

## 平成24年度第3回愛知県医療審議会医療計画部会 議事録

開催日時 平成24年12月26日(水) 午後2時から午後4時まで  
開催場所 愛知県自治センター5階 研修室

### 出席委員

浅井委員(社団法人愛知県薬剤師会会長)、井手委員(一般社団法人愛知県医療法人協会会長)、倉田委員(愛知県国民健康保険団体連合会専務理事)、小林委員(社団法人愛知県病院協会会長)、高橋委員(名古屋大学医学部長)、土肥委員(日本労働組合総連合会愛知県連合会会長)、内藤委員(健康保険組合連合会愛知連合会事務局長)、中井委員(公益社団法人愛知県看護協会会長)、柵木委員(社団法人愛知県医師会会長)、渡辺委員(社団法人愛知県歯科医師会会長) (敬称略)

### < 議事録 >

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 緒方課長補佐)

お待たせいたしました。定刻になりましたので、ただ今から「愛知県医療審議会医療計画部会」を開催いたします。

私、医療福祉計画課の緒方と申します。議事が始まるまでの間、進行役を務めさせていただきます。どうぞ、よろしく願いいたします。

開会にあたりまして、健康福祉部健康担当局の加藤局長からごあいさつを申し上げます。

(愛知県健康福祉部健康担当局 加藤局長)

健康担当局長の加藤でございます。

本日は、年末の差し迫ったお忙しい中、愛知県医療審議会医療計画部会にご出席いただきまして、ありがとうございます。

さて、本日は議題としまして愛知県地域保健医療計画と第2期愛知県医療費適正化計画の2点について、私どもがこれまでにいただきましたご意見をもとに素案を作成いたしましたので、この素案をもとにご審議賜りたいと考えております。

地域保健医療計画につきましては、本年9月に開催された当医療計画部会で「計画の構成」と「全国共通指標から見る本県の課題」を、また、前回11月の部会では主な医療体制について、医療連携体系図を見ていただきながら、変更点等をご議論いただきました。

本日は、これまで2回の当部会でいただきましたご意見や関係する会議でのご意見等を踏まえまして、事務局において作成しました素案について、最終的な計画案とするためのご審議を賜りたいと考えております。

医療計画は、基本的には医療の提供体制のあり方をどうするのか、5疾病、5事業について定めたものでありますが、当該疾病に対する死亡率を低下させる、当該疾病をなくすということが究極の目的であろうと思ひまして、5疾病、5事業それぞれに対して、目標値を定

めさせていただきましたので、この定め方、考え方を含めてご検討いただければと思っております。

また、医療費適正化計画につきましては、8月に開催した医療審議会におきまして、国の基本方針案等についてご説明申し上げましたが、9月末にこの基本方針が告示をされたので、方針に基づいて、新しい医療計画を意識しながら、医療費適正化計画の素案を作成いたしました。本日、検討経過も含めてご説明させていただきたいと思っております。

素案をご審議いただいた上、計画案とすることができれば、来年1月下旬にはパブリック・コメントを実施し、特段のご意見がなければ、3月末に愛知県の医療計画及び愛知県の医療費適正化計画として決定をしてまいりたいと考えております。

本日は、方向性をきちんと決める会議ということで、細かい部分もあろうかと思っておりますけれども、よろしくご審議いただきますようお願い申し上げます。開会にあたりましての私からのご挨拶とさせていただきます。

本日はどうぞよろしくお願いたします。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 緒方課長補佐)

次に出席者のご紹介でございますが、時間の都合がございますので、お手元の「委員名簿」及び「配席図」によりご紹介に代えさせていただきますと思います。

また、本日は傍聴の方が5名いらっしゃいますので、よろしくお願いいたします。

次に本日の資料の確認でございますが、次第の裏面に配付資料一覧がございます。そちらをご覧ください。配付資料としましては、委員名簿、配席図、資料1「現行計画からの主な変更点について」、資料2「数値目標について」、資料3「愛知県地域保健医療計画(素案)」、資料4「第2期愛知県医療費適正化計画の策定について」、資料5「医療費適正化基本方針の概要」、資料6「第2期愛知県医療費適正化計画(素案)の概要」、資料7「愛知県医療費適正化計画(素案)」、最後に、参考資料といたしまして、「愛知県医療審議会運営要領」でございます。

よろしいでしょうか。

それでは、これから議事に入りたいと思いますが、以後の進行は柵木部会長にお願いしたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

(柵木部会長)

愛知県医師会の柵木でございます。

平成25年度からの新しい医療計画、医療費適正化計画について、見出しのとおり県から議題として、取り上げられているところですが、医療計画では、5疾病、5事業及び在宅医療に対して具体的な数値目標等を入れて愛知県の考え方を示すものだという事でございますので、事務局からの原案をしっかりと審議いただきたいと考えております。

これをもって挨拶とさせていただきます、早速、審議に入らせていただきます。

では、議題に移る前に、本日の会議の公開・非公開について、事務局から説明してください。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 緒方課長補佐)

本日の会議は、全て公開で開催したいと考えております。

(柵木部会長)

よろしいでしょうか。

【異議なし】

(柵木部会長)

それでは、本日の会議は、全て公開で開催します。

続きまして、議事録署名者を決定したいと思います。署名者は「愛知県医療審議会運営要領」第4に基づき、部会長が2名を指名することとなっております。

本日は、浅井彦治委員と渡辺正臣委員にお願いしたいと思いますのですが、よろしいでしょうか。

【承 諾】

(柵木部会長)

ありがとうございました。

それでは、議題に入りたいと思います。

議題1「愛知県地域保健医療計画の素案について」、事務局から説明をお願いします。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

本日、医療計画の素案につきましては、資料の1から3を配付させていただいております。平成23年3月に策定しました現行計画からの主な変更点について、資料1により説明をさせていただきます。

また、新計画への記載を考えております数値目標については、資料2により引き続き説明させていただきます。

また、資料3の素案につきましては、今から申し上げます説明の中で、一部内容等をご覧いただきながら、進めていきたいと思っておりますのでよろしくをお願いします。

まず、資料1「現行計画からの主な変更点について」を、ご覧いただきたいと思っております。新たな計画のそれぞれの項目に対しまして、対応を要する課題と、現行計画からの主な変更点を表としてまとめさせていただいております。ただし、現行計画から特段の変更のなかったもので、データ等を更新させていただいておりますものについては、「現行計画の主な変更点等」のところに時点修正という形で記載させていただいており、説明は時間の関係で省略させていただきます。

表の一番左、大項目の第2部第1章「医療圏」の対応を要する課題でございますが、国

が本年 3 月に改正しました医療計画作成指針で、人口規模が小さく、また、流入の患者割合が、20 パーセント未満、流出の患者割合が 20 パーセント以上である場合については、その設定の見直しを検討するように定められております。また、検討の結果、医療圏を見直さない場合は、その理由を明記することとされております。本県におきましては、この条件に合致するのが、新城市、設楽町、東栄町、豊根村からなる東三河北部医療圏であります。

当医療圏におきましては、圏域の面積が約 1,000 平方キロメートルと著しく広大であること、また、地域的にへき地医療対策の必要性の観点から、引き続き、単独の医療圏、東三河北部医療圏とし、救急医療等不足する機能については、豊橋市、豊川市等からなる東三河南部医療圏と連携を図るといった取扱いとさせていただきたいと考えており、新たな医療計画においては、二次医療圏の見直しは行わないということであります。

続いて、第 2 章「基準病床数」でございます。こちらについては、平成 23 年 3 月に策定しました現行計画の最終年度が平成 27 年度となっておりますので、27 年度までの基準病床数については、今回は変更しない取扱いとさせていただきたいと考えております。

