位置づけを今、藤井部長のほうからお話がありましたので、是非とも積極的な審議をお願いします。まず議題1ですが、「個別施策の平成28年度実施状況と評価について」。これについては、第2期大阪府医療費適正化計画で定めた目標実現に向けた施策の平成28年度の実施状況と、各担当課の自己評価の説明を受け、その内容について皆様のご意見をいただき、審議会として評価を行っていくものであります。それでは、事務局から説明をしていただきたいと思います。よろしくお願いします。

**【事務局】**

健康医療総務課の上田と申します。座って説明させていただきます。

それではまず、資料１をご覧ください。表紙をおめくり下さい。資料左から、第2期計画の柱立て、目標値、個別施策、個別施策に係る指標と実績値、28年度の取組みと課題、29年度の取組状況と今後の方向性、自己評価となっており、本日いただく審議会からの意見を記載し、府ホームページに掲載いたします。このうち、自己評価の考え方につきまして、先に資料2でご説明いたします。資料2をご覧ください。

1. 自己評価する際の基準につきましては、「評価に当たっては、目標達成率や事業の進捗状況・

内容を総合的に勘案したうえで、計画最終年度における目標達成の可否を見据えた評価とする。」ことを、昨年度の第1回審議会でご説明させていただいております。

1. 平成28年度の実施状況ですが、計画以上に進んだと評価するのは、29年度に達成すること

を目標としているところを、28年度中に指標数値を達成している場合です。「おおむね計画どおりに進んだ」と評価するのは、様々な取組みを行うことで改善傾向にあり、計画最終年度において指標数値達成の見込みがある場合と、計画最終年度において指標数値達成は困難であるが、様々な取組みを行うことで改善傾向にあると言える場合が含まれております。その他記載の理由により「おおむね計画どおりに進んだ」と評価したものもあります。「計画どおりに進んでいない」と評価するのは、計画最終年度において指標数値の達成は困難と言える場合です。

では、資料1にお戻りいただきまして、1ページから順に主な点について説明させていただきます。一つ目は、左側のア「住民の健康の保持に関する事項」のうち、（1）「特定健診・保健指導の着実な推進」です。①の「特定健診の受診率、保健指導実施率向上に向けた取組」に関して設定している3つの指標、特定健診受診率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合の減少数、いずれにつきましても、実績値は伸び悩んでおります。

「28年度の取組み」でございますが、国民健康保険及び協会けんぽ等と連携して、特定健診や医療費に関するデータを分析し、保険者や市町村等へ分析結果を情報提供しました。また、市町村等への支援として、研修会の実施や、健康マイレージ事業への支援を行いました。さらに、協会けんぽと連携した中小企業への支援として、データ分析結果を踏まえた啓発資材の作成、健康経営の考え方の普及を図るためのセミナーの開催、また、健康づくりに積極的に取り組む団体等を表彰し、優れた取組事例を発掘・周知する大阪府健康アワードの実施などに取り組みました。

「29年度の取組状況、今後の方向性」ですが、28年度の取組みに加え、新たに、協会けんぽと連携したモデル職場へのサポートチームの派遣事業や働く世代の女性向けセミナーを実施するとともに、保険者協議会との連携ということで、特定健診従事者のスキルアップを図るための研修会実施への協力を行っております。自己評価につきましては、様々な取組を行うことで改善傾向にありますが、計画最終年度において指標数値達成は困難であり、「おおむね計画どおりに進んだ」という評価としております。2ページの②「特定健診当日の喫煙と高血圧の者への指導」につきましては、実績値としては改善の傾向にあると言えます。28年度の取組みとしては、市町村向け研修会の実施や啓発リーフレットの作成などを行いました。自己評価ですが、様々な取組みを行うことで改善傾向にあり、計画最終年度において指標数値達成の見込みがありますので、「おおむね計画どおりに進んだ」としております。

1. 非肥満者への取組みにつきましては、実施市町村は増加傾向にあります。28年度は、国保特

別調整交付金を活用し、市町村における、非肥満血圧・血糖高値者への受診勧奨事業を促進する取組みを行っています。この③非肥満者への取組みについては、指標数値は設定しておりませんが、これらのことから、「おおむね計画どおりに進んだ」と自己評価しております。

3ページのア(2)生活習慣と社会環境の改善に向けた取組の①「栄養・食生活の改善」ですが、指標に掲げております、「うちのお店も健康づくり応援団」の協力店は年々増加しております。28年度の取組みとしては、大阪版健康・栄養調査の結果を基にした府民の栄養・食生活の課題の分析・公表や、関係機関や民間企業との連携による食環境整備に取り組みました。様々な取組みを行うことで改善傾向にあり、計画最終年度において指標数値達成の見込みがありますので、「おおむね計画どおりに進んだ」と自己評価しています。②「身体活動・運動の習慣化」については、日常生活における歩数の数値は改善傾向にあると言えます。28年度は、健康マイレージ事業に取り組む市町村への支援を行うなどの取組みを行いました。様々な取組を行うことで改善傾向にあるが、計画最終年度において指標数値達成は困難といえますので、「おおむね計画どおりに進んだ」としております。

4ページのア(2)③「休養・睡眠・こころの健康づくり」ですが、睡眠による休養が不足している者の割合が増加しております。28年度の取組みとしては対象者に応じたこころの健康問題への対応力向上などに取り組みましたが、指標の実績値推移から考えますと、計画最終年度において指標数値の達成は困難といえますので、自己評価としては計画通り進んでいないとしております。

5ページの④「アルコール対策」ですが、取組として府民への啓発やアルコール依存症者へ

の支援を行っておりますが、指標の実績値としては多量飲酒者の割合が増加しており、計画最終年度において指標数値の達成は困難ですので、自己評価としては計画どおり進んでいないとしております。

1. 「歯と口の健康づくり」については、80歳以上で20本以上の歯を有する人の割合を評価指

標としており、26年度において指標数値を達成しておりますので、計画以上に進んだとしております。

6ページの（3）「たばこ対策の推進」では、喫煙率、建物内禁煙率の指標ともに改善傾向にあると言えます。28年度の取組みでは、たばこについての正しい知識の普及啓発や禁煙サポート体制の推進、受動喫煙防止対策の推進などの取組みを行いました。様々な取組みを行うことで指標は改善傾向にあり、計画最終年度において指標数値達成の見込みがあると言えますので、「おおむね計画どおりに進んだ」としております。

7ページのイ「医療の効率的な提供の推進に関する事項」(1）「医療機関の機能分化と連携」では、取組として二次医療圏毎に設置している協議会における協議や、基金を活用した補助を通じ、病床機能の分化連携を図るとともに、地域連携クリティカルパス等をツールとした地域連携の推進などを行いました。指標の実績値では、平均在院日数については既に指標数値を達成しており、地域連携クリティカルパス導入率については達成しておりませんが増加傾向にはあることから、「おおむね計画どおりに進んだ」としております。

8ページのイ(2)「在宅医療・地域ケアの推進」では、取組として、訪問診療の充実や訪問看護の機能強化、また医療介護連携の取組促進などを行い、指標についてもすでに達成しておりますので、計画以上に進んだとしております。

9ページの(3)「後発医薬品の普及・啓発の推進」では、後発医薬品の使用率を指標としております。全国平均よりは依然として下回っておりますが、大阪府の使用率自体は改善傾向にあります。また、28年度は後発医薬品の使用実態の把握と課題を明確化するため、医師・薬剤師・患者を対象に後発医薬品に関する意識・行動についてアンケート調査を実施するなどの取組みを行いました。様々な取組みを行うことで改善傾向にあり、計画最終年度において指標数値達成の見込みありとして、「おおむね計画どおりに進んだ」としております。

10ページウ「大阪府の医療費の特徴に対応した取組みに関する事項」(1)「糖尿病者を増やさないための取組」については、再掲の取組に加え、大阪糖尿病対策推進会議への参加など医療連携体制の構築を図り、指標である糖尿病者数は、国民健康栄養調査の血糖高値者の割合及び糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数が24年度比で現状維持となっておりますので、計画以上に進んだと自己評価しております。

11ページウ(2)「がん検診の受診率向上、がんによる死亡率の減少に向けた取組み」ですが、指標となるがん検診受診率及び75歳未満がん年齢調整死亡率は改善傾向にあると言えます。28年度には、市町村が行うがん検診の実施方法や精度管理について情報収集・分析し、研修会の開催やマニュアル作成等の支援を行ったのをはじめ、がん教育の推進などの取組みを行いました。様々な取組みを行うことで指標は改善傾向にあり、計画最終年度において指標数値達成の見込みのため、「おおむね計画どおりに進んだ」と自己評価しております。(3)「療養費の適正支給に向けた取組」については、指標数値は設定しておりませんが、28年度には、前年度に保険者等と取りまとめた柔道整復施術療養費適正化検討会議報告書に基づく制度改善の提案・普及啓発等に取り組んでいることから、「おおむね計画どおりに進んだ」としております。

昨年度の取組評価につきましては、以上でございます。なお、本日このあといただきます委

員からのご意見は、事務局にて整理させていただきまして、皆様にご確認いただいた上で、大阪府のホームページにて公表させていただきたいと思っております。どうぞ、よろしくお願いいたします。

**【磯会長】**

はい、ありがとうございました。それでは、委員の皆様からご意見を伺いたいと思います。この審議会は、医療費適正化計画に関する様々な取組に関して我々委員が医療や保険の関係者として適切な意見を述べていくものであります。ただ今の事務局からの説明に関して、各委員からのそれぞれの取組や評価に関するご意見をよろしくお願いします。まず、全体でも良いのですけれど、何か委員の先生のほうからご意見があればどうぞ。

**【福原委員】**

はい。

**【磯会長】**

どうぞ。

**【福原委員】**

全体的に評価が甘過ぎるのではないかというように思うのですが、いかがでございましょうか。計画指標をクリアしていないのに、「おおむね達成した」というような評価をしているようですけれど、少し全体的に甘いのではないかなというふうに思うのでございますが、いかがでございましょうか。

