

第1回宮城県医療費適正化計画策定懇話会議事録

開催日時 平成19年8月1日(水) 午後1時～午後3時15分
開催場所 自治会館6階 宮城県国民健康保険団体連合会 役員会議室

1 開会

2 あいさつ

中山医療健康局長よりあいさつ

3 委員の紹介

資料1に基づき事務局より紹介

4 会長及び副会長の選出

伊藤委員より会長に濃沼委員,副会長に伊東委員を推薦する旨提案があり,賛成多数で会長に濃沼委員,副会長に伊東委員が選出された。

濃沼会長

今懇話会の会長に選任された濃沼でございます。一言ご挨拶申し上げたいと思います。

この懇話会の目的は,医療費の適正化計画を宮城県の特性に見合う形で策定するということです。このあとご説明があると思いますが,生活習慣病対策や医療提供体制に関し,本県としての5つの目標値を作るということが,最低限やらなければならないこととなっております。これについて,いろいろご意見をいただきたいと思いますが,これだけで本当に医療費の適正化になるのかという話も多分あるかと思えます。

すなわち,医療費の適正化に関する本県としての考えもぜひ盛り込んでいければと思います。

厚生労働省から3つの考え方が示されています。一方,政府の経済財政諮問会議からは同じように5年計画で医療費の効率化を進めることになっており,5つほどの柱があります。IT化による医療費の効率化,重複受診の改善あるいは医療の標準化などです。そのようなことも視野に入れ,本県としての医療費の適正化についての考え方をまとめていきたいと思えます。

適正化といいますと,後ろ向きな感じもしますが,これは医療資源を効率的に最大限上手く使うということだと思います。今後医療保険に関して国から県への権限移譲が進んでいった時にも,本県として体制が整えてあればやりやすくなるのではないかと思います。マイナス面というより前向きな事柄になっていくような審議をぜひお願いしたいと思えます。

皆さんの協力のもと,いろいろなご意見をいただいて,限られた時間の中でよい計画案を作っていきたいと思えますので,よろしくお願ひします。

5 議事

(1) 懇話会の公開,非公開の決定について

賛成多数で本日の会議は公開ということに決定。また,傍聴要領案についても異議なく了承されたもの。

(2) 医療費適正化計画の概要及び策定スケジュールについて

資料4,5に基づき事務局より説明。

濃沼会長

半年くらいの中に数回の会議で県としての計画を立て,来年4月から実施の予定です。話し合う時間は限られておりますので,ぜひ本質的な議論をしていただきたいと思えます。

今回の計画自体は第1期ですので、5年で終わりではなく、その後第2期・第3期と続く息の長い計画です。第1期は中間年で一回見直しをするという位置付けです。

資料4のP2にありますけれども、最低限数値目標として5つ設定しなければなりません。ただ、これも計算式等が示されていたり、特定健診実施率等も最初から目安として70%以上など既に数値も出ております。ただし、機械的に出る数値だけではなく、本県としてどのように考えていくかということも十分議論する必要があるのではと思います。

また、資料4の1の(3)「目標達成状況の検証」の最後のくだりに、「都道府県別の診療報酬の特例設定を行うことができる」とあります。これは、医療保険の一元化や国から都道府県への権限移譲という流れの中で、都道府県で診療報酬の特例設定ができることまで盛り込まれております。国の方針に従ってやっていくということだけでなく、本県独自の政策展開が可能であることをご理解いただき、ご検討いただければと思います。

一定の共通認識に至ることが第1回目の趣旨だと思いますので、なるべくたくさんの方からそれぞれの立場でのご意見を賜ればと思います。よろしくをお願いします。

関田委員

国民医療費の3要素は、受診率と一件当たりの日数と1日当たりの医療費で構成されます。

受診率を、もし県で関わった計画で何かやろうとなると、患者の受診率もしくは医療機関側の受診率に関する関与が検診等予防対応などどこまで可能か、それから在院日数についても、医療機関あるいは福祉施設との連携によるものとか、そういったファクターが必要ですし、1日当たりの点数となると、診療報酬とか病院機能の対応のあり方ということになるわけですが、ほとんどの医療機関が民間で県立病院ではない時に、医療費の計画をしても強制力はありませんので、それを計画に盛ったときにどうするかという方法論が大変重要になると思います。