続きまして、第 3 部「医療提供体制の整備」でございます。こちらの第 2 章第 1 節「がん対策」でございます。愛知県がん対策推進条例、また、今年度策定するがん対策推進計画におきまして、就労等の社会生活と治療が両立できる体制の整備や、女性特有のがん対策の充実が位置づけられているところでございます。このことを受けまして、就労等の社会生活を継続しながら外来でがん治療や緩和ケアが受けられる体制づくりについて記述するとともに、医療連携体系図に外来医療について位置づけをさせていただいております。あわせて、女性が検診や治療を受けやすい環境づくりについて記述をさせていただいております。恐れ入りますが、資料 3 素案の 59 ページをご覧くださいと存じます。

今後の方策といたしまして、一番下の丸のところに、「就労等の社会生活を継続しながら外来でがん治療や緩和ケアを受けられる体制づくり」を、また、その上の丸に、「女性の検診や治療を受けやすい環境づくり」について記載させていただいております。

また、医療連携体系図につきましては、64 ページをご覧くださいと思います。中ほどですが、外来医療としまして、化学療法、緩和ケア、放射線療法といったものを位置づけをさせていただいたところでございます。

資料 1 に戻りまして、第 5 節「精神保健医療対策」でございます。医療法施行規則の改正に伴いまして、精神疾患が 4 疾病に追加され、5 疾病となったところでございます。先月、開催させていただきました当医療計画部会におきましては、「予防・アクセス」「治療・回復・社会復帰」「精神科救急」「身体合併症」「専門医療」「うつ病」「認知症」の 7 つの項目について、それぞれ、医療連携体系図をお示しさせていただき、ご審議、ご検討いただいたところでございます。

今回お示しました素案の 82 ページをご覧ください。先程申し上げました「予防・アクセス」等につきまして、前回検討いただきました体系図の内容を文字として記載をさせていただきました。他の疾病等の記載内容とのバランスを考えまして、今回、このような文章で

記載をさせていただいたところでございます。

なお、特に精神科救急につきましては、前回の部会でもご覧いただきましたが、86 ページでございます。新たな医療連携体系図の中で各ブロック当番病院の後方支援をしていただく基幹病院をそれぞれ設けることを記載させていただいております。なお、全国共通指標につきましては、このあと資料 2 によって説明をさせていただきたいと考えておりますので、資料 1 では省略させていただきます。

それでは、資料 1 の 2 ページをご覧ください。第 8 節「感染症・結核対策」についても、前回の部会において、体系図のご検討をいただきました。これらについては、今回の素案におきましても、体系図として掲載させていただいているところでございます。

それから、第 9 節「歯科保健医療対策」でございます。こちらにつきましては、今年度策定いたします歯科口腔保健の推進に関する基本的事項と整合性を図って、素案を修正させていただいております。

第 3 章「救急医療対策」でございますが、全国共通指標からみると、第 2 次救急医療を担う医療機関数が少なく課題ということでございます。こちらにつきましては、今回の素案におきまして、第 2 次救急医療機関の不足により、やむを得ず、第 3 次救急医療機関である救急救命センターが病院群輪番制に参加し、第 2 次救急医療を担っている現状を踏まえ、第 2 次救急医療体制のあり方について検討する必要がある旨を記載させていただいております。その他、地域医療再生計画における知多半島医療圏の取組や、愛知医大に配備されておりますドクターヘリの広域連携を現状に記載させていただいております。

続きまして、第 4 章「災害医療対策」でございます。こちらも前回までにご説明させていただいておりますように、東日本大震災の課題を踏まえた災害医療の充実・強化が求められていることから、計画素案の内容を従来からかなり充実させていただいております。

災害医療対策につきましては、資料 3 素案の 128 ページから 131 ページにかけて、平常時における対策から、発災時対策までを記載させていただいております。発災時対策については、発生直後からそれぞれ段階に分けて記述を充実させていただいております。また、災害拠点病院の充実、機能強化、災害医療コーディネーターを中心とした関係機関による連携体制の構築というものについても、131 ページ下のほうの今後の方策といたしまして、1 つ目の丸に災害拠点病院の機能強化、また、3 つ目の丸に災害医療コーディネーターについて記載させていただいております。また、災害医療対策に係る医療提供体制体系図は、133 ページに記載をさせていただいており、上に急性期から亜急性期を、下に中長期にわたる災害医療提供体制体系図をお示しさせていただいております。

続きまして、第 5 章第 1 節「周産期医療対策」でございます。NICU や MFICU の病床数が少ない、また、周産期医療関連施設を退院した障害児等の療育できる体制等の整備が課題となっております。現行の計画におきましても NICU や MFICU 等について記載がされており、引き続き記載させていただきます。また、NICU 長期入院児を含む重症心身障害児のお子さんが、できる限り家庭や地域で生活できるよう支援する医療と福祉のネットワーク

を構築するための検討を行う旨を記述するとともに、あいち小児医療センター及び県コロナ中央病院の再整備後の役割を医療連携体系図に位置づけをさせていただいております。こちらでも前回の当部会で体系図をお示しさせていただいているところでございます。

続きまして、第6章「小児医療対策」、第2節「小児救急医療対策」でございます。こちらは小児救急医療に関する指標が低く、体制整備が課題でございます。あいち小児保健医療総合センターのPICU整備にあわせて、小児救命救急センターとしての位置づけ、それらを含めた新たな小児救急の連携体系図を素案としてお示しさせていただいております。

そして、第3節「小児がん対策」でございます。こちらでも愛知県がん対策推進条例、また、今年度策定しますがん対策推進計画で小児がん対策の充実が位置づけられておりますことから、新規に記載させていただいておりますが、小児がん拠点病院を中核としました医療体制の整備については、素案の153ページに記載をさせていただいております。

次に、第8章「在宅医療対策」でございます。資料1の2ページの一番下、2「在宅医療の提供体制の整備」ですが、今回の国の医療計画作成指針の改正によりまして、5疾病・5事業と並び在宅医療に係る医療連携体制の構築が求められているところでございます。そのため、在宅療養支援診療所などのサービス提供基盤の充実、また、医療福祉従事者がお互いの専門性を活かしながらチームとなって対応していく体制の構築、また、地域包括ケアシステムの構築について記載させていただきました。

それでは、時間の関係がありますので、次ページの説明は省略させていただきたいと存じます。

資料2をご覧ください。数値目標についての資料でございます。表題の下の5疾病・5事業及び在宅医療の数値目標についてでございます。

5疾病・5事業及び在宅医療につきましては、全国共通指標から見た課題の解決に向けた数値目標を新たな計画に記載するということが、国の指針で求められているところでございます。

そこで、表の左側に示してございます全国共通指標から見た課題に対する目標値の案を表の中ほどにお示しさせていただきました。その右側には現状値、目標値を立てるにあたっての考え方をお示しさせていただいております。

それではまず、第2章第1節「がん対策」についてでございます。予防から治療までが関わるアウトカム指標といたしまして、年齢調整死亡率を下げることをまず第一の目標に掲げさせていただいております。また、次の目標でございますが、考え方のところをご覧くださいと思います。全国共通指標から本県の緩和ケア関係の数値が、全国数値と比べて低いということを踏まえまして、目標として全てのがん診療連携拠点病院等に緩和ケア診療加算を算定できる緩和ケアチームを設置することを記載させていただいております。なお、考え方の欄に素案に記載させていただいた主な今後の方策を記載させていただいております。

3点目の目標でございます。がん患者の方が、就労等の社会生活と治療が両立できる体制の整備に向けまして、全てのがん診療連携拠点病院等で外来緩和ケア管理料を算定すること

を目標に掲げさせていただいております。がんについては以上 3 点を目標案とさせていただいております。

1 枚おめくりいただきたいと思います。資料 2 の 2 ページでございます。左上の第 2 章第 2 節の「脳卒中対策」に関しましては、当初の部会におきまして、全国共通指標の中で、脳血栓溶解療法について、全国数値より低いということを申し上げましたが、脳梗塞に対する t-PA 剤による血栓溶解療法は、本県のほとんどの医療圏で提供されていることから、今回課題としてとりあげないこととさせていただきました。目標といたしましては、その次のですが、適切な医療提供体制の確保、また、予防によりまして、脳血管疾患年齢調整死亡率を下げるということを掲げさせていただいております。