**【磯会長】**

それにつきましては、事務局のほうからまず、ご意見を言っていただけますか。

**【事務局】**

まず、自己評価に関する基準となる考え方につきましては、資料2の①で昨年度に事務局から皆様に報告させていただいているとおり、「評価に当たっては、目標達成率や事業の進捗状況・内容を総合的に勘案したうえで、計画最終年度における目標達成の可否を見据えた評価とする。」というようなところがございまして、単にその指標を今現在達成しているかどうかに係るのではなくて、計画最終年度における達成の可否を第一にして、その判断の手段として今取り組んでいるもの、あるいは進捗状況を総合的に勘案して行うというようなところとなっております。そのため、指標が今のところ目標達成していないけれど、「おおむね計画どおり進んだ」というふうな自己評価をすることもございます。

**【今中委員】**

これに関連して、2ページと3ページが少し気になるのですけれど、

**【磯会長】**

先生、今のご意見に関するコメントを。

**【今中委員】**

はい、分かりました。今の説明と関連をして、具体的に甘いのではないか、と思われる点でございますが、1ページの特定健診受診率のところですが、特定健診受診率70％を目指していて、40％。国保は60％を目指して29％。下の段（特定保健指導実施率）も低めですけれども。もう1点気になるのは3ページの下半分の身体活動・運動の習慣化で、歩数を男性1万歩を目指しているけれど7,500歩で、女性は6,500歩ということで、計画の元々の目標値が高すぎるのかもしれないので、目標値を下げないといけないのかもしれませんが、この乖離が大きい中で「おおむね計画どおりに進んだ」というのは、外から数字だけを見た人は少し不思議に思うかもしれないなと思いましたので述べさせていただきました。

**【磯会長】**

事務局からないですか。

**【事務局】**

事務局です。昨年度の審議会におきましても、この評価のことにつきましては様々なご意見をいただいておりまして、アウトプットになるような指標と、その結果として出てくるようなアウトカムの指標が少しこの2期計画ではごちゃ混ぜになっている部分もございまして、府としてやっている取組というのはアウトプットのほうが中心になっておりまして、どうしてもそこから最終的に府民の方の健康状態だったり行動がどうか、というところがアウトカムとして実績値に出てきていて、なかなかじゃあそのアウトプットの取組がどれだけアウトカムに貢献をしているのかというのが難しいね、というのは昨年度もご意見をいただいていたところかとも思いますので、次の3期計画で指標や目標値を検討する際にそこはもう少し何か指標に対する評価だったり、このアウトカムに対する評価というのをどのようにやっていったら良いか、というのも検討しながら進めてまいりたいと考えております。

**【磯会長】**

私はこれまでの議論の中に加わっていて、実際にこの資料2にありますように、昨年度「こういった形で評価しよう」と決めた際には、今、今中委員がおっしゃったように目標値が元々非常に高い。そこの目標値に近づくことはできたとしても達成はなかなか非常に困難であるという項目が割と多いというのが現状です。先ほどご指摘があったように特定健診の受診率などは国の目標値が非常に高い。勿論小さな自治体であればそこに向かって、50％・60％といきますけれど、大きな自治体であった場合に、そこまでなかなかいっしょくたにいかないといったこともあります。そしてもう1つは3ページのところの歩数についてもご指摘がありましたが、そういった高い目標値に向かって、その目標値には到達していない、もしくはそれ以上に到達している、ということはないけれど、計画に向かって進んでいるという意味合いで、そのときは「おおむね計画どおりに進んでいる」というふうに入れようとしたのですけれど、今の福原委員とか今中委員の新しい目で見ていただいた委員の目から見ると、この文言が少し確かに甘く見えるところがありますので、たぶん文言の問題も非常に重要かと思います。例えば、「おおむね計画どおり進んでいる」というのではなくて、『おおむね計画に向かって少し進歩がある』くらいの評価でないと。今の事務局からもご指摘があったように、アウトカムとアウトプットですね。要するにアウトカムが目標値であると。アウトプットはそれに対して何を・どんな事業を一生懸命やって組み立てていったかという事業の項目と量になります。たとえ目標値の到達がまだまだでも、そこに向かってできるだけ目標値に向かって事業の項目とか事業の量を増やしていっているといった場合には、その2番目のカテゴリー「おおむね計画どおり進んでいる」になったのが今回の経緯（いきさつ）です。そういう意味で福原委員と今中委員には、それまでの我々の会議の判定基準がそういうふうになっていた、ということをご理解いただければと思います。他の委員から。

**【武本委員】**

はい。

**【磯会長】**

はい、どうぞ。

**【武本委員】**

先生方がおっしゃる通りだと思います。この全体のマスの中でも、個別目標でどれだけ成果を上げたか。アウトプットそれに持ち出すかたちないしはアウトリーチにどこまでできるんだ、という設定の仕方が難しい。全体の目標の中での自己評価も非常に難しいなとは思うのですが、資料1ページのところの特定健診について、福原先生や今中先生からもお話がございましたが、厚生労働省発表の27年度「特定健診の実施状況」では、国は健康保険組合が76％まで実施していると。特定健診全体で50％を超えたということを見ると、やはり、なかなか厳しい状況にあります。そのアウトリーチがどこまで届くんだ、という方向の中で市町村も少し頑張らなければというところがあります。医療費適正化計画の中で一番大事な部分は、やはり健康を維持するための取組だと思います。28年度もそのように取り組んできているんですけれど、医療の入り口というのは不幸の入り口ですよね。医療を行うということは、その人が不幸になったということですから、不幸を起こさないための取組というのが、医療費適正化にとっては望ましい方向です。

「栄養・食生活の改善」に取り組む協力店へ「取り組んでくださいね」と言って「分かりました」というのはあるかもしれませんが、具体的に、中華料理だったら塩分6グラム、1日量を抑えるために味の変化を付けているか、油の使用量やトランス脂肪酸をどれだけ、どういうふうにしているのかなどが本当にできているかどうか。各項目における、アウトリーチの見直しや指導の仕方ですね。29年度に向けた取組の中で整理をしていかないと、全体の中での評価がぼやけたものになるのではないかと心配しています。計画の中でのアウトリーチないしは段階でのいろいろな見方をもう少し変えられたほうが本当に計画としても素晴らしいものになるし、アウトプットないしアウトカムも素晴らしいものになっていくのではないかなと思っております。

**【磯会長】**

　貴重な意見ありがとうございます。

**【北垣委員】**

　はい。

**【磯会長】**

　どうぞ、北垣委員。

**【北垣委員】**

5ページ目の「歯と口の健康づくり」が、私、歯科医師会から出ている人間なのですが、これを見ますと私たちの口、「歯と口の健康づくり」は計画以上に進んだということになっていますが、この「8020運動推進特別事業」は指標が一つしかないと。そして、この指標に対して課題と取組は、私は、これを読み取る限りでは何もやってないと思うんですね。これはもう、ただ単に数値を並べているだけなので、何も計画以上に進んだというか指標に対する施策が行われていませんので、それをどう評価するのかということを今後、大阪府さんに考えていただきたいということと、あとは課題ですね。40歳～60歳の歯周病が「改善されていない」という言葉が書いておられますが、これはレセプトデータか何かから見られているのですかね。

**【磯会長】**

事務局のほうからどうですか。

**【事務局（健康づくり課）】**

これは、レセプトデータではなく歯科の実態調査から去年に行いました「歯と口の健康づくり」アンケート調査を元にしたデータでございます。

**【北垣委員】**

「歯と口の健康づくり」という、このような課題があるのであれば、一番、その歯がなくなる原因である歯周病に関して何かこう大阪府として今後大阪府独自の予算を使って、何か計画等を考えられるのか、また、先ほどもアウトカムやアウトプットもそうですけれど、やはり指標と施策とか、どうも僕は全然一致していないと思いますし、そのことに関して歯周病検診を、私も大阪府下のデータを全部見ますけれど、歯周病検診自身の受診率もものすごく低い。それは大阪府さんも分かっていると思いますので、それをどう市町村のほうに。資料の上を見ますと、口腔保健活動について専門的助言・実施を行っているということですが、これも私が調べたところによると、何か大阪府さんがこのメンツを集めて指導をして市町村で何かするということがないと聞いておりますし、大阪府健康づくり課のほうは先生もっと色々助けてくださいみたいなことを言われますが、私、正直そういう質問を投げかけても的確な答えが返ってこない状況がありますので、今後はちょっとそういうことも含めまして29年度以降の新しい計画でも、もう少し実態に応じた何か施策と指標を考えていただけたら、我々ももちろん協力はしますので、その辺のところをやはり府民の方々に分かる何か施策を考えていただければなと。要望も含めてお願い致します。

**【事務局（健康づくり課）】**

すみません。

**【磯会長】**

はい、どうぞ。

**【事務局（健康づくり課）】**

先ほどのご意見ですけれど、並行して今は大阪府の歯科口腔保健計画の策定を進めております。その中でも、やはり歯周病に罹患している方が多いと歯科検診で特に大学生と働いている世代ということで、この辺の世代の歯科検診が進んでいないということが課題となっておりますので、その計画策定の中で具体的な取組について議論し、お示ししていきたいというように考えております。

**【磯会長】**

具体的に大学生とか働いている世代への歯科の何か対策というのは、今のその計画の中に具体的にはどんなものがあるのでしょうか。

**【事務局（健康づくり課）】**

まだ検討中ではございますけれど、協会けんぽさんと一緒になって職場の健康づくりをしていくという中で歯科検診を入れていきたいなというのと、大学の中でも今「8020運動推進特別事業」の中で大学の歯科検診「歯と口と健康づくり」というものに取り組んでいただいているのですけれど、それ以外にも大学と連携して健康づくり事業をやると。その中の一環として歯科検診や「歯と口の健康づくり」というのも取り組んでいくというのを今考えております。