特に、計画の基本理念の中に「質の維持・向上を図る」ということが前提として書かれておりますが、それを計画の中にどう取り込むか。つまり、医療費は抑制したけれども、質が下がるとか、死亡率が上がるとか、アクセスが悪くなるとか、あるいは病院経営が悪化して診療科がなくなってしまうとかということも起こる可能性がある。それを同時に考えていかないと、計画を作っても最終的に「一体何をやってきたか」ということになって、社会的な批判を被る可能性もあるわけです。

特に特定健診については、そのリスク判定値で相当問題があるという指摘がなされていて、これが目標値にも出てきておりますが、この辺のエビデンスについてもきちっと整備した形でまとめておかないと、計画上支障が出るのではないかと思います。

伊東副会長

医師会の立場としていろいろ考えて、今回の計画に対して協力することにはやぶさかではないのですが、例えばメタボリックシンドロームの改善につきましても、まだ詳細が不明です。10月にならないとはっきりしたことが決まらないということで、実はとまどっております。やっと保険者協議会に医師会もメンバーとして入れてもらい、時の流れがどの程度になっているのかということは今模索中です。

ただ、厚労省からは、アウトソーシングとして手上げできるかということについて医師会にも通知が来ているので、それには「受けられる」との返事はしておりますが、実際面としてどんなことをやればいいのか、また単価がどうなのかなど、そういうことが全然わかりません。おそらく入札制度になると考えておりますので、我々としては非常にとまどっております。しかし、これに協力するのはやぶさかではありませんし、その方法、例えば一般診療所で診て、そのデータの蓄積が果たしてできるのかなど、とまどっておりますが、やらなければならないことだとは思っております。

ただ、今までの経過を見ても、例えば、介護保険の包括支援センターでやっている特

定老人の受診率を5%と踏んでいると言われていますが、0.14%という非常に低い受診率になっているということなどを考えてみますと、もう少し上手なやり方を考えないと、受診率が上がらないのではないかと。今回は医療保険者に義務づけられているので、否応なしにやらなければならないでしょうし、70%の目標値というのは、遠い話になるかと思いますが、そんなことでとまどっております。また、この2、3日、3回ほど県の指導で療養病床の転換についての講演会を開かせていただきましたが、感触としては、療養病床をお持ちの先生方が何らかの方法で新型の老健、あるいはいろいろな多様な施設に転換するというような意向があるようで、「絶対だめ」というような抗議の話は聞かれませんでした。

そんなことから、このことについては県の特別な配慮をいただき、ぎりぎり進めるということではなく、医療機関の特徴を踏まえ、自主性をもった転換をお願いしたいと思います。

濃沼会長

国から12月頃に計算式が出されるという理由は、多分平成18年の病院報告のデータが出てくるのが秋口で、それを基にデータを出していきたいからだと思います。遅れているという意味は、多分最新の結果をもって各都道府県に通知したいという趣旨だと思います。ただ病院報告も大きく変わっているとは思えませんので、ある程度推計で準備を進めていくことが必要だと思います。

それから、5つの指標をやることだけでは必ずしも十分ではないと思いますし、5つの指標自体がどんな意味を持つのかという根本的な疑問もあるのではないかと思います。従って、闇雲に作るのではなく、いろいろな疑問も出していく中で、頭ごなしにできる計画ではなく、実効力のある計画にしていく必要があると思います。

川村委員

歯科医師会の立場から2、3発言したいと思います。

まず、医療費適正化計画についていろいろなものを読みましたが、健診の結果生活習慣病に関わる部分の予防効果を上げていくという中で、歯科医療の分野で関わる部分が何も見えてこないということが1点あります。少なくとも、糖尿病等について口腔内の歯周疾患が関わるということは、既に様々な学会から論文が出され、その結果も認められているところですので、保健指導の中で効率を上げるためにも、口腔内のケアにも視点を置いていただきたいというのが1点です。