続きまして、第 2 章第 3 節「急性心筋梗塞対策」でございます。こちらにつきましては、全国共通指標から見ました本県の課題はありませんでしたが、予防から治療までが関わるアウトカム指標として、虚血性心疾患の年齢調整死亡率を下げるという目標を掲げさせていただきました。

続いて「糖尿病対策」でございます。糖尿病対策については、全国共通指標におきまして、足病変にかかる糖尿病合併症の管理料の届出施設の数値が、全国数値より低いということを課題として掲げさせていただきまして、足病変の治療を行う届出施設については全医療圏に施設が存在しており、また、糖尿病の専門医等が全医療圏にいることから、こちらについても、課題としては取り上げないということとさせていただきたいということでございます。目標値といたしましては、適切な治療体制の確保、患者への受診指導を通しまして、重症化を予防していくということが大変重要であるという観点から、糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少を掲げさせていただいたところでございます。

続きまして、3 ページをご覧ください。第 2 章第 5 節「精神保健医療対策」でございます。こちらについては、4 点の数値目標を掲げさせていただきました。まず、一番上の G-P ネットの登録数でございます。早期に精神科受診につながるということが非常に重要であることから、一般の医師と精神科の医師が連携した患者紹介システムである「G-P ネット」への登録をしていただく診療所の数を増加してまいりたいという数値目標でございます。また、「専門医療」については、全国共通指標において、特に児童・思春期病床が本県になかったことから、数値目標として、児童・思春期病床の整備を掲げさせていただきました。次に認知症の関係でございますが、認知症疾患医療センター数ですが、本県は全国数値から見ると低い状況であるということから、認知症疾患医療センターの整備についても数値目標とさせていただきました。そして、4 点目として、できる限り地域で生活できるよう支援体制を整えることが、早期の退院につながることから、1 年未満の入院者の平均退院率を上げていきたいという数値目標を掲げさせていただいております。

続きまして、4 ページをご覧ください。「救急医療対策」でございます。先程、資料 1 で申し上げましたように、全国共通指標から見ると本県は、第 2 次救急医療機関が少ないという状況でございます。現時点では、やむを得ず第 3 次救急医療機関が病院群輪番制に参

加していただいている、第 2 次救急医療を担っていただいている現状を踏まえまして、今後、そのあり方について検討することとします。数値目標といたしましては、当面はこれまで同様、本県の強みとなっている救命救急センターの整備とさせていただきたいと考えております。

続いて、第 4 章「災害医療対策」でございます。これも先程、資料 1 で申し上げました東日本大震災を踏まえまして、災害拠点病院の機能強化が求められていることから、目標値としまして、国の示す新たな指定要件を満たす災害拠点病院数を、全ての災害拠点病院とすることを数値目標とさせていただいております。

その下、「周産期医療対策」でございます。こちらについては、全国共通指標から NICU、MFICU の病床数が少ないという課題がございますことから、現行の計画でございます総合周産期母子医療センター、MFICU、NICU の整備を目標に掲げさせていただいております。

5 ページの「小児救急医療対策」でございますが、全国共通指標から PICU の病床数が少ないという課題を踏まえまして、小児救急医療体制の中核を担っていただく、小児救命救急センターの整備、PICU の整備を目標に掲げさせていただきました。

そして、第 7 章「へき地保健医療対策」でございます。住民にとっても、へき地に従事する医師のキャリア形成支援にとっても、代診医等派遣要請に対する充足率を 100 パーセントとすることが重要であると考えられることから、現行計画に掲げられている目標と同じであります。引き続きその目標を掲げさせていただきたいと考えております。

続きまして、最後になりますが、「在宅医療対策」でございます。先程申し上げましたように、在宅医療を支える医療基盤が全国指標より、全体的に低い状況でございます。在宅医療で基幹的な役割を果たすと考えられます在宅療養支援診療所数、また、訪問看護ステーション数につきまして、今後の本県の 65 歳以上高齢者の増加を考慮しまして目標値として設定させていただきました。

5 疾病、5 事業等につきましては以上です。

最後に 6 ページでございます。5 疾病、5 事業及び在宅医療以外にも若干数値目標を設定させていただいております。「地域医療支援病院の整備目標」、また、「移植医療対策」については、現行計画の目標をそのまま踏襲させていただきたいと考えております。また、3 点目の「歯科保健医療対策」については、今年度策定します「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」と整合を図り、80 歳で 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合、在宅療養支援歯科診療所の割合、障害者支援施設及び障害者入所施設での歯科検診実施率の 3 点について、改善をしていくことを目標とさせていただいております。

そして、一番下でございます。「医薬分業の推進対策」についても、現行計画で、医薬分業率 60 パーセントという目標が掲げられておりますが、その目標を踏襲したいと考えております。

それでは、資料 1 から 3 につきましてのご説明は以上とさせていただきます。



( 柵木部会長 )

只今、事務局より医療計画の説明がありましたが、これについて何か問題点、ご意見等はありませんか。

( 浅井委員 )

最後に説明のあった医薬分業の 60 パーセントの件ですが、平成 23 年 3 月公示の計画の 212 ページに目標値が記載されているわけですが、数値の計算の仕方もあると思われませんが、現実には、全国平均は 65 パーセント以上です。愛知県内の数値も、今年の春の段階で 60 パーセントにいたっていると思うのですが、目標 60 パーセントで据え置くことに疑問があります。その点はいかがでしょうか。

( 健康福祉部健康担当局医薬安全課 渡辺主幹 )

数値の取り方につきましては、日本薬剤師会の報告においては、55 パーセントということでありまして、国保や社保など各保険関係の数値の取り方で変わってくると思います。県独自で調査した段階でも 60 パーセントを若干超えているという数値を資料に載せていたこともあるのですが、全国の数値としては、55 パーセントということになっています。

( 浅井委員 )

今配付されている閲覧用の平成 23 年 3 月公示の医療計画のところに、平成 21 年度の数値として 55.2 パーセント、目標値として、60 パーセントとありますが、資料 2 の 6 ページに 23 年度 55.7 パーセントとなっておりますが、21 年度から 23 年度に数値が上がっていますが、これと今回の目標数値を据え置くこととの整合性はどのようにお考えですか。

( 健康福祉部健康担当局医薬安全課 渡辺主幹 )

医薬分業率につきましては、上がってきておりますので、今後、この値について順次上げていく方向で検討しています。現状は 55 パーセントという数字であり、目標値までの 5 パーセントを上げていくことが中々難しいところでもありますので、これにつきましては、順次検討させていただき、更なる分業率向上を図ってまいりたいと考えておりますが、今現在は、この数字とさせていただいております。

( 浅井委員 )

愛知県は全国で 37 番目なのです。これはずっと続いておりまして、60 パーセントといわれていたのも愛知県では久しいですね。かなり近づいているとは思っているのですが、ここでまた、同じような数字を 5 年間据え置くようなことは、これはいかなものかなと思っております。ご検討ください。

(愛知県健康福祉部健康担当局長)

今回の地域保健医療計画は、基本的には平成 23 年に作った計画の一部修正というのが基本的な考え方として説明させていただいております。その間に特に大きく変動があったもの、例えば精神保健医療対策の追加、3.11 以降の災害医療対策の変更については、新たに付加しました。それ以外については、基本的に従来計画が生きている最中であるということで、先程説明させていただきました資料 1 の 3 ページ、医薬品については、基本的に時点修正と事実を加えるという程度で計画を作りたいと考えています。55.2 パーセントが 55.7 パーセントとなったというのは、少し伸びが悪いので、少し力を入れて計画を進めていかないといけないにしても、目標値 60 パーセントを 65 パーセントにする要因はなかったということで、現行の目標基準を維持させていただきたいとここにお示しさせていただいたところで、ご理解いただきたいと考えております。