**【磯会長】**

大学と連携というのは、大学生に歯科検診をやるという意味ですか。

**【事務局（健康づくり課）】**

そうですね、はい。

**【磯会長】**

歯科の大学と連携をして、という意味ではなくて。

**【北垣委員】**

ここに載っています、大阪府の施策の中で5ヵ年計画なのですけれど、今年度が最終年度ですが。その大学の中にお口の健康サポーターをつくって、何とか学生たちに口の中に興味を持っていただくという授業を行っているのですが、なかなかこちらのほうも進んでいない状況があると思うので、そういうのを書かれていても何も見えてこないと思いますので、あとは磯会長が言われた働く世代ですね。私、大阪市なので大阪市でも職域保健に対しての啓発活動として事業所、産業医のいない事業所を回ってしっかり啓発活動を行うという事業も大阪市ではやっています。

大阪府でも、働く世代の方々の検診と啓発活動を行っていくという事業も今年度から始まるようですので、その辺の、一番働く世代の方々に歯周病の検診をして受診率を上げることで最初はもしかしたら医療費が上がるかもしれませんけれど、重症化を予防していくということでもっともっと「8020運動推進特別事業」が達成していきますし、それに伴って言われています摂食・咀嚼・嚥下の嚥下障害を起こしている高齢の方々の予防にも繋がっていくと僕は思うので、その辺のところをもっともっと大阪府の方々には力を入れていただいて我々も協力していきますので、施策として何か考えていただければなと思います。

**【磯会長】**

非常に建設的なご意見をありがとうございます。確かに歯周病だけではなくて、生活習慣病全体で、歯科保健で言うと小学校のときは割と歯磨きの指導とかそのようなものをしても、それが中学校や高校、大学になるとそこがなくなってきて、今度は虫歯から歯周病になるところで、そういった歯間ブラシなりいろいろな歯科の口腔の衛生をきちっと体験して教えるといったところが、たぶんそこが系統的に抜けていると思うのですね。そこで30代・40代になって歯周病になったりとか歯茎が痛くなって歯科医を訪れてという場合があります。そういったところが今の現状ですので、今、北垣委員のおっしゃったように若いところ(成人期から30代ぐらいの前)をどういうふうに展開するかというのを、ぜひとも検討していってください。

**【事務局（健康づくり課）】**

すみません、1点だけ。

**【磯会長】**

どうぞ。

**【事務局（健康づくり課）】**

当初、最初のご質問で歯周病治療が必要なものの調査をどのようにしているか、とのお話だったのですけれど、正式な調査名称は「大阪府市町村歯科口腔保健実態調査」のデータを使っております。以上です。

**【磯会長】**

あともう一つ申し上げると、例えば特定健診のときに歯科検診を実際にやろうとして、小さな自治体ではその歯科医の先生方の協力によってやっているところもあるのですけれど、それが全国になると圧倒的に歯科医の先生の数が一般診療をすべてそっちへ向けなければいけないくらいのものですので、何かしらそういう歯科医の先生方と口腔衛生士と、あとは一般の方の今言ったサポーターとか、そういったところを上手く活用して効率的な人生のタイミングで教育なりそうした検診というかチェックをするようなシステム、これは国はまだ明らかな方向性を出してないですよね。どうなのですか、これは海外での事業ですが二十歳のときに担当の主治医がすべての体のチェックをして、かつこれから成人になって生活習慣や歯磨き習慣といったもの、そういった運動習慣に対する医師だけではないですけれど、健康教育も兼ねてパラメディカルをする人たちも協力をして、そこで指導をするという。そういった成人になったときの、これから大人になって、社会に貢献しながら働いていって生きていくという、いわゆる「健康日本21」の国民の責務というのを達成するときに、何かしらサポートをするタイミングがいると思うんですね。それを二十歳のときにするか企業検診の採用時検診のときにするのか、大学のときにするのか。そこら辺はまた検討をしていただくこととします。他にございませんか。

**【尾島委員】**

　はい。

**【磯会長】**

はい、どうぞ。

**【尾島委員】**

意見というより感想なのですけれど。特定健診の率で70%以上を目指すということなのですが、私もこの委員会というか審議会に出ていたり、あるいは堺市のほうでも特定健診率を上げないということを言われておりますので、薬局の店頭でかなり頑張って特定健診の率を上げるように患者さんにもお話させていただくのですが、処方せんを持って来られている患者さんはかかりつけ医とかが居られて、そこで定期的に検診をしているのだ、とおっしゃられるのです。それでも尚かつ特定健診を受けないといけないのかと言われたときにあるいは定期的に検診をされているのだったら良いですよ。というところをお話させていただくと、どこを取って70%と言われているのか、なかなか難しいんじゃないかなという感想を持っているところであります。

**【磯会長】**

これについて、事務局から何かコメント等はありますか。別の委員会でも、今、尾島委員がおっしゃったようなことは議論になっていて、もうすでに国保の場合医療機関にかかっていて、普段1ヵ月に1回薬の処方も含めて定期的に検査をしていると。血圧も計っているし時々採血もしていると。そういう人たちが医師(開業医の先生)というか一般医師の立場からも、本人が積極的に健診を受けるという場合はもちろんＯＫですけれど、逆に患者さんが先生もう十分先生のところでやっていただいているので健診は良いですよね。と言ったときに、ある医師が、それではうちのほうで診ましょうというふうに言う方もいますし、じゃあ、うちのほうの個別検診でセットでやってそれを特定健診としてやりましょう、という先生もいれば、健診を受けてください、という先生もいるのですけれど。最初、第一番目の先生もかなりいらっしゃるという、そういうご意見だと思います。それについて、いかがでしょうか。

**【喜多委員】**

言いましょうか。

**【磯会長】**

　はい。

**【喜多委員】**

　特定健診ですけれど、健診対象者というのは40歳以上の被保険者または扶養家族の方です。ですから、そういう方の中で特定健診はパーセンテージを出すということになっているのですね。特定健診項目があって、その特定健診項目を引っ張り出せれば通常の開業医の先生のところで特定健診以外の検診を受けたと。じゃあ、それはどういう健診かという内容になるのですね。その中で特定健診項目を全部引っ張り出せれば、それで特定健診の一つのカウントになるわけです。それを評価していくということに、今なっているのですね。ですから、対象者のうち何パーセントかということになりますから、40歳以上の被保険者または扶養家族の方が対象者と。そのうちのパーセンテージ(どれだけの方が特定健診を受けてデータを保険者に対して出したか)ですね。それが、このパーセンテージということになります。ですので、簡単に今申し上げたような形で通常の健康診断を受けられた(または人間ドックを受けられた)方の中から、その特定健診項目だけを引っ張り出せれば良いということになるのです。非常に簡単なのですけれど、そういう形でやっているということです。

**【武本委員】**

すみません。

**【磯会長】**

どうぞ、武本委員。

**【武本委員】**

特定健診受診率に関して「開業医でかかっているから良いのではないか」の意見もあるのですが、高血圧だけでかかっていて、高血圧だけで何もないのにHgA1cを検査・算定すると診療報酬で削られます。特定健診では検査しても良いから、改めて糖尿病の発見につながるということもありますので、日頃からのかかりつけ医受診と特定健診の項目とは別になります。それから市町村では特定健診以外に人間ドック検診の中で独自項目としてチェックしなさいよということもあります。この特定健診が病気を早期発見するための入り口ですから、特定健診受診率の上昇・下降の意義付け、かかりつけ医にかかっている・かかっていない、という議論とは別次元の問題だと考えていただいて、特定健診の受診率を上げる努力をするのが非常に大事ではないかなと考えております。

**【磯会長】**

ありがとうございます。他によろしいでしょうか。

**【事務局（健康づくり課）】**

　すみません。特定健診を受けない理由というのをアンケートをとっているデータがあるのですけれど、やはり「いつでも受けられる」という、それ以外にも「通院中だから受ける必要がない」とか、「私はメタボではないから受ける必要がない、健康だから受ける必要がない」という、武本先生がおっしゃった本当に入り口の検査なのですけれど、まだまだその検査の趣旨自体が多くの方に分かっていただけていないのかなというのを我々としても感じております。

**【磯会長】**

　はい、どうぞ、平野委員。

**【平野委員】**

大阪府について、いろいろな厳しい意見がたくさん出ているのですけれど、協会けんぽとしては非常に中小企業の支援をしていただいていて、数字はこの特定健診につきましてもあまり高くはないわけですけれど、平成28年度の協会けんぽの特定健診の受診率というのを見ますと、35.6%ですね。我々もいろいろな健康経営セミナーとかを大阪府と一緒になってやったり大阪府健康づくりアワードも一緒になってやらせてもらったり、そのことで健診をいろいろ推進している中で35.6%というのは最下位なんですよね、協会けんぽ大阪支部は。それよりも、そのすぐ上にあるのは東京都なのです。これが平成28年度では36.7％と。だから1.1%の差まで縮まったと。これがその前の年(平成27年度)は2.7%の差があったと。更に(平成26年度)は9％の差があったんです。そういう意味では、いろいろ大阪府といろいろなことを共同してやることによって、相当数字が上がってきているなということは一つの事実なのです。ただ、それでも中小企業中心ですからなかなか数字としては上に上がって来ないと。それとせっかくなので1ページ目のところで、真ん中ら辺に協会けんぽと連携した中小企業への支援とありますけれど、平成29年度のところですが、その下のほうに協会けんぽと連携し、働く世代の女性向け「健活セミナー」を実施とありますけれど、これ実は昨日やったんですね。募集をしたら、女性だけが運営をする・女性だけが参加するということで、藤井部長にも最初に開講の挨拶をしてもらったのですけれど、200名の募集をしたら500名集まったんですよ。昨日は最終150名ぐらいですけれど、結局は500名が集まるので、2回に分けてやってということで「女性だけの乳がんと食育」という、この2つのテーマで私も先ほどアンケートを見て来たところですけれど、非常に好評です。そういう意味では、いろいろな連携をしているお話が少しは進んできているのではないかとは思っていますけれど、研修のお話と少し離れた部分もありますけれどご紹介をしておきたいと思います。