もう1点は、資料4の4の「医療の効率的な提供の推進」のところにて在宅医療というものが出てきます。急性期から慢性期、そして在宅という一つの流れをこれから作ろうということはいろいろなペーパーで謳われておりますが、在宅で高齢者が快適に過ごしていくということの最も大きな要素の中で、「快適に食生活を送れる」ということが非常に大事なことだと思います。最後まで自分の口から食べ物を摂取できるということは、人間の尊厳にも関わることで、歯科医療の立場でこういうところにきっちり関わっていくということを、可能なら文言として謳っていただきたいということは、行政にもお願いしたいと思います。宮城県としての計画を作るのですから、宮城県方式としてそういうことがあってもいいのではないかと考えますので、是非その点について、積極的に行政サイドも目を向けて欲しいと思います。

佐々木(孝)委員

今までの説明を聞いたところ、この計画をざっくり申し上げると、健診でまず病人を作らないようにするという基本的な対策と、それは多少年月がかかりますから、即効的な手段として療養病床の転換という2本立てというように理解しております。ところで、既に慢性疾患を発症されている方々に関する記載が見あたらないのですが、そういった方々については、例えば地域保健医療計画の4疾病というところに対応されるというお考えでしょうか。

事務局

慢性疾患の医療計画における取扱いに関する質問かと思いますが、今回の4疾病は、例えば生活習慣病に関連したがんや脳卒中、心筋梗塞などの形になりますが、慢性疾患についても、触れられる部分については触れたいと考えております。今後内容を検討していく過程で、ただ今のご意見も参考にしながら考えていきたいと思っております。

濃沼会長

追加ですが、私の理解ですと、生活習慣病の医療費は10兆円で、医療費全体の1/3を占めます。ですから、ここを何とかしたいというのは合理的ですが、医療費を抑制するのが目的ではなく、健康増進を図るという目的でないという意味がないわけですね。これは健康増進計画や地域医療計画、あるいは県のビジョンなどにつながるものですので、それらと上手く連携プレーをとっていかないといけないと思っております。

この計画の視点は、「生活習慣病になることによって40歳以降から発症し、特に75歳の後期高齢者で多く医療費が使われるようになる、そこを何とかしたい」という下りにはなっていますが、切り口が医療費ということであっても、医療費だけを見てこうということでは決してないと思っております。少し補足させていただきました。

高橋（清）委員

これを見ますと、原因としてももちろん在院日数は短縮しなければならない問題ですし、国の医療費を削減ということで私どもも相当勉強しておりますが、官庁の方々の講話などを聞いて私たちの対岸で起こっているのは、「入院日数を短縮すると受け入れ体制がないのではないか」、また、「二言目には国民のことを考えないでとにかく医療費を何%減らすということを主に話しているのはおかしいのではないか」というようなことを相当言われたんですね。

それから、皆さんがお話になった、健診が来年から始まるという問題、私たちはその指導にあたるために5、6回勉強会をやっているわけですが、先ほどのお話のとおり、まだ価格も決まらない、それから実際に健診した場合、どのような手続きでやるのかマニュアルもほとんどない状態で、まだ不安なんですね。私たちはまだ勉強している段階で、価格がいつ決まるのかなど、電話などで質問を受けるのですが、答えられないという状況です。

佐々木（孝）委員

今のお話とも多少オーバーラップしてくるのですが、在院日数の短縮あるいは病床そのものの減少の先には、在宅での受け入れの拡大ということが控えていると思うのですが、そこをいかに適切に円滑に効率的にやっていくのかという話を押さえておく必要があると思っております。例えば、医療費に限らず、何でもモノの価格というのは、単価×数量で決まってくる。今回の療養病床から他施設への転換というのは、いわば単価の切り下げの形かと思っておりますし、数量のコントロールということも謳われておりますが、適切あるいは適正な医療の推進ということで、そこに無駄を省くとかということといったお話はないのでしょうか。