(柵木部会長)

それでよろしいですか。追加質問はありませんか。

(浅井委員)

発言を残していただきたいと思います。

(柵木部会長)

議事録にはきちんと残ります。その他ご意見はありませんか。

(中井委員)

質問の前に確認なのですが、今局長から 23 年からの計画ということで、今日示された数値目標は何年度までのものですか。平成 23 年度からの継続で平成 27 年度までということになるのでしょうか。

在宅医療対策について、資料 3 の素案の課題と方策のところ、連携とか調整という言葉は出てきます。現状のところに記載されている内容を見ると、例えば在宅療養支援診療所とか訪問看護ステーションとかは、数が全国水準を下回っているとか、数のことを記載しているのですが、課題とか方策のところに整備も必要であるということについて記載がないので、入れていただけないかということでもあります。

次に 167 ページに在宅医療サービスの実施状況が病院・一般診療所、歯科診療所ということで書かれていまして、これは、現状の計画に比べて非常に詳しく調査された内容が入っているわけですが、ただ、訪問看護の関係するところを見ますと、病院・一般診療所からの訪問看護は、ここの中に含まれているのですが、訪問看護ステーションからの訪問看護の件数だとか、施設数というものはどこにも出てこないですので、データとしてそれも踏まえていただけないかという要望です。

そして、資料 2 の 5 ページの在宅医療対策の在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションが 65 歳以上の高齢者の増加を考慮して目標値を設定して、それについては、箇所数として設定されているということなのですが、訪問看護ステーションの関連で言いますと、私も看護協会でも訪問看護ステーションを運営しておりますが、65 歳以上に限らず、がん、脳卒中、心筋梗塞という在宅訪問看護の利用者がいるということと、その他難病の方、小児の訪問、そして、精神の訪問の方が現在非常に増えているという状況もありますので、その辺は今後どのようにされるかということです。

また、訪問看護ステーションは設置箇所によって規模が大きいところ、小さいところがあり、大きいところは少なく、箇所数だけでは、訪問看護の件数まで中々積算できないということもありますので、訪問回数、従事者数を加味したところで決めていただくのと良いかと思うのですが、この 400 箇所と数字を出された根拠を教えてくださいたいと思います。

( 柵木部会長 )

4 つの質問に対して、一つずつ回答をいただきたいと思います。

( 愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹 )

最初に委員から質問のありました在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションの数のことですが、現状、全国水準を下回っているという記載のすぐ右に、課題といたしまして、自宅等で療養できる在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等のサービス提供機関の充実ということに記載させていただいたところでございます。

また、今後の方策に関しましては、166 ページの一番上でございますが、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションを充実する方策について検討を進めてまいりたいということに記載させていただいたところでございます。

数について若干読み取りにくいというご指摘かと思うのですが、以上申し上げたところで、課題と方策を記載させていただいております。

それから、1 枚おめくりいただきまして、167 ページ在宅医療サービスの実施状況ということで上に、病院・一般診療所の医療保険によるものを上に並べさせていただき、また、この表の下に介護保険によるものを記載させていただきました。先程、委員からご指摘のありましたのは、医療保険によるものにつきましては、訪問看護ステーションへの指示書の交付のみということであったかと思われませんが、下に介護保険による訪問看護についての施設数と実施件数をお示しさせていただいているところです。

( 柵木部会長 )

よろしいですか。訪問看護件数は、このように少ないことはないのですから、介護保険の訪問看護ステーションによる訪問看護件数は、ここには記載されていないという委員のご指摘の答えにはなっていないと思います。委員は、訪問看護ステーションによる訪問看護回数も

ここの中に入れてほしいと、あわせて、必ずしも高齢者だけではなくて、小児や障害者やあるいは難病といった訪問看護の件数もできたら、記載してほしいとのご希望ですので、その辺りいかがでしょう。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

追加について検討させていただきたいと思います。

(柵木部会長)

捕捉等難しい面もあると思いますが、これからの在宅医療というものを総合的に捕らえていけば、高齢者が中心になるのは間違いないと思われませんが、必ずしも高齢者だけではないということで、色々な疾患に対して、在宅医療を今後拡大していくという視点からの数字もきちんと出していく必要があるだろうということですので、よろしいですか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

検討させていただきたいと思います。

それから、訪問看護ステーションの規模、また、小児や障害者といった方への在宅サービスの数についても加味した形で目標値を定めるべきではないかというご指摘であったかと思えます。今回資料でお示しさせていただきました目標値は、65歳以上の高齢者が平成23年から平成27年までに約1.18倍伸びるという見込みから算定させていただいたところです。委員ご指摘の小児や障害者を加味して算定するのは難しいといったこともございまして、今回現状の予測がされております高齢者人口をもとに算定させていただきたいということでご理解を賜りたいと思います。また、訪問看護ステーションの規模等につきましては今後、在宅医療を考えるにあたって、今回数値としてお示しすることは難しいというところではありますが、こういった基盤整備の中で、規模等についても今後把握して対応させていただきたい。現状では、規模のところまで把握されておりませんので、申し訳ありませんが、今回は高齢者の人口の増による目標ということでご理解いただきたいと思います。

(中井委員)

1.18倍に高齢者人口が増えるので、339か所×1.18倍にするのですが、もともとが、全国の数値に比べると訪問看護ステーション数は少ないという状況の中での1.18倍ですと、少ないままなのかと思いますので、その辺をご検討いただきたいと思います。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

1点だけ補足をさせていただきたいと思います。今までお示しさせていただいております。訪問看護ステーションの数は、全ての人口に対しての数を今までお示しさせていただいております。今回65歳以上の人口の増加にあわせていくこととしまして、現状、65歳以上の人

口に対して、本県の訪問看護ステーション数が全国に比べてどうなのかというのを確認させていただきました。そうしましたところ、65歳以上人口10万人に対して、全国の数値が21.9箇所、本県におきましては、22.4箇所ということで、全ての人口による数値は全国を下回っていたのですが、65歳以上人口に対しては全国数値を上回っていたことが判明しましたことから、現在の339か所に伸びをかけて数値目標を掲げさせていただいたところでございます。

( 柵木部会長 )

その数値は載っていますか。

( 愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹 )

今回は国から示された指標のみをお示しさせていただいております、高齢者人口に対するものは、載せておりません。

( 柵木部会長 )

高齢者の人口に対しては、愛知県は全国平均よりも少し上回っていたので、伸びをかけたということが事務局の見解ですが、他に何かございますか。

( 井手委員 )

167ページの表の8-2-1というものが、在宅看取り加算の数字だと思っておりますが、在宅の看取りが愛知県で両方足して330程度しかない。在宅者がこんなに少ないということは、考えられないですし、在宅療養支援診療所の在宅訪問診療の回数が全部で37,000件ということですが、延べではこんなに少ないわけではない。診療所が1,000件ということで行くと、一月平均3件ぐらいしか行っていないことになる。この数値の集計方法がよくわからない。

( 愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹 )

167ページの表の8-2-1は、下の表と上の表が一体となっております、その右下に資料が平成23年医療施設調査、また、注としまして、実施件数は平成23年9月の一月分の数をお示しさせていただいているということでございます。

( 柵木部会長 )

少しわかりにくいのですね。1か月分の数値というのが書いていないですし、病院、診療所からの医療保険と介護保険による訪問看護ということで、先程、中井委員からご指摘いただいたように、訪問看護ステーションからの数値はここには記載されていないと書かれたほうがよいと思います。

他に何かありますか。

(小林委員)

資料1の第5章「災害医療対策」についてお聞きします。急性期の災害医療が今までは72時間程度というのが5日間に変わったのは、大きな変化ですね。

それからここでは、5日以降の災害医療対策が大切ですよということが書いてあると思うのですが、前回のこの会議で発言があって、衛星電話を持っていない災害拠点病院もあったということに私も驚きました。私の病院でも東日本の状況を聞いて、直ちに衛星電話を買ったわけです。ですから、災害拠点病院として必要な衛星電話等を保有しないという状況をなぜほったらかしているのだろうというのが大きな疑問なのです。災害拠点病院のあるべき姿というのが、定性的ですが書いてあり、これを明確にしてもらいたい。