**【磯会長】**

ありがとうございました。先生どうぞ。

**【生野委員】**

失礼します。病院のほうの意見で、実は7ページの、いわゆる平均在院日数のことで少しだけ喋らせていただきたいと思います。確かに「医療費適正化」。医療費を抑制するには、この平均在院日数を短くするということなのです。これで「おおむね計画どおり」ということで平均在院日数(28.5日)が目標であると。今現在、26・7日だと。でもね、こんなの笑わせるなと言いたいんですね。急性期病院をやっている病院は、平均在院日数は18日以下で15日が平均だし、もう10日を切っているところもあるし、これが当たり前なのです。それなら、短ければ良いのかといったら、患者には到底非常に悪い。どんどんやっていることは、政策として非常にまずいわけでそれが一つと、平均在院日数が28.8日ですけれど、もっと機能別に見てくださいよと。急性期の病院、慢性期の病院、回復期や結核や精神こんなんで全部合わせて28.8日と。こんなのは、全国平均でも何でもなくてもう今の時代は病院機能評価もあるのですから、きっと機能別に分けないと、全然違うのですよ。10日を切っている病院と200日と同じ舞台ではやめていただきたい。それから、適正化すなわち医療費抑制政策であって冗談じゃないよと。患者にとっては非常に悪いんですよ、今これは逆に。特に、急性期を短くすることにとっては褒めるばかりではおかしいので、「おおむね計画どおり進んだ」といって冗談じゃないぞ。そんなこと言うのだったら、たばこ対策のほうをもっと厳格にしてくださいよ。こんなん、全然この数値でこういうデータを出しますと、我々地域・保健所でやっている健康診断のときに、こんな、「おおむね良い」といったら全然進まないし、むしろ（建物内禁煙率）病院90％、役所90％と。どこが抜けているのですか。抜けているところをもっと短くする方針を立てて指導をすべきですよ。だから今、東京オリンピックで言っているような計画を大阪はぜひ進んでやるべきで政策の計画を立ててあげてほしいなと思います。たばこ対策のことと、平均在院日数で患者側の立場に立ったお話もしていただきたいなと思います。

**【磯会長】**

　ありがとうございます。今のご意見について、事務局からどうぞ。

**【事務局】**

平均在院日数の目標設定につきまして、ご説明させていただきます。平均在院日数につきましては、この2期計画までは国の基本方針で目標値を設定するということになっておりましたので設定をさせていただいておりましたが、3期計画からは国のほうも考えを改めておりまして、目標値から平均在院日数というのを外すような形に、今なろうとしております。先生ご指摘のとおり、もちろん減れば良いというものではないということもありますし、そういう意味もあって、きちんとその医療ニーズに応じて病床機能の分化・連携や在宅医療の充実など、様々なこういった医療提供体制の整備についての取組を、大阪府として進めているというところでございます。

**【磯会長】**

ありがとうございます。そうなると、今ご質問があったように、病院の機能別についても平均在院日数については、あまり評価の対象にはならないということでしょうか。

**【事務局】**

　そうですね。第3期は、まだこれからの議論にはなろうかと。先生方のご意見を伺いながら目標設定をするということにはなりますが、国の基本方針の中からはこの平均在院日数というのが現時点ではなくなっているという状況でございます。

**【磯会長】**

ありがとうございます。

**【生野委員】**

もう1点、よろしいですか。

**【磯会長】**

どうぞ。

**【生野委員】**

どこでも平均在院日数が短くなっているのは、「連携を進めたから、クリティカルパスができたから」じゃないんですよ。これは診療報酬で厳しく取り締まられて、これをしないと病院は経営が成り立たない・潰れるといった、こういう状況なんですよ。そのために、これは短くなっているだけで患者さんのためだったら長いこと置いといてあげたいしと。医療費を抑制するためには分かるのですけれど、連携をしたから短くなった、だから、「おおむね計画どおりに進んでいる」そうじゃないんです。実際に進んでいるのは、ＤＰＣあるいは診療報酬これを1日でもずらしたらペケ(返還です)という、厳しい厳しい我々それで取り仕切られている者にとっては、このデータだけを見ると腹立たしく思うということを追加しておきたいと思います。

**【磯会長】**

ありがとうございます。武本委員どうぞ。

**【武本委員】**

　生野先生の指摘と大阪府の説明はたぶん同じだと思います。例えば、平均在院日数は急性期をとっているところで7対1・10対1・15対1とそれぞれ平均在院日数の目標設定があって、それを超えると入院基本係数が変わり診療報酬が減点されたり、療養病床として算定することが決まっています。そうなると、病棟で従事している看護師の費用が捻出できなくなる。平均在院日数の短縮の仕組みでは、患者さんに退院をお願いせざるを得ない場合もあり、7対１を標榜している所でも、診療報酬上の施設基準を満たさなければ、経営上苦しくなるが慢性期に変えるというような具体的な動きもあります。急性期、回復期、慢性期の区分に関しても、診療報酬の施設基準により、経営が成り立たなくなる一面もあることを付け加えつつ、生野先生がおっしゃたことはそうした意味であると思います。以前から「この目標設定でやりなさい」というところは、国も考え方を地域医療構想の中で変えてきていますし、その点はよくお分かりだと思っております。もう一つ追加でいいですか。

**【磯会長】**

はい、どうぞ。

**【武本委員】**

アウトリーチの設定の仕方のところで11ページを見ていただいて、28年度の取組で大阪府としては「がん対策」の中でがん検診の受診率が低いことへの取組で何をやったかというと、国保特別調整交付金を活用し特定健診とがん検診の同時実施を促進したと。がん検診受診率を上げるにはそれほど効果はないのですけれど、少しずつでも上がってきているという点は、実際に手が届く中でやっていることで、これを延長して健診受診率を上げるためにどうしたらいいという取組を伸ばしていけば良いなと思ったのでこれは評価できると思いました。次に、アルコールのところで5ページを見ていただいて平成28年度の取組の中でアルコール健康読本を用いた周知啓発リーフレットで、「チェックしましょう飲酒スタイル」と書かれていますけれど、中毒傾向にある人とか中毒になっている人は、飲酒スタイルをチェックしても言うことを聞きますか。現実的な目標に対して市町村を通した政策を行う中では本当に難しいと思うのですけれど、一つ一つの項目を立てるときは、北垣先生からもご意見がありましたように、専門家が委員に入っていますので、アウトリーチ可能な目標設定など相談をされたらいかがかなと思います。

**【磯会長】**

ありがとうございました。様々なご意見や非常に建設的なご意見をいただきまして、これを事務局のほうへ持ち帰ってとりまとめていただきたいと思います。後日、委員の先生方にも照会したいと思います。それでは時間の関係もありまして、議題の(2)(3)として「第3期大阪府医療費適正化計画策定に向けた医療費や受療行動の地域差の見える化を踏まえた課題と今後の方向性」について説明をお願いします。両者の議論は連動しておりますので、まず事務局からまとめて説明をいただいて、それぞれについて順番にご意見を先生方からいただきたいと思います。それではご説明をお願いします。

**【事務局】**

健康医療総務課の岡田と申します。それでは議題(2)と(3)に関しまして資料3、資料4、資料5をまとめてご説明させていただきます。資料3 第1章 計画の背景・概要をご覧ください。1.計画の背景につきましては、国の基本方針に則して記載しておりまして、第1段落目で国民皆保険制度を堅持するため、国民の生活の質の維持向上を確保をしつつ、医療費が過度に増大しないようにし、良質かつ適切な医療の効率的な提供体制を確保することや、第4段落目でデータに基づく医療費の地域差分析を行うこと、来年度からの国保広域化を踏まえた施策の推進等について述べております。2.計画の概要につきましては、法や基本方針に規定されております内容を記載しております。次に、資料4 第2章をご覧ください。大阪府の医療費や受療行動の地域差の見える化についてご説明いたします。この資料につきましては、国等で公表されております各種のデータに加えて、今回国から提供のありました平成25年度10月分のＮＤＢレセプトデータ等を基にした資料を活用しまして、大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センターに委託を行い、詳細の分析を行ないましたものから主なデータを掲載しております。今回、掲載していない詳細のデータにつきましては、今後精査をした上で、データ編としての活用を検討しております。それではまず1ページの（1）で、「人口・高齢化等の状況」におきましては、人口高齢化率や平均寿命・健康寿命の状況について記載しております。次に3ページ目（2）医療費等の状況では、(1)総医療費としまして、推移や診療種類別構成割合。次のページで人口1人あたりの医療費また高齢者医療費の状況などについて記載しております。4～6ページにかけて記載をしております高齢者医療費につきましては、高齢者の医療費や患者が全体に占める割合、他世代に比べた人口1人当たりの医療費、受療率の高さなどについて記載しております。次に6ページの受療率につきましては下段ですけれど、推移を見ますと特に入院を中心に減少傾向にあります。次に7ページ(2) 疾病別では、（ア）で入院外の特徴（高血圧や動脈硬化、整形外科など、患者数の多い疾患や1人あたり医療費の高い悪性新生物・腎不全の割合が高い）と言うことで記載しております。次に8ページの（イ）では入院の特徴（整形外科疾患や脳血管疾患、心疾患など外科的治療が必要な疾患や、高額な治療薬を使用する悪性新生物などの割合が高い）ということで記載しております。次の9ページの（ウ）では、今回国から提供がありましたＮＤＢレセプトデータを基にした資料から、入院外の医療費のうち記載をしております11の疾病につきまして地域差分析を行った結果を掲載しております。資料の中段ですけれど、その結果、大阪府では全国の他府県と比較をいたしまして自覚症状の多い疾患に比べて初期段階では自覚症状が比較的乏しい高血圧、糖尿病、高脂血症のような生活習慣病の受療が十分ではなく、その結果として、高齢になってからの生活習慣病の重症化につながっている可能性が考えられるということが分かりました。なお、「医療費の地域差」につきましては、10ページの上段に説明を記載しております。当該地域の1人あたりの医療費などについて年齢調整を行った上で全国平均を1として指数化をしました「地域差指数」やその内訳として各疾病や診療種別、年齢階級などが地域差に与える影響を示しました「寄与率」などによりまして、医療費の地域間の比較を行ったもので、医療の質や患者の重症度などは考慮されておりません。また、10ページから12ページにかけましては1人あたり医療費で、またそれを構成する医療の三因要素である「受療率」「1件当たり日数」「1日当たり医療費」それぞれの分析や、二次医療圏別の分析も行っております。次に13ページの入院の地域差につきましては、今回、国からのレセプトデータの提供がありませんでしたので、国のホームページに記載されております医療費の地域差分析という資料から引用したものです。内容としましては、大阪の入院医療費は全国平均に比べ新生物や循環器系・呼吸器系・損傷・筋骨格系などが全国平均を上回っていることを記載しております。次に14ページの(3) 制度区分別医療費につきましては、加入者や医療費の割合、保健者ごとの特徴などについて記載をしております。15ページからは、そのうちの主な保険者で大阪府のデータが得られます市町村国保・後期高齢・協会けんぽの3つのデータにつきまして、1人あたり医療費と地域差、年齢階級別医療費、診療種類別医療費、金額別医療費（高額医療費）の状況を掲載しております。第2期計画では、国保と後期高齢のデータしか活用をしておりませんでしたが、今計画から協会けんぽのデータにつきましても掲載を行っております。14ページに概要を少し記載しておりますが、制度間によって1人あたり医療費の状況が異なっております一方で、共通して高齢になるほど1人あたりの医療費や入院・入院外調剤・歯科などの診療種類別医療費が全国平均に比べ高くなる傾向にあることなどが分かりました。