例えば、医療法の中で、今回私どもの薬局というものの施設の機能として、医薬品の供給ということが謳われました。ただ、施設の機能は謳われましたが、そこに勤務する薬剤師の機能をどうするのかというものがまったくなかったわけです。

例えば、重複診療とか重複投与、あるいは相反するような他施設からの処方の話であるとか、その質を吟味することによって効率化ばかりでなく、より質を高めるような観点もあると思うのですが、その辺の協議はいかがでしょうか。

濃沼会長

最低限やらなければならないことは法律に定められたことなのでやるけれども、これだけをやればいいのかでは決してないと思っております。計画に盛り込むべき事項が実際に効力を発揮する

かについてはエビデンスが必ずしもはっきりあるわけではありません。今のお話のようなことも、県として計画に盛り込んでいくことは可能だと思います。それがこの懇話会の総意であれば、積極的に進めたいと思います。

先ほど紹介した経済財政諮問会議の方の「重複受診」という中に「重複投与」も含まれると思いますし、同時に「後発医薬品の普及」というのも柱になっています。また、このあとご意見を伺おうと思いますが、在宅も医療費の適正化につながる可能性があります。5つの指標にはありませんが、そういうものも本県の計画には盛り込んでいってよいのではと思っております。

岡部委員

今在宅の話が出ましたので。入院期間等の短縮が始まってきたときには、当然の受け皿として在宅や介護施設での受け皿も考えられなければいけないと思っております。厚労省のデータの作り方にも少し疑問があるのですが、実は受け皿にいる患者側のニーズ調査がきちんに行われていないんです。私たちはがんを中心にやっておりますが、がんの患者さんをご自宅でお預かりし、在宅を当然続けられないという日が出てまいります。病院はそういうときにニーズに応えればいいわけで、そのとき全部が全部病院を要求はしていないわけです。そうすると、在宅維持困難症例に対してのきちんとした解析が行われないと、実は施設の必要性、何がどう必要なのかというのは見えないわけです。これは欧米、例えばカナダのエドモントンのシステムなどをみても、在宅の医療と介護施設との連携があって、そのバックに医療機関がつくというのが当然のモデルだと思いますが、そのニーズ、つまり介護的なニーズで在宅にいられないのか、あるいは医療的なニーズ、例えば疼痛管理などが十分できないからいられないのか、そのところのきちんとした解析も踏まえて、今後の施設の必要数などを考えなければいけない問題なのではないか、要するに在宅側の本当の調査が必要ではと思います。そこから発想すると、実は在宅患者の受け皿側のレジストリーがない。実際に患者登録して、その患者さんの本当のニーズが何で、どういう状況になった時に患者さんのQOLがよくなったのか、そういったQOLの調査も入ってくるべきだと思うのですが、そういうモデルなしに、あるいは受け皿側のデータなしに数量解析しているのが現状なのではないか。ですから、受け皿側のデータ解析も含めてきちんと検討していただきたいというのが一つ。

もう一つは、在宅側のがんの患者さんということを考えますと、現状県内で6千人近い患者さんが亡くなり、今後1万人以上増加していくわけですから、がん対策基本法の中での緩和ケアの普及とも関連してまいります。逆に、緩和ケアの普及がきちんに行われれば、明らかに医療費コストは下がります。例えば、病院で中心静脈栄養を行っている患者さんについて、緩和ケアのスタンダードの考え方でいえば、終末期の場合は持続皮下輸液で構わないとか、補液の適応を考えることで、医療費コストが下がった例がたくさん出てまいります。国の戦略研究などでいくつか方法論が出てくるとはと思いますが、そういうところの絡みと、特に重要なのは、がん対策基本法の中で在宅緩和ケア支援センターなどのシステムが出てくるとはと思いますが、それを地域側に作る。要するに、病院側でデータを全部整理しようとしてもできない問題ですので、在宅緩和ケア支援センターのようなものを病院外に置いて、なおかつ明らかに医療と介護の地域ケアの問題ですが、介護の問題もデータとしてきちっとあがっていないので、そこを含め、調査研究も含めてやっていけるようにしないと、本当の意味でQOLを向上できるシステムはできないだろうと思っています。