5日以降の災害医療というものは大変大切であるということが、今回の東日本では大変PRされました。精神医療も含めて色々なものが大切と言われたと思います。そこで5日以降を担う病院の基準というのを明確にしていきたい。また、基準を明確にするプロセスはどのように考えられますか。

(愛知県健康福祉部健康担当局医務国保課 西岡主幹)

災害医療拠点病院の設備として衛星電話がなかったところにつきまして、再生基金等を使いまして、来年度いっぱいまで全て充足させようと考えております。それから、災害拠点病院としてどのようなものを満たさなければならないのかという基準につきましては、国から災害拠点病院の満たすべき基準として、非常電源の関係ですとか、水の関係だとか、食料の備蓄だとか色々なものが示されました。それをもって、今度、4月1日をもって、災害拠点病院の設置要綱を変えさせていただく際に、その設置要綱の中にこういった要件を満たしたところを災害拠点病院とするという形で示していきたいと考えております。また、このことについて、災害拠点病院の会議の中でお示しすることを懇談会の中でも了承を得ております。

(小林委員)

まずは、災害拠点病院を整備するという事は私も大賛成ですが、5日以降の災害医療対策も大切であります。災害拠点病院の整備に関しては、話を聞いておきまして、それ以降の病院の整備の基準というものはどのようになっているのでしょうか。また、その基準はどういう部署でどのように作られるのでしょうか。

(愛知県健康福祉部健康担当局長)

まだ、実のところ、5日以降の災害拠点病院以外の病院をどのように維持していただくかについては、県として明確なものはございません。災害拠点病院というのは、災害拠点病院という看板を掲げていただく以上、耐震性は確保してほしいとか、食糧備蓄は、何日間持つてほしいとか要求はできます。災害拠点病院という看板を掲げていないところに対して、ま

だ耐震の補助はありますが、耐震性を確保しなさい、さらに、食糧備蓄を持ちなさいということが言えるのかという若干難しい課題もあろうかと思っております。

ただ、5日間以上になるとある程度は、供給が始まってくるという前提に立っても、ただ患者さんは膨大に増えるということがありますので、災害拠点病院とそれ以外の二次救急輪番病院や診療所群をどうやって連携をして患者さんを受け入れるか、中にいる患者さんの治療が難しければ、域内搬送、域外搬送ということをやっていかなければならないのかと思っております。

ただ、現状どの程度、耐震能力があるのか、津波に対する耐性があるのか、これについては、調査しておりませんので、これから、災害コーディネーターと保健所を中心としながら、病院協会の皆様と一緒に、ネットワークをどのようにつくって、どこが生き残るのか、医療機能として生き残っているところと連携していくのかということ、よくよく検討してまいりたいと考えておりますので、少しお時間をいただきたいと考えております。

( 柵木部会長 )

5日以降の基準作りまではなかなか、手が回っていないということなのかもしれませんが、他に何かありますか。

( 小林委員 )

単純な質問なのですが、今まで DMAT、災害コーディネーターを指名したわけですが、災害コーディネーターの仕事は、72 時間ではなく、5 日間続くという認識でよろしいですか。

( 愛知県健康福祉部健康担当局長 )

災害コーディネーターでいうと濃淡はありますが、5 日間だけではなくて、ここでいうと中長期の部分も災害コーディネーターの役割は残ります。DMAT は、完全に撤収されていると思われませんが、災害コーディネーターは行政と一体となって、医療チームの派遣調整、受入調整をするという意味で残ると思われま。

( 柵木部会長 )

よろしいでしょうか。他に何か今回の見直しに関して、ご意見等ございませんでしょうか。

無いようですので、それでは、この意見を踏まえた上で、パブリック・コメントの実施など、計画の策定作業を続けていくということになると思いますので、よろしくお願ひします。

続きまして、議題 2 として、平成 18 年に始まった第 1 期の医療費適正化計画に引き続く、第 2 期の医療費適正化計画について、事務局から説明をお願いします。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

第2期医療費適正化計画の策定につきまして、資料4でご説明させていただきたいと思っております。8月6日の医療審議会で提出をさせていただきました「第2期医療費適正化計画の策定について」という表題の資料を参考として本日再度お配りさせていただいております。内容の詳細につきましては、医療審議会で説明させていただきましたので、省略させていただきますが、第1期医療費適正化計画の内容につきまして、1ページにお示しをさせていただき、2ページに2「医療費適正化計画の策定」といたしまして、8月6日の時点で明らかになっておりました国の基本方針の改正案のたたき台についてお示しをさせていただきました。2ページの下の方のところでございます。全国目標といたしまして、特定健診実施率70パーセント以上、特定保健指導実施率45パーセント以上、メタボ該当者・予備群減少率(対20年度比)25パーセント減についてお示しをし、その下でございますが、療養病床数の目標に関しては、第2期の計画では削除、また、国が示す方法で算出した推計値を参考に平均在院日数の目標を定めるといったことを説明をさせていただいたところでございます。また、医療に関する費用の見通しとして適正化効果の推計には国の配付するツールを使用しまして、平均在院日数の短縮効果、生活習慣病予防効果を反映して算定させていただくということでございます。

資料5をご覧ください。「医療費適正化基本方針の概要」でございます。先程説明させていただきましたのは、まだ、国のたたき台の状態でしたが、その後、9月28日に国が基本方針を告示致しましたので、その概要をお示しさせていただいております。この表の下の方のゴシック部分は、先程申し上げました8月6日医療審議会でご説明させていただきました基本方針(たたき台)からの主な変更点を示しております。

表の上の方の「たばこ対策」と表の中ほどの「後発医薬品の使用促進」が新たに目標として、国の最終的な基本方針として定められたというところがございます。ただし、それ以外につきましては、基本方針のたたき台と大きく異なるということはありませんでした。それから、表の一番下に「」がございます。計画の主要な目標に関わる平均在院日数を短縮する目標の推計ツール及び平均在院日数を下げる等により、都道府県ごとの医療費が計画の最終年度の平成29年度にどの程度抑えられるか算定をいたします将来推計ツール、この2つのツールが国から11月28日に配付されました。この11月28日は、前回の当部会の開催日ということでございまして、こういった国から示されました最終的なツールの提供の日程の関係から、第2期医療費適正化計画の素案をお示しするのが本日となってしまったということでございます。素案の提出が大変遅くなってしまったことをお詫び申し上げます。

それでは、資料6をご覧ください。素案そのものは資料7として配付をさせていただきましたが、時間の関係もございまして、素案の概要をまとめた資料6で説明させていただきたいと思っております。第2期医療費適正化計画でございますが、全体で7章から構成されております。まず、第1章「計画の基本的な考え方」でございます。1「計画策定の趣旨」ですが、県民の健康の保持の推進とともに、医療の効率的な提供の推進を図り、医療



費の将来的な伸びの抑制を図るというものでございます。

また、2「計画の位置づけ」でございますが、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく法定計画でございます。

また、3「計画期間」ですが、来年度から平成29年度までの5年間になっております。

第2章「現状と課題」でございます。1「医療の動向」につきましては、右のグラフをご覧ください。こちらに愛知県の医療費の推移をお示しさせていただいております。平成20年度の愛知県の医療費の総額につきましては、1兆8319億円となっております。これを1人あたりの医療費にしますと、24万7,400円ということで、全国的には本県はまだ高齢化が進んでいないということございまして、全国41位と低い状況にはございます。

しかしながら、表の下、一つ目の ですが、本県の高齢者人口が今後増加をしていく、特に75歳以上の後期高齢者の人口が今後大幅に増加していくということから、今後、医療費が急速に増加していくことが予想されています。