　また、17ページから18ページでは府内市町村国保の状況を詳しく記載し、市町村間でもばらつきがあることなどを記載しております。

　19ページ後期高齢者医療では、年齢調整後の地域差指数が全国4番目であることや21ページでありますが、高額医療費の件数や医療費が多く、特に75歳から79歳の入院外医療費、80歳から84歳の入院医療費など、平均寿命に近い年齢区分において高額医療費が多くなっていることが分かりました。

　次に22ページ。協会けんぽにおいては他制度に比べ1人あたり医療費や高額医療費はさほど高くはありませんが、全国に比べ高齢者において医療費が高くなっている傾向にございます。

　次に24ページ3.生活習慣病等の重症化等の状況では、介護や死因との関係を記載するとともに、25ページ以降では主な生活習慣病の状況について記載しております。いずれも、未治療者の割合が多くなっていることや、非肥満者においても有病者、未治療者が多いことを記載しております。

　また、26ページの糖尿病では、糖尿病患者数や人工透析導入者数の推移、また透析にかかる費用や新規透析導入率と医療費との相関などについても記載をしております。

　そのほか、28ページ、メタボリックシンドロームやがんの状況についても記載をしております。なお、がんにつきましては年齢調整死亡率や検診受診率などに加えまして早期の診断割合につきましてもがん対策推進計画での記載状況を見ながら追求を検討したいと考えております。

　次に30ページ、健診等の受診状況や生活習慣の状況です。健診等の受診率を都道府県ごと、市町村国保保健所ごと、医療保険者別に記載をしております他、健診受診率が高いほど31ページの下ですが1人あたり医療費が低くなる傾向にあるような相関のグラフも掲載をしております。

　次に、32ページ以降は、喫煙率や栄養・運動・休養・飲酒・歯と口の健康など、生活習慣等の状況について掲載をしております。こちらにつきましては大阪府健康増進計画の記載とも整合を図っております。

　続きまして36ページからは4.受療行動や医薬品等の状況を記載しております。(1)（ア）重複受診では、大阪府では患者割合で約6%、医療費の割合で約13%と全国に比べやや多くなっております。医療資源が豊富であることにより、重複受診につながっている可能性があるほか、異なる診療科での治療やかかりつけ医と専門医療機関との連携などの可能性が考えられます。疾病別では食道、胃などの疾患や生活習慣病に関するものが高くなっておりまして、胃については異なる診療科で胃保護薬を処方するためにレセプトに傷病名が記載されていることなどが想定され、生活習慣病では重症患者が合併症などにより複数の診療科を受診していることなどが想定されております。

　続きまして38ページ、頻回受診では月5日以上受診している患者の数は全体に占める割合として約7%、医療費に占める割合は20%で、全国に比べ若干高くなっております。疾病別に見ますと、食道、胃などの疾患が最も多く、高血圧性疾患や皮膚、骨粗しょう症、下肢関節障害、糖尿病などが多くなっており、疾病別で全国との地域差を見たところ、39ページの下段ですが下肢関節障害で全国との差が大きくなっております。

　次に40ページ、重複投薬でございますが、2医療機関以上で同一成分の薬剤を投与されておられる患者は約3%です。

　41ページ上段に記載の通り、薬剤の種類は去痰薬、消炎鎮痛薬、胃保護薬、抗菌薬、睡眠薬などが多くなっております。疾病別では急性上気道感染症や食道・胃・十二指腸疾患、高血圧、皮膚などが多くなっております。

　次に42ページ多剤投薬では、15種類以上の医薬品を投与されている患者の割合は3%、75歳以上では約7%となっており、その薬剤費に占める割合が約10%、75歳以上では約18%となっており、全国に比べ高齢者で割合が高くなっております。主な薬剤としましては、消炎鎮痛薬、胃保護薬、降圧薬、便秘薬、睡眠薬などが多くなっており、薬剤費ベースでは生活習慣病治療の比較的単価の高い薬剤が上位を占めております。疾病別で見ましても、食道・胃などの胃保護薬のほかは、生活習慣病に関係する薬剤が上位に入っております。

　次に43ページ（オ）残薬の状況につきましては、府が昨年度行った調査結果を掲載しております。

　次に44ページ(2)後発医薬品の状況につきまして、推移や全国比、市町村別の状況、処方箋発行元医療機関別や制度区分別、また薬効区分別についての状況を掲載しております。

　46ページでは国から提供されましたＮＤＢ(ナショナルデータベース)データを元に、先発医薬品を後発医薬品に切り替えた場合の効果額について掲載しておりますほか、48ページでは府が患者や医師・薬剤師等に行いました意識調査等の結果を掲載しております。

　次に49ページでは、高額医薬品の使用状況について掲載しております。全薬剤費に占める割合としましては、0.88%で全国より若干低くなっております。他府県と比較しましたところ、Ｃ型肝炎治療薬や肺高血圧治療薬の処方量が多くなっています。なお、現在公表されております26年度のＮＤＢ(ナショナルデータベース)データでは、ハーボニーやオプジーボなどの高額薬は含まれておりません。

　次に50ページ5.療養費の状況では、支給申請書1件あたりの額が全国平均よりも高くなっていることや、総医療費に占める割合が高いことなどを記載しております。

　52ページ6.医療に関する正しい知識の普及状況では、府のインターネットモニターに行いました調査結果を掲載しており、かかりつけ医・歯科医・薬局、お薬手帳の普及状況や、53ページですが健診受診率、健康への関心度、お薬手帳の活用など健康に対する意識や行動とかかりつけ医の有無が関連していることを記載しております。

　また、55ページでは他の医療機関を受診する際に医師への遠慮などからその受診状況を正しく伝えていない患者さんが居られることなどを記載しております。

　こうした見える化の結果から、次に第3章 課題と今後の方向性について記載をしております。資料5をご覧ください。

　第2章の医療費や受療行動の状況を大きく3つの観点にまとめまして、それぞれの主な課題と今後の方向性をまとめております。

　1.生活習慣病等の重症化予防等では、高齢者の医療費が他府県に比べ高額となっていることや、働く世代からの生活習慣病にかかる受療率の低さや未治療者の状況、また健診受診率の低さなどを課題に挙げまして、右側方向性としましては、1つ目として、若い頃からの継続的な健康づくりや疾病の早期発見のため、保険者と連携した健診受診率向上などの動機づけ、また、社会環境の改善が必要ということ。2つ目として、治療が必要な被保険者が適切な医療につながるよう医療機関や保険者等の間の連携による重症化予防。また、3つ目としまして高齢者のフレイル対策・介護予防などについて記載しております。

　2.医療の効率的な提供の推進では、重複・頻回受診や重複・多剤投薬、残薬、後発医薬品、療養費の状況とともに、高齢化を踏まえました医療提供体制の構築や医療と介護が連携した一体的な取組が求められていることなどを課題に挙げまして、今後の方向性としまして、医療関係者や保険者の連携による適正受診・適正服薬の推進や、府民への啓発、後発医薬品の普及、療養費の支給の適正化、そして医療機能の分化連携や地域包括ケアシステムの構築について記載しております。

　3.健康医療情報の効果的な発信では、保険者・市町村ごとに課題に差異があることや、健康医療情報に関する府民の理解が不十分な状況を踏まえまして、医療費の見える化・データヘルスの推進や府民への情報発信について記載しております。説明は以上でございます。今後、これらの方向性等を踏まえた具体的な施策の方向性や目標などについて次回の審議会にお諮りしたいと考えております。よろしくお願いします。

**【磯会長】**

　ありがとうございました。それでは、「第3期の大阪府医療費適正化計画策定に向けた医療費や受療行動の地域の見える化」に関しまして、委員の皆様方から意見を伺いたいと思います。また、第1章の「計画の背景、概要」についてもご意見があればあわせてお伺いしたいと思います。