続きまして、2「生活習慣病」ですが、現状におきましては、特定健康診査実施率が平成22年度で47.2パーセント、全国43.2パーセントで、また、特定保健指導実施率は11.4パーセント、全国13.1パーセントと全国数値を下回る状況となっております。さらに特定健診受診者に占めるメタボリックシンドローム該当者・予備群の割合につきましては、26.7パーセントと全国とほぼ同じでございますが、若干上回り4人に1人となっているところでございます。このため、この下に課題として、生活習慣の改善による生活習慣病の発症・重症化を予防することが重要であり、そのために特定健診、特定保健指導の受診率の向上、メタボリックシンドローム該当者の減少、喫煙率の低下が必要とされているところでございます。

1枚おめくりいただきまして、2ページの3「その他」でございます。現状では平均在院日数は、平成23年度25.5日と全国より短い状況となっております。後発医薬品の割合は、23年度22.2パーセントと、こちらは全国を若干下回る状況であります。そこで、課題でございますが、患者の皆様方の生活の質の向上、効率的な医療の提供の推進ということから、平均在院日数の一層の短縮を図ることが重要であるということでございます。また後発医薬品への理解の向上が必要と考えられるところでございます。そこで、第3章に掲げる目標であります。国の定める基本方針に沿って、下に掲げる表のとおり目標を設定させていただいております。県民の健康の保持の推進を図る目標といたしましては、特定健診の実施率を現状47.2パーセントから、平成29年度には70パーセント以上に向上させていく、また、特定保健指導の実施率についても、45パーセント以上に向上させることを掲げさせていただきました。そして、メタボリックシンドロームの該当者については、20年度比で25パーセント以上減少させるということを目標とさせていただいております。成人喫煙率につきましては、男性20パーセント以下、女性5パーセント以下を平成29年度の目標とさせていただきます。

また、医療の効率的な提供の推進のための目標といたしまして、平均在院日数をさらに短

縮し、現行の 25.5 日を 24.6 日に短縮する、後発医薬品の割合については、平成 23 年度 22.2 パーセントとなっておりますのを、今後割合を上昇させるという設定をさせていただいております。

続きまして、第 4 章「本県が取り組む施策」ですが、第 3 章のところでも申し上げました目標を達成するために、県民の健康保持の推進といたしまして、特定健診に関する普及啓発、医療の効率的な提供の推進につきましても、6 項目の施策を表にさせていただいております。

第 5 章「計画期間における医療に要する費用の見通し」でございます。国から提供のございました医療費推計ツールにより、本県を含めます全都道府県がそれぞれ費用の見通しについて算定をすることになっておりますが、そのツールによって、平成 29 年度の医療費を推計させていただきましたところ、上記の目標の達成を図る前の 2 兆 5,950 億円が適正化を図ることにより 2 兆 5,386 億円に下がりました、差し引き 564 億円の適正化の効果が生ずるということでありました。

第 6 章、第 7 章におきましては、計画の達成状況の評価、推進について記載させていただいております。計画の推進にあたっては、保険者・医療機関その他の関係者の皆様方と連携・協力を図りながら、進めてまいりたいと考えております。

最後でございますが、今後のスケジュールとしまして、来月下旬にパブリックコメントを実施し、3 月に医療審議会にお諮りしまして、決定、公表させていただきたいと考えております。

以上、簡単でございますが、第 2 期医療費適正化計画の策定についての説明とさせていただきます。

( 柵木部会長 )

事務局からの第 2 期医療費適正化計画の策定についての説明でございます。

国がどのようなアルゴリズムで医療費が適正化できるという数式を出したのか良くわからないというところがございますが、法律になっておりますので、何らかの数字を出さないといけないと思います。何かご意見等ございましたら、ご発言ください。

( 倉田委員 )

資料 6 の第 2 章のところに書いてあるように、本県の高齢者人口というものは、全国平均に比べてはるかに大きい伸びで今後伸びていく、現に伸びているということです。その中で平成 20 年度医療費総額の 17 年度からの増加率が全国平均 5.1 パーセントに対して、本県 6.8 パーセントとなっております。この 6.8 パーセントが愛知県の高齢者人口の伸びと比較して、適正といえるのかというところが、最初にする議論だと思います。その評価について、どのように考えているのかということをお聞きしたいというのがあります。

それから、私ども国保連合会のことに関して、おとといの朝日新聞で、市町村の国保があまり医療費の適正化に努力をしていない、全国の一割ぐらいたという話が載っていたのです

が、名誉のために、修正させていただきたいと思います。市町村の国保でも50パーセント以上のところが、ジェネリックの通知はさせていただいております。私どもが承知しているところでは、国保中央会のデータを使いまして、通知しているところが半分以上ありますので、決して市町村がサボっているわけではありません。そのことを一言、言わせていただきます。

( 柵木部会長 )

先日、新聞にレセプトデータを使った医療費適正化について、国保があまり努力していないというような記事が載ったことを受けての発言であり、これはあくまでレセプトデータを医療費適正化に使うということで、そのような記事が載ったのだらうと思います。

他に何か、医療費適正化計画に対するご意見はありませんか。

( 小林委員 )

医療費を使う側から申し上げます。

数値目標が載っているわけですが、具体的な対策があまり載っていません。つい先日ローソンではメタボリックシンドロームの健診を受けない人のボーナスを削減するという、すごく具体的な対策で、非常に効果があるだらうと思いますが、県としてもそのような具体的な対策を考える余地がありますかということが、一点です。

もう一点は、医療費の中に占める胃ろうの問題です。胃ろうについても、3回ぐらい愛知県に高橋泰氏をお呼びして、色々な会議で講演会をやったわけですが、その前後ぐらいから、愛知県内でも、ちょっと数字は把握していませんが、感覚的に何でも胃ろうをつくるという空気が急速になくなった感じがします。私の病院でも胃ろうの患者さんが胃ろうがとれて、経口摂取に移行するのを何例も経験しております。ですから、胃ろうそのものが悪という発想はまったくありません。治療の経過の一環として胃ろうをつくって、それが、バックできるという可能性があるとするれば、ぜひ、胃ろうを作るべきだと思います。しかしながら、私自身は、胃ろうを作ってもらいたいとは思いませんので、意識がまったくない人に対しても胃ろうを作るということはいかなるものかと思います。何らかの形でどこか有識者の方々の中で、強制力はないかもしれませんが、なんらかの基本方針を提示することで、この人は胃ろうにはそぐわないですねということが出されれば、これはかなりの医療費の削減にもなるでしょうし、人間性を持った人生というものになるのではないかと。ローソンではないのですが、具体的な対策がない限り、このような数字だけでは、必要とされる医療すら削減されてしまうということが一番の問題として、医療を提供する立場からは危惧するところがございます。

( 柵木部会長 )

胃ろうについては、県と議論をしても仕方が無いと思いますので、事務局から、音頭だけ

がとられているが、具体的な方法を謳っていないということについてご回答をお願いします。

(愛知県健康福祉部健康担当局健康対策課 稲葉主幹)

特定健診の受診率の件で、ローソンで健診を受けない人はボーナスを本人が 15 パーセント、その管理職も 10 パーセント削減するということは、我々も衝撃を受けた内容でございます。特定健診の受診率、現在は 47.2 パーセントぐらいを 70 パーセントにする具体的な対策としては、少し弱いところがあるのですが、まずは広報啓発を一生懸命やるというのが第一点でございます。具体的には、例えば、名古屋駅前のナナちゃんをメタボにして、「こんな風なナナちゃんのようにならないようにね。」という啓発活動を行ったり、各種のデパート等のレシートに特定健診を受けましょうと打ち出してもらおうということを行っています。しかしながら、これだけでは啓発の範囲であります。平成 20 年度の前までは老人保健事業として健診を受けていて、このときは、がん検診といわゆる特定健診と一体で行っていたわけですが、それを多くの方は経験してきたので、市町村が行うがん検診と保険者が行う特定健診が分かれてくると、中々受けたくないというのがあると思います。そこで、県がコーディネートする形をとりまして、例えば、一緒にご案内していただくとか、また、日にちを合わせて、同じ時期に各医療機関に行っていただくとか、集団で行っていただくとか、市町村と保険者とが協力して可能な限り一体的にがん検診、特定健診を受けていただくという形で受診率の向上を、図っていくことを検討させていただいております。今後も、知恵との勝負でありますことから、しっかり、県としても力を出していきたいと考えております。