まずは、先ほど説明がありました資料3、資料4をご覧ください。これにつきまして、各委員からのご意見等よろしくお願いします。

**【武本委員】**

　すみません。

**【磯会長】**

　はいどうぞ、武本委員。

**【武本委員】**

　ご説明ありがとうございました。実は、大阪府さんのご理解を頂きましてＮＤＢ(ナショナルデータベース)の範囲で、勿論規約を守るという中で分析を一緒にさせていただきました。10ページですが、確認ですけれど、大阪府の方も医療の質とか重症度について寄与率とか地域格差というのはそうではないよと。これはあくまでも医療費から見ただけの断面ですので、医療の善し悪しではなく、地域差指数は医療費のみというところです。だから、地域によっては軽症であって重症ではないことが反映されていないので、医療費が高いから即悪いということではないということを確認する意味で書いてくださいねというお願いをしております。また、寄与率に関してもよく我々医療者は誤解するので、医療ケアの寄与率はいろいろなことが複合して機能しているのではないかということですけれど、医療費の地域差指数に関して各疾病がどれだけ多いから医療費が上がる原因になっているというのが寄与率であり、医療の断面から見たものです。医療費の適正化は、全く使わなければ医療費の節約になるのですが、それだと全く医療の質などを考えていない。あくまでも医療の中のいろいろなことを考える入り口として医療費があるのだというところの最初の資料で出てきていると私は思っております。大阪府の担当者の方もそう考えておられると思うので、ここを追加させていただいた。次に27ページ、糖尿病の患者さんが透析になった場合に、新規1人あたり一月35万円から50万円かかると言われているということです。これは26ページの表を見ていただいたら原疾患が糖尿病性腎症の場合1,162人ですから、単純に掛けたら一月で5億8,100万円。後発医薬品への切替効果として46ページですが、全体で頑張って後発に切り替えて48.4億円です。糖尿病重症化予防の一つの疾患だけで5億8,100万円。しかしジェネリックではこれだけ頑張って48.4億円。頑張る必要はないということを言っているわけではなく、重症化を防ぐことが大きな不幸を防いで医療費を無駄なく使うことができるかというたとえです。疾病が重症化したときの医療費を抑制は、病気治療の制限を意味し不幸が拡大するからやめてほしい。医療が行う本当の目的は、必要な人に必要な医療を与えるのだと。だから、医療費を適正化するのは予防に勝る適正化はないということをきっちり申し上げているつもりでこの資料が出てきたと思いますので、そういう観点から見ていただきたい。私の持論ですが、後発医薬品使用促進を無理に政策の中でするのではなく、特許が切れた時点でもう後発も先発もなく、薬を同薬価にしてその差をなくせば大きな各行政、各医療機関に48.4億円を、無理に節約することなしに、自動的に節約できるわけです。

**【磯会長】**

　ありがとうございました。事務局のほうから何かありますか。

**【事務局】**

　武本先生ありがとうございます。この分析に当たりましては、いろいろ（案）の段階からご意見やデータ等もいただきましてありがとうございます。あと、後発医薬品についても以前より先生のご意見も伺っておりまして、勿論薬価につきましては国において原価とか類似薬があるかどうかとか市場性や有用性などを勘案して決められているところではあるとは思うのですが、大阪府としましては、患者さんや医療機関などにおきまして後発だから使いたくないというようなことはないように後発医薬品の飲みやすさの工夫などについて府民の方や医療関係者の方、また、窓口となる薬局や薬剤師の方に対する啓発などを進めていきたいと考えております。

**【磯会長】**

　ありがとうございました。どうぞ。

**【尾島委員】**

　今の後発医薬品(ジェネリック)の件で、先ほど申し上げようと思っていた資料1の9ページの29年度の取組状況の中で、大阪府後発医薬品安心使用促進のための協議会というのは大阪府薬剤師会藤垣会長が出られている協議会だろうと思うのです。そこで、協議会において医師や薬剤師の知識を信頼して云々というところで変更を推し進めてもかまわないという結論が出たためというところと、後発医薬品調剤割合が高い薬局に対し後発医薬品の進め方の好事例の調査を実施と書かれてあるのですが、この薬局の抽出は後発医薬品が高いところの薬局で選んでそこで好事例を調査されるということでよろしいのでしょうか。何が言いたいかというと、後発医薬品変更不可という処方箋が多いところでは他で一生懸命変更してもなかなか変更の割合が上がらないところです。変更不可が少ない薬局は結構割合が高くなっている。その辺りを考慮はされているのか。一般的に全部高いところを挙げられているのかというところをちょっと教えていただきたいなと思います。

**【磯会長】**

　事務局、いかがですか。

**【事務局】**

　すみません、本日ちょっと薬務課が所用により出席できておりませんでして、薬局の選定につきましては詳細を確認してご回答させていただきます。

**【尾島委員】**

　これは、もう今進んでいるという理解でよろしいですか。

**【事務局】**

　勿論、薬剤師会さんともきっちりご相談をさせていただいた上で進めることと思いますので、また改めてご回答させていただきます。

**【尾島委員】**

先ほど武本先生がおっしゃられたように、私もこの薬価を特許が切れたら自然的に後発であろうが先発であろうがどうにかすれば全く問題ないことなのかなとも思っていまして、日本薬剤師会のほうにも厚生労働省にそのように意見を出すようには代議員会等では言っているつもりですが、なかなか国の考えなので変わらないかなと思っています。

**【磯会長】**

　他に、ございませんか。木山委員どうぞ。

**【木山委員】**

　予防という観点は非常に重要だと思いますし、不幸にして医療にかかられた方が適正な医療を受けるというのは、これは当たり前の話だと僕自身も考えているのですけれども、これまでやはり我々も予防という観点でいろいろ仕事をさせていただいて、当然医療費分析を含め、地域、市町村単位で特定健診の受診率をはじめ医療費の分析も行い、いろいろなことをやってきた上で今、行動変容事業を五つの柱で進めているというのが現実でございます。やはり一つ大事なのは地域、職域、学校というふうなところの考え方というのも非常に大事かと思うのですけれど、そこのところでいかに連携を進めていくか。それは今まで府も一生懸命やってきているのだけれども、なかなか経済情勢だとかいろいろなものがあって、連携が進めていけてたにも関わらず上手くいかなくなった事例であるとか、そういうものもあると思うのです。もう一つ、例えば食育につきましては食育推進~~事~~企業団というものも大阪府にはございますし、そういうところの連携とか先ほどのうちのお店もというふうなところで外食というものとの連携。そういうものも含めていろいろと進めていっているのですけれども、この間、なかなか改善に至るかというと、やり尽くしている感というものもなくはないのです。ただ、そういう中であっても食については農協さんのご協力であるとか、漁協もそうですけれど、あとはやはり給食、そういうふうになってくると、今度は学校との連携と。そうなってきたら、今度は教育委員会と。小中は教育委員会なのですけれど、大学は個別になってきたりもしますので、その辺の連携をいかにどう取っていくか。それについては保健所もかんでいかないといけないわけですけれども、今度は中核市はどうするのだという話も出て参りますし、その辺の目標とか数値とかというものになじむとはとても思いにくいのですけれども、そういうふうな地域、職域、学校との連携をどういうふうに進めていくか。その結果、指標を良くしていくのかということを考えていくと。そのためには、もう一つ丁寧な説明が必要かと思うのです。これまで皆様方のご意見をお伺いしていても、ちょっとこの丁寧という部分が欠けているかなというふうな思いもなくはない部分もありましたけど、そこら辺、例えば特定健診保健指導につきましても、今度またある町から呼ばれて話に行くことになっているのですけれども、これはやはり府が直接と言うよりは市町村さんがというふうなことになると思うのですけれど、その場合は保健所がついて行ってほしいわけです、町内の医療機関の先生方が特定健診も治療をしていたら良いじゃないかとおっしゃられると。特定保健指導についても「こんな成績だったら別に保健指導を受けなくてもいいじゃないか」というふうにおっしゃられる先生方も居られる。そういうふうな先生方に対しては、やはりこういう制度でこういうふうになっていてやはり町としてはやっていただかないとあきませんねという丁寧な説明。それを裏打ちするようなことを府からきちんと出していっていただく。そういうふうな、丁寧な説明が僕は必要なのではないかなと。そういうことに対しても我々はお手伝いをいろいろさせていただいているつもりでありますし、協会けんぽさんとの連携とかも一つそういうふうなものがあるわけですけれども、数値化というのが難しいとは思うのですけれど、どういう施策を、だから、こういうことを進めていくのだというところの丁寧な説明があれば、比較的数値どうのこうのというよりかは納得しやすい計画になるのではないのかなというふうに私は今感じているところです。

**【磯会長】**

　非常に重要なご意見だと思います。

**【武本委員】**

　すみません。

**【磯会長】**

　はいどうぞ。

**【武本委員】**

　先生の言うところは非常に大事で、今、日本医師会の考え方では生涯健康教育というプロジェクトが立ち上がっております。乳幼児健診、学校健診、大学での健診。大学では入学時以外は健診しないのですけれど、あと職域健診ですよね。職域健診が終わったあとの後期高齢の健診という各ステージのつながりがない。ＮＤＢと言いながら特定健診だけをデータ化して、そのことだけ言ったってダメだよということです。幼児期から健康教育しなければいけないのは乳幼児健診と学校健診と職域健診と後期高齢を一つにつないだＰＨＲ(パーソナルヘルスレコード)か、ＥＨＲ（エレクトリックヘルスレコード）にするかは知りませんが、その取組をしないといけないよということです。日本医師会が厚生労働省に働きかけているというお話がございますので、それが上手くいけばもっと小さいときから少なくともあなたはこういうリスクがあったり家族歴があるからちょっと気を付けることができるのではないかと。その際、個人情報保護が大事なので、データの取り扱いは難しくなります。今回僕も本気で考えて、長野はかなり医療費が少なくて、健康寿命を延ばせて良いじゃないかと思って。10年前、長野は決して良くなかったのです。それは、保健所単位でよろず相談員というのですかね、磯先生がおっしゃったように保健所単位で相談員を配置して、ここの指導を細かくなさった結果、いろいろな健康予防の促進ができて、上手くいった。決して医療費を抑えたという取組ではない。だから、保健所単位ないしはいろいろな他の単位でそういう政策ができなるよう予算配置をお願いしたい。そこの細かいところで長野県はよろず相談員、大阪はフランス語でコンシェルジュなどを行ったらどうだというお話でした。