(柵木部会長)

どういう方向で力を入れてやるのだという、お題目は良くわかるのですが、委員は先程のローソンの例のようにまず、県職員がローソンをまねしてやってみる等という具体的な方策を、おそらく質問されていると思います。

もう一つ特定健診が医療費の適正化に役に立つのかというのは当初からございます。一応 5 年間の第 1 期計画が済んだところでございます。県に申しあげても仕方がないところであり、検証出来るかどうか方法論の問題も大きいと思いますが、一応 5 年間という目処がついたところで、国はきちんと検証する義務があるだろうと思います。また、しかも、高齢化を始め、色々なファクターが入ってくるのに、健診が医療費の適正化に役に立っているのかをきちんと検証してほしい。

また、一つ言えば、特定健診と市町村の行うがん検診を含めた健診は理念が違うとよく言われています。市町村の行うのは、病気の早期発見、早期予防として国民の健康を維持するというもので、特定健診というのは、メタボを拾い出して高血圧や高脂血症を予防して病気を発生しないようにするものです。これらは、国家的な実験政策みたいなものだろうと私は考えております。したがって、実験である限りは、PDCA はきちんと検証する必要はあるだろうと思いますが、これは県に言っても仕方がないですから、何か他にはありませんか。

(浅井委員)

責任上、後発医薬品について発言しないとイケないと思います。医薬品の適正使用というのが我々の基本的な考え方でありますので、それについて、進んでいただければなんら問題はないのですが、今回の話はそうではなくて、後発品というものを今あるものをおいておきながら進めなさいということであることから、これは、もろ手を挙げて大賛成といっているわけではないということです。

ただ、適正使用について、適正化という医療費削減の計画で、国は来年の3月の時点で、数量ベースで30パーセントといっている中で、資料6の2ページの3章の医療の効率的な提供の推進の後発医薬品割合の数量ベースの数値が22.2パーセントから上昇と書いてある。これで、計画として問題ないのかと心配します。われわれの現場である薬局から言うと、先発品と後発品の最低2つ用意しなければならないという手間な話をやっているわけであり、他の先進国では、後発品の構成比率は日本の30パーセントどころか50～60パーセントでございます。そうするとこの流れは止められないのです。そういう中でこのような抽象的な目標では、皆様のご迷惑になり、これで本当によいのかと心配しています。

(愛知県健康福祉部健康担当局医薬安全課 渡辺主幹)

目標値の関係ですが、平成17年9月になります、16.8パーセントのジェネリックの使用率であったものが、平成19年にアクションプランが国において作成されまして、平成24年の3月までに倍に上げましょうということで、30パーセントという大まかな数値目標と出ているのですが、平成23年9月において、22.8パーセントということで、30パーセントまでには乖離があります。これをもちまして厚生労働省医政局経済課では、現在、25年から29年までの5年計画ということでロードマップを作成しております。この中で平成25年3月頃に公表としておりますので、国においては今の段階においても目標値について未着手ということであり、30パーセントになるのか35パーセントになるのかどの程度になるのか、まだ、全然わかっていない状況で、目標値を県として設定できないということになります。全国的にも約1パーセントジェネリックをあげれば、800億円の差が出てくる整理でございますので、中々その数値については設定ができていないこととなります。

(浅井委員)

私が発言するよりも保険者の方のほうが良いかと思えます。

(柵木部会長)

要請がありましたので保険者の方からお願いします。

(内藤委員)

説明の中で、第5章の医療に要する費用の見通しの中で、医療費の適正化と費用のことにつ

いて言われておりました。先ほど柵木先生からも検証について触れられており、ツールのアルゴリズムについてもおっしゃいましたが、一つ気になったのは、29 ページのところ、マイナスの 564 億円程度の適正化効果は、計画におけるメタボと平均在院日数の短縮の目標を達成した場合として 2 つの要因が書いてあるのですが、第 3 章の目標をみると、メタボ以外にも喫煙率、ジェネリックの話があり、こういったものの要因も含めて 564 億円の中身についてきちんと説明していただきたいと思います。第 5 章のところを少し膨らませて書いていただけたらと思います。

それがさらに年々どう推移していくのかとか、あるいは、よく言われる GDP 比でどうだとか言われるが、愛知県のそういった歳入というか、そのところからすると効果がどうだとか、そういったマクロ的な見方もされたらどうかなと思いました。

(柵木部会長)

厚労省の計算式に高齢化を入れてあてはめたとと思いますが、今後も 5 年間の間に後発品の話が出てきて、また何か出てくるなど、そういったファクターが変わってくる中で、県が 564 億を試算した根拠についてももう少しはっきり、示していただきたいという御意見ですね。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

今回の計画の費用の見通しにつきましては、国の推計ツールによるものであるということでございます。564 億の内訳ということでございますが、今回国の推計ツールによる適正化効果というのは、メタボリック症候群該当者の減少、平均在院日数の短縮の 2 つの目標による適正化効果のみとなっております。国の推計ツールがそういったものを反映するという作りになっておりまして、今申し上げました、メタボリック減少による効果としまして 197 億円ほど、平均在院日数の短縮による効果が 367 億円ほどということでございます。今回数値目標として、掲げさせていただいております喫煙率、後発医薬品の割合による効果といったものは、国のツールにおいては反映されていないというのが実態でございます。

(内藤委員)

どういう表現がいいのかわかりませんが、ツールがこうだからこういう結果ということ expecting しているのではなくて、答えを出すにあたりファンクションの X Y Z 以外に何かそういったところがあるのではないですか、それについて試算してみたらどうですかと申し上げているのです。

今すぐ答えを出してくれと言っているのではなくて、そういうことを少しこれから検討されてはどうでしょうかと言っているのです。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 青柳課長)

今、主幹が申し上げましたように、これは国が示したツールにより作っておりますので、今回につきましては、あくまで国のツールによって、こういうものが出てくることを県民の皆様にお示しするというご理解をいただきたいと思います。

今、委員がおっしゃった他のファクターによりまして、県の医療費がどのようになるのかに

については、勉強させていただきたいと思いますので、お時間をいただきたいと思います。

( 柵木部会長 )

勉強するということは県独自でツールを考えるということを含めてということですか。

( 愛知県健康福祉部医療福祉計画課 青柳課長 )

それができるかどうかも含めて検討させていただきたいと思います。

( 渡辺委員 )

特定健診実施率の目標が 70 パーセント以上ということですが、保健指導が一番大事ではないかと思えます。保健指導の実施率がそれに対して低い気がします。ただ健診すればいいのではなくて、いかに保健指導をやっていくかという考え方をお聞かせ願います。

( 愛知県健康福祉部健康担当局健康対策課 稲葉主幹 )

健診した後に要指導となった方の保健指導はメインでございまして、将来の発症を抑えるといった意味で健診を実施しているわけですので、委員のご指摘のとおりでございます。

この実施率向上のための具体的なアクションはございませんが、この特定保健指導の実施率を上げていくことは困難でありまして、現実的に働いている方々を一定期間において複数回指導していくのは中々難しいものがあります。少し、笑い話であります。この指導率をあげるためにある市町は、具体的に特定保健指導日に無断で来なかった方は、保健師が突然家に訪れることを実施したところ、その市町は 10 パーセントぐらいの実施率だったものが、一気に 40 数パーセントに増えたということがあります。市役所の人とか、関係医療機関の方、保健師や看護師が突然訪れて指導されては困るという人が多かったのかも知れませんが、ここのところが一番難しいところで、指導率を上げるためにどんな手段をとるのか本当に大変でございます。指導する保健師が公務員ですと、通常 9 時から 5 時という勤務時間ですが、夜間と土日だけを勤務時間とするような保健師、看護師の雇用を始めたり、特に夜間を専門に保健指導を受け入れる体制を順次とっていくなど、利用する人の立場にたって、保健指導を行っていく形が大切であると思えます。また、実際、徐々にですが保健指導が変わってきているとお聞きしております。これからもご指導をよろしく願います。