**【磯会長】**

　ありがとうございました。今のご意見に関して何か木山委員、武本委員で資料5の今後の課題と今後の方向性といったところに、例えば、3番目の裏側ですね。健康医療情報の効果的な発信とありますけれども、この中に大阪府、市町村、保険者、医療関係者等が入っていますけれども、この委員会では範囲をそこまでなりますか。保険者になると職域も入ってきますけれど、学校まではそこまで含めないということになりますが、今の二人のご意見だと学校も含めた何かという形を今、提案いただいたのですが、範囲としてはまた別にしますか、それともそこに学校関係も入れていくのかどうか。たばこ対策にしろ、アルコール対策にしろそういったところも全部含まれてきますので。

**【事務局】**

　現時点の状況としましては、大阪府で健康教育の取組も例えば学校の方にも現場にもご協力いただいて、教員やモデル校に対するたばことか栄養とかいろいろな健康教育の取組自体は保健所単位や各課が行っている事業の中でさせていただいている。その中では学校の現場や教育庁にもご協力いただいて進めているという状況ではございますのでそういう考え方について文言として盛り込んでいくかどうかというところは検討したいと思います。

**【磯会長】**

　そうですね、医療関係者等がと入っている最後の文言ですね。今後の方向性といったときに左側の○には大阪府、市町村、保険者、医療関係者等がとあるのですけれども、教育機関の関係者とか、そういったものを入れるかどうかはまたご検討よろしくお願いします。今中先生何か。

**【今中委員】**

　ちょっと細かい質問ですけれど、資料4の17ページに市町村別の医療費のグラフがございますが、これは国保1人あたりとなっているのですけれども、これは年齢調整はしてあるのかしていないのか明記しておいたほうがいいのではないかと思いました。ちなみに、これはしてあるのでしょうか。

**【磯会長】**

　図の何番ですか。

**【今中委員】**

　17ページの一番上の図です。

**【事務局**】

　17ページの一番上のグラフは年齢調整は行っていないものでございます。二つ目の地域差指数につきましては年齢調整を行っているものでございます。一番下も国保の事業状況から引用しているものについては、これは年齢調整はしておりません。分かるように記載したいと思います。

**【今中委員】**

　お願いします。あと、市町村ごとに並べたときには高齢者は多いか少ないか市町村によって違うかと思いますので、その影響も医療費にかなり響いてくると思うので、それは真ん中の図で見ろということですかね。いずれにせよ年齢調整のことが初めのほうに書いてあるので、してるかしてないかは分かりやすいといいかなと思いました。

**【事務局】**

　ありがとうございます。市町村ごとの医療費や関係するデータにつきましては、より何か市町村ごとの特徴が分かるかどうかというところのデータが何か追加できるかどうかというのは引き続き検討して参りたいと考えております。

**【磯会長】**

　今の質問に関しては国から何かそういった都道府県なんかの市町村での地域的な医療費の差を検討するときに、年齢調整するときの方法、方針というのは何かガイドラインというものはあるのでしょうか。そういうのも今中委員に聞いたほうがいいかもしれませんね。何かガイドラインはありますか。我々は普通にいろいろな研究者がやっているように10歳刻みとか5歳刻みで普通に年齢調整して良いのかどうかという問題はありますか。

**【事務局】**

　今回、大阪府で行った年齢調整につきましては、国の医療費の地域差分析で行っているのと同じ手法である年度の日本の平均的な年齢構成に全都道府県のものを合わせた形での年齢調整を行うという手法をとっております。

**【磯会長】**

　直接法ですか、間接法ですか。

**【事務局】**

　モデル人口(昭和60年モデル)を用いて直接法で調整を行っていると。

**【磯会長】**

　5歳刻みですか。

**【事務局】**

　データによるのですけれど、5歳刻みでデータが得られるものについては5歳刻みで得ていますが、今回、国が提供してきたものは5歳刻みにはなっていませんので0歳から15歳と15歳から39歳、40歳から64歳といった形で与えられたものを用いて年齢調整を行った形になっています。

**【磯会長】**

　分かりました。

**【武本委員】**

　すみません。

**【磯会長】**

　はいどうぞ。

**【武本委員】**

　今中先生おっしゃるとおりで、地域差指数で全国を1にして、それからどれだけずれているからどうなのだと高低を論じることに関して、小学校の一つの学級の中で肥満度、身長に関して肥満指数が一人一標準偏差・二標準偏差にずれているから対策を打つという話だと分かります。しかし、年齢構成を加味して医療費地域差指数を入れても本当にこれがどうなのかは、あくまでも入り口だから、前面に出さないほうが良いのではないかと議論をさせて頂きました。地域差指数として国がとりあえず出して、その改善に向けて努力しなさいという設定ポイントを置かれておりますので、そこについてはこれから全国値で地域差指数がこうだから、本当に地域差指数として高いのか、低いのか。じゃあ、低ければそれは戻さないといけないのかということもあります。その議論できていないのではないかと思いますので、「そういう傾向なのだな」というだけでとどめるのかなと思っております、それでよろしいのですか。

**【事務局】**

　データの分析をさせていただいている私の立場からの意見ではありますけれど、基本的にはまずは現状を見ましょうというのがデータ分析の意味かと思います。これが良い・悪いという判断については高かったらもう少し詳しく見てみて、その中でもし悪いという判断ができるような部分についてはより良い形に変えていくということが必要だと思いますが、あくまで医療費の分析で医療の質を判断したりとかができませんので、そちらについてはより一層詳細な分析を行えるかどうかも含めて検討していくことが必要なのではないかなと考えています。

**【武本委員】**

　すみません。

**【磯会長】**

　はいどうぞ。

**【武本委員】**

　確認したかったのは、あくまでも高い傾向が出ているけれども、すぐアクションしなさいということではなく、アクションする前にもう少し付加的な分析をして、これがどうだということを考えないといけないということでいいんですね。

**【事務局】**

　その通りだと思います。医療費が高いのは患者数が多くても高くなりますので、予防ということも勿論大事だと思います。

**【武本委員】**

　そういうご意見ですので、私一人の意見ではございませんのでよろしくお願いします。

**【磯会長】**

　はいどうぞ、今中委員。

**【今中委員】**

　関係して、今まで私たちが医療費の分析とかをしたときには、総じて言うと、医療資源に恵まれているところが高めで、恵まれていないところが低めと。健康状態が良い・悪いの前に医療資源による影響が多くて、田舎のほうでは低くなりやすいという傾向があると思います。あともう1点、良い悪いと高い低いのところにちょっと関係するのですけれども、29ページの年齢調整死亡率というのが「がん」でございますが、本文の3行目のところに年齢調整死亡率が平均に比べて悪いと書いてあるのですが、これはちょっと微妙なところで、低いとか高いの表現法が良いのではないかと。年齢調整死亡率も他の病気で75歳未満ですからまだ良い悪いの話に該当しやすい領域かとは思いますけれども、他の病気で死ななければ最後はがんで亡くなるということになりますので、年齢調整死亡率の解釈はかなり難しいことになると思っております。悪いというよりは高いとかのほうが良いのではないでしょうか。

**【磯会長】**

　死亡率が高いという文言の訂正ですね。いかがですか。

**【事務局】**

　頂きましたご意見を踏まえて修正の方向で検討致します。

**【磯会長】**

　他に、はいどうぞ。

**【北垣委員】**

医療費の地域差指数を用いてこの間の歯科医療費に関しても大阪と青森を比べて大阪が1位であるという云々のデータも出ていたのですが、やはり武本委員が言われていますようにそれが質等とは直接関係ないと思いますし、医療費のことが本当にここに書かれているように医療費として患者の重症度を超える最低ラインとデータだけのものでありますので、大阪は歯科に関しましても歯科医院数も全国２位ですし、大阪府の中のことを考えてもどなたもすぐに受診しやすい状況であるという考慮もして頂かないといけないのですけれど、それが高額になっている等ということとは結びつかないとは思うのですが、そこに向けて重症化を予防していっているのか、また、介護と連携してそういう寝たきりの方や施設等往診に行っていることが多ければそこに点数も加わってくるので医療費が上がってくると思いますので、それが直接医療費の適正にどうという。前回、前々回大阪府の方と話をする中で、まず、必ず大阪府は全国で歯科は1位であるという文言を必ず書いてくるのですが、それが府民の皆様にどれだけ健康に寄与できるのかということも含めて、それがマイナスではないと我々は考えて健診率も上げて頂きたいですし、受診もして頂くことによって我々も健康に寄与できると考えてやっておりますので、この辺の文言の整理は全国1位であるという言葉はなく、言われた通り全国平均よりも高いという文言に変えて頂いていますが、そういうふうにいろいろな状況があると思いますので、その辺のところも考慮して作成していただければなと思います。

**【磯会長】**

　はいどうぞ、喜多委員。

**【喜多委員】**

　私のほうは医療保険者でございますので、保険者のほうの立場としては医療費はできるだけ低いほうが良いというのが一番です。必要な部分については当然必要だと認識していますし、その中でどれが適正かというのは非常に難しいと思っているのです。ただ、我々として保険者側が負担する額がどんどん高くなってきていると。これは医療費が増えているのと高齢者の方の医療費は当然かかってくるわけなので、その部分では拠出をする金額は年々増えてきているわけで、医療保険者としては最終的には大変苦しい。このまま行けばどんどん加入員の方から保険料率を引き上げて対応せざるを得ないという状況にあるわけなのです。これは協会けんぽさんも同じなのですけれど、そういうことから、できれば適正な医療というのはいったい何かをこの場でもいろいろ議論して頂いておりますように、一番問題になるのは何かというと、重複受診とか薬剤費が非常に高額になってきていますので、薬剤費をどう抑えて頂くか。これはオプジーボとか例のC型肝炎の薬剤なんかも2分の1になったということなのですけれど、そういった高額な医薬品がこれからもどんどん出てくると思っております。そういうことも含めて、我々は我々で国にいろいろなお話をさせて頂いて来ております。例えば、武本先生に評価頂いた国保の健診とがん検診の同時実施。これは実は、10年前から我々健康保険組合としては国にそういう予算の下ろし方をしてくれ、そうしないと、非常に無駄なことになると。それは被保険者の方や市民の方が行きやすい状況を作る、一緒にやるということは大事だということをずっと訴えてきていましたので、そういうふうになったということで、非常に私も喜んでおります。そういうことで、ただ、我々保険者としては、できるだけ効率の良い医療の提供をお願いしていきたいということで、そのことを主張したいということですのでよろしくお願いします。

**【武本委員】**

　すみません。

**【磯会長】**

　はい、どうぞ。

**【武本委員】**

　薬価は国の審議会で、開発費用、将来の回収可能性の中で決められます。ハーボニーとかソバルディは特別拡大再算定がなされ、日本医師会は医療費が膨らみすぎていると気付き、これではもう医療保険は持たないと主張し薬価を下げるよう努めた。オプジーボに関しても適用拡大された。これでは、薬価がつり上がって国の財政が持たないから、特例再算定の中期薬価審議会を待たず50％無理に下げた。我々としては生物学的製剤とか新しい薬価の高額なものはできるだけ抑えようという一方で、外国での価格参照制があり、アメリカの価格とイギリスの価格ではアメリカよりもイギリスのほうが低いのにメーカー側はアメリカの価格での設定を求める。日本医師会でもそれはダメだと主張しています。我々も医療費は小さいほうが良いので、適正な医療をやるための医療費を削らないでという趣旨です。削りすぎると現場は混乱するし、やっていけないという趣旨です。決して無駄とかそういうのは全然思っておりません。

**【喜多委員】**

その辺もよく分かっております。

**【武本委員】**

すみません、38ページで「高血圧性疾患」「皮膚及び皮下組織の疾患」「骨粗しょう症」「下肢関節障害」「脂質異常症」「糖尿病」などが多くなっているとのことですが、これはNDB(ナショナルデータベース)で主病が高血圧になっていても、他の病気が隠れているのではないですか。例えば、高血圧の患者で高血圧が落ち着いていて5回も6回も来させるなんてことはあり得ません。NDB(ナショナルデータベース)としては疾患名でレセプト病名なんかもついていて他の病名がついてない場合もあり、細かな分析ができていると聞いたのですけれど、そこは間違ってデータが出ている可能性がありませんか。

**【事務局】**

　すみません、お答え致します。このレセプトデータにつきましては主傷病名以外に武本先生ご指摘のように副傷病として、例えば少し処方したり検査をしたりするのに必要な副傷病も含めたデータになっておりますので、どうしても何にでもついてくるような疾病名については高くなってしまうという傾向にございます。ですので、そういったところの懸念があるというのはどこかに記載したいと考えております。

**【武本委員】**

生活習慣病をわざと頻回に受診させるようなことはないですよ、ということを分かって頂きたい。

**【磯会長】**

　頻回受診の背景については少し丁寧に記述するようにということだと思います。はいどうぞ。

**【今中委員】**

　前回も申し上げたのですけれども、医療費が増えていく中で薬剤費が2割ぐらい占めておりまして、高額の薬剤がどんどん出てきております。例えば、資料4の3ページに総医療費の推移というのがございますけれども、この中で、今調剤18%とか16%とか書いてありますが、薬剤費そのものの物代ですね。要するに、薬剤の調剤全体じゃなくて薬代、薬の物代とか材料費の物代というものがどれだけ増えているのかということを中に入れるのが重要かなと私は思っております。と言いますのは、その費用というのは医療界には行かないお金ですよね。産業界に行くお金で、そこがどんどん膨らむのを医療界のせいにされては困るというか、医療人が努力している中で薬代・材料費がどんどん上がっていくのは医療人のほうの収入にはなりませんので、どれだけの割合を占めて、どういう勢いで上がっているかを示しておくのは一つ参考になるのではないかと思います。

**【磯会長】**

　具体的にどういった資料から。

**【今中委員】**

　NDB(ナショナルデータベース)で大阪府に出されているデータがこの中に入っているのかどうかということは分からないのですけれども、基本的にはレセプトデータがあれば明確に出てくる値ではあります。

**【磯会長】**

　また、今中先生に教えて頂くしか。どうですか、事務局のほうから。

**【事務局】**

　今回、国から頂いておりますデータがレセプトデータの生のものをそのまま頂いているわけではなくて、少し加工してエクセルで集計できるようにした表でございますのでちょっとそういったところが取り出せるのかどうかというのを詳細を確認した上で、今中先生にもアドバイス頂きながら検討して参りたいと思います。

**【磯会長】**

　それではよろしくお願い致します。他に。

**【尾島委員】**

今、先生がおっしゃられているのは技術料と薬剤料の、薬剤料の問題というところですね。

**【磯会長】**

　はい、どうぞ。

**【木山委員】**

第3章の「課題と今後の方向性」というところですけれども、僕も食育推進計画であるとか健康おおさか21関連の会議にもいろいろ出席させて頂いていますけれど、医療費に直接影響するかどうかというのはこれはまた別物かも分かりませんけれど、健康増進の視点であるとか予防の視点というものはやはり大事だと思います。そういうふうな意味での、そういう施策がきちんと進んでいけば適正化に進んでいく部分というのは当然大きいと思いますので、やはり、先ほどの教育とかここに若い頃からの継続的な健康づくりや発症予防、疾病の早期発見を促進するため、保険者等と連携しただけではなく、教育というのは絶対必要だと。分からなかったら受けたくないというのは絶対出てきますので、そこのところをきちんと入れておいて頂きたいなと思います。やはり健康増進という観点と疾病の予防、早期受診。それで医療費を抑えていくというか、かからなくて済むという意見が増えてくるということはやはり大事なのかと思いますので、１の「生活習慣病等の重症化予防」と、３の「健康医療情報の効果的な発信」の右の二つ目の○のところでも保険者、医療関係者等だけでなく、教育というものをどういうふうに取り入れていくかということがやはり大事であると。病気の本質が分からなかったら予防しようがないと思いますので、そこのところは是非とも入れておいて頂きたいと思います。

**【磯会長】**

　いかがでしょうか、先ほどの関連ですけれど。

**【事務局】**

　そうですね、健康教育といったようなキーワードについても入れるように検討していきたいと思います。

**【武本委員】**

資料4の2ページ目、健康寿命の延伸は緊々の課題です。平均寿命は延びているけど健康寿命はかえって格差が広がっているんだよということで、健康でない時間が増えているということは、やはり介護費、医療費がかさんでいくんだよということを強調するためにグラフを入れて頂きました。資料5の「フレイル」ですが、これは最近の考え方では市町村単位で若い世代からフレイル対策に興味を持たさないと、既に取り残されてしまう、ないしは予防できないよという考え方もあるので、高齢者において、特に栄養、運動、歯の健康づくり云々のところを高齢者だけに限らないで、もう少し若い世代の層に拡大することも考えられては良いのではないかと思いました。

**【磯会長】**

　それについてまた事務局で検討して頂くということで良いですか。はいどうぞ。

**【今中委員】**

　健康教育と関連する領域で重複受診とか医療の無駄遣いは医療者側が責められやすいのですけれども、医療利用者側の行動もかなり影響していると思われますし、かえってかからないといけないときにかからないということも多いので、健康増進に加えて医療の財源の成り立ちとか、医療の使い方、いかに早期発見してちゃんとかかるのが大事かということも含めて医療の使い方教育というのがこれから医療システムも介護システムもみんなで作って守っていかないといけないので、医療の資源に関してエコ運動があるように医療の使い方エコ運動というのが良いのかどうか分かりませんけれども、適切に医療をちゃんと使おうと。変な使い方をしないでおこうというのも重要だと思うのです。それで、かからないといけないときにはちゃんと頑張ってかかろうというのも重要だと思いますので、医療のかかり方と、医療はみんながお金を出し合って仕組みが出来上がっているというところの理解も必要だと思いますので、そういうのも子どもの頃から学ばないといけないのかなと思っております。

**【磯会長】**

　ありがとうございました。これは学校教育の中でも重要性があるということですね。そういうことについても何か文言を検討して頂ければと思います。医療の適正化といっても今中委員がおっしゃったように努力するのは医療側だけではないということについてはきちっと述べて頂きたいと思います。他にございませんか。非常に様々な方面から建設的なご意見を頂きましてありがとうございました。事務局のほうでまたこれを反映して最後仕上げていってください。それでは、ちょっと時間なのですけれども議題4として事務局から何かありますか。

**【事務局】**

　事務局の上田です。今後のスケジュールについてご説明させて頂きます。資料6をご覧ください。今年度のスケジュールをお示ししております。今年度は計3回の審議会の開催を予定しております。本日の第1回審議会は9月に記載があります。次回ですが、12月頃に第2回審議会を予定しております。ここでは個別目標や施策について及び医療費の見込み等についてご審議頂きたいと思います。その後、保険者、市町村との文書協議やパブコメを経て3月に予定の第3回審議会で計画を確定する予定です。委員の皆様には引き続き医療費適正化計画策定にご協力頂きますようお願い致します。事務局からの説明は以上でございます。

**【磯会長】**

　ありがとうございました。10分オーバーしましたが、本当にご意見ありがとうございました。今後ともよろしくお願いします。それでは、事務局にマイクをお渡し致します。

**【司会】**

　ありがとうございます。次回の審議会につきましては先ほど事務局から申し上げましたとおり本年12月頃を予定しております。また、改めて日程調整をさせて頂きましてご案内差し上げます。それでは、本日はこれで閉会とさせて頂きます。ありがとうございました。