( 渡辺委員 )

保健指導をこれから計画的にどうするかということ、例えば、歯科の口腔ケアが生活習慣病に関係してくるわけですから、そういうものを含めて県で、医療の適正化という形でやっていく場合に、どういう計画を立てているかということだと思います。

( 愛知県健康福祉部健康担当局健康対策課 稲葉主幹 )

平成 20 年度に特定保健指導が始まりまして、特に協会健保などの指導率が 0 パーセントのところからスタートしたものでありまして、現在 10 パーセントぐらいまで徐々に上がってきています。今回の計画では 45 パーセントまで上げていこうという計画でございまして、できること

であれば、50パーセントを超えていきたいわけですが、当面、45パーセントまで順次上げていきたいと思っています。現在一番指導率が良いのは、市町村の国保であり、事業者別の国保が逆に一番低いということになっております。また、建設国保だとか、どちらかという働いている労働中心の方の奥さんの受診率が一番低くて、市町村がしっかりやっているということで、40歳以上で夫婦ともに農業とか商工業者の方が高いとなってくると、保険者の方々の手法にお願いして、県が後方支援するという手法で実施していきたいと思いますが、45パーセントに向けて頑張って上げていきたいと思っています。

( 柵木部会長 )

県が保険者の尻をたたいて受診率を上げていくということで、どのように尻をたたいていくかが非常に難しいところであると思います。

( 愛知県健康福祉部健康担当局長 )

医療費適正化計画で目標は掲げておりますが、目標を達成する全ての方策が書かれてないので、先生方からどうやってやるのだという御疑問が出たと思っております。今作っている健康づくりプランで、健診をし、生活習慣を見直し、病気にならないようにし、重症化予防することなどを体系的に示し、その具体的な施策等を記載させていただいています。

もう一つは、医療計画ですが、ジェネリックは今回の医療計画に書いてないのですが、全体的には医療計画に記載されている医療体制を踏まえて、平均在院日数は減ってくると考えられます。

健康づくり計画など実行計画の中で健診実施率やメタボの対策、喫煙対策も記載していて、医療費適正化計画では、そのエッセンスである各計画にある目標だけを取り出して、その数字を先ほど言った国のツールにいれて計算するということになっています。今日はここだけお見せしているので、この保証はどこですということになると、ちょっと今日はお見せしていませんが、他の計画の中で保証するシステムになっています。エッセンスだけということで分かりにくいのは申し訳ありませんが、ご理解ください。

( 高橋委員 )

今、部分的にお答えしていただいたと思いますが、数値が一人で踊っていると皆さんが印象を持っている。それと同時に現状の分析が、例えば特定健診の実施率が47.2%ということだが、どういう職種、どういう層の実施率が高いとか低いとか、その現状分析をしたうえで、具体的な対応策を書いていただく必要があると思います。そういう分析をしっかりしていただきたいと思っています。

( 愛知県健康福祉部健康担当局健康対策課 稲葉主幹 )

職種別分析はありません。特定健診も、特定保健指導も受診率というものを保険者別にもっているだけでありまして、さらに職種別に分析することも必要だと考えておりますので、今後検討してまいりたいと思います。



( 柵木部会長 )

保険者をみるとある程度の属性が分からないわけでもないですね。更なる精緻な分析は難しく、それを開ければさらに藪の中に入るといったこともあると思います。

( 愛知県健康福祉部健康担当局長 )

健診は職域サラリーマンの捕捉率は非常に高く、むしろ、在家庭、個人企業の国保の人は低い状況がございます。市町村からお手紙を送っても応答がない。指導に 2 回も行けないということあり、その辺をどう補足しながらアプローチするか、普及啓発もそうですが、市町村と一緒にやってなるべく職域と一緒にやってやる手段を考えてますが、中々決定打がないので、普通に町にいる人を健診に向かうようにしたい。ナナちゃん人形も一つと思っていますがその方向でやっていきたいと思っています。分析は今後しっかりやっていきます。

( 柵木部会長 )

保険者としては、その辺のところはどうですか。

( 倉田委員 )

医療費の適正化というか、市町村国保も保健事業をしっかりやろうと、国保財政の健全化の観点からも極めて関心は高いが、実際問題としてこれという方策がないのが現状です。なかなか市町村国保での受診率が上がってきません。特定健診に対する関心が薄いから集まらないのか、関心はあるけど中々いけないのか、その辺も含めて考えていますが、単に啓発だけでは、実施率は上がらないのではないかと考えますが、いい方策が見つかりません。日曜日に健診をやったり、がん検診と組み合わせたり、工夫はしているのですが、毎週日曜日どこかで特定健診を行っていて受診できるのかということなかなか難しいところもありますので、努力はしていますが決定打がないのが現状だと思います。引き続き、市町村と一緒に考えていきたいと思っています。

医療費適正化というと特定健診、特定保健指導がクローズアップされますが、市町村の人に聞くと人工透析の患者の影響は大きいということです。ここを少しでも少なくすることができないかと、一生懸命考えているところもあります。そのために、糖尿病の重症化予防をやっており、それはそれで結構効果が上がっているわけですが、人工透析の患者の減少にはつながっていないという現状であります。単純に保健事業を強化したら、医療費が下がっていくということには中々なっていないので、その辺のところも分析が必要ではないかと思っています。

( 柵木部会長 )

1 点だけ内藤委員にサラリーマンの組合健保という観点から、今の特定健診だけに絞って受診率を上げるための方策を、あるいは何であがらないのかということ、少しコメントいただけますか。

( 内藤委員 )

健保組合は愛知県では 97 あるのですが、その中でたとえば石油業が集合したような総合健保

は 15、それ以外が単一健保と言われるところです。総合健保でも職種において就業時間の関係で特定保健指導がうまくいかないとか、個別の事情があります。必ずしも健保組合だからといって一律に目標を立てられないところがあるのです。その辺を職種の特徴をとらえながらやっていくことが必要かと思いますが、それが現実はできていないところです。それから年間ベースでみると、どうしても予算と事業年度の問題があり、スタート時期が秋口になってやっているところがあるのです。そうするとやっているうちに時間切れになってしまうところもあるので、少しでもスタートを早く切るというのを仕掛けとして作っていくなど、そういうところを 2 期に向けて、1 期を反省しながらやっていこうと考えています。

( 柵木部会長 )

最後に、地域保健医療計画と第 2 期医療費適正化計画の 2 つを踏まえて、何かご意見がございませんか。

それでは、本日の会議における意見を踏まえた上で、パブリック・コメントの実施など、計画の策定作業を進めていただきたいと思いますので、よろしくお願いします。

最後に、事務局から何かありますでしょうか。

( 愛知県健康福祉部医療福祉計画課 緒方課長補佐 )

本日の会議録につきましては、会議冒頭で部会長が指名いたしましたお二人の署名者に後日御署名をいただく前に、発言者の方にテープから起こしました発言内容を確認していただくことにしておりますので、事務局から依頼がありましたらご協力いただきますようよろしくお願いします。

以上でございます。

( 柵木部会長 )

また、来年 3 月の中旬に医療計画部会がありまして、そのあとに医療審議会ということで、医療審議会でも同じような議論が出るとは思いますけども、その辺のところも医療計画を作っていく上での問題点、計画作りの問題点も含めまして、今後ともご検討いただければと、計画部会の部会長としては、事務局にお願いしたいと思います。

それでは、本日の医療計画部会はこれで終了します。ご協力ありがとうございました。