最後に付け加えますと、WHOがQOLの定義をしているのですから、QOLという漠然とした概念ではなく、「バイオサイコソーシャルスピリチュアリティ」というものをきちんと維持・向上せよというのがWHO側の意見なので、そこを踏まえて、現状の医療保険・介護保険というテーマではなくて、患者のQOLを維持・向上するにはどういうシステム設計をすればよいかということを実際にラジカルに考えていかなければ、この問題はなかなか解決しないのではないかと思います。

伊東副会長

今の岡部委員の話はごもっともだと思いますが、私が先ほど申し上げました療養病床の転換、老健施設に変わる、あるいは今度認められた特養に転換するといったことになると、医療もできるというメリットがかなり増えて、医療と在宅を両方一緒の法人で併せ持つという機能が出てくるのではと思い聞いていました。そうしますと、老健施設でがん患者に対して受け入れないという考え方が少し薄くなるのではないかと。そのような患者さんでも診療と介護を組み合わせで診るといこと、説明会ではそういうことを言わずに、ただ「転換するときこういう経過措置がありますよ」というような話だけをやったわけですが、段々そちらの方に新型老健は移っていくのではないかと。そうすると、先生がお悩みのことなどは、医療機関では受け取れないけれど新型の医療強化型老健では受け取れるのではないかと、といった事を考えながら聞いておりました。

濃沼会長

大変貴重なご意見です。県もそういう意向をお持ちだと思いますので、計画ではそういう点もぜひ触れていきたいと思っております。

来年4月には各都道府県から新しい医療計画とともに医療費適正化計画が一斉に提出されますが、その時には内容の充実した計画とややなおざりな計画とが一目瞭然になるのではという気がします。私の勝手な想像ですが、国としても5つの指標を決めればこれで医療費の適正化になるのかという点必ずしもそうではなくて、いろいろアイデアがほしい、各地域のいろいろな事情に応じたアイデアを募ることも一つの目論見ではないかと思っております。本県が情報発信し、それを他の県もやっていただくような機会にもなると思っております。5つの指標に加えて本県として少し格調の高い計画を作ればよいと思っております。今お話のありましたような在宅に関する内容も盛り込みたいと思っております。

伊藤委員

今岡部委員のお話されたようなことは非常に大切なことで、医療を受ける側の患者や家族というような社会との関連、インターフェースを十分に考慮しておかないと、ただ単に提供側がこうだと、政策担当がこうだといっても、実のあることにならず、社会が元気を失う可能性があるという意味で、素晴らしいご意見だと思います。

それから、メタボリックシンドロームなどはじめの2つのことですが、システムをどうするかというのはとても難しいことです。例えば、普段一所懸命働いている方たちにメタボリックシンドロームは多いのです。家庭にいる方もそうかもしれません。ですから、できるだけ若いうちからメタボリックシンドロームにならないようにしようというのがこの考え方ですので、職場とか学校とか、そういった教育に関わる部分についてのシステムを構築しないと、とてもうまくいかない。

10年以上前から、例えば岩手県の増田前知事になった時などいろいろな政治の場で言われておりますが、健康というのは絶対教育が関わらないとうまくいかない、お母さんから教育しなければいけないし、子どもの時から教育しなければ絶対にうまくいくはずがない、年を取ってから急に生活習慣を変えろといっても無理だということなので、長期的にはそういうところから本当は始めなければいけないと思っております。海外においても、例えばアメリカでは心筋梗塞等は下がっています。糖尿病など増えているのは日本だけです。アメリカや海外では心筋梗塞等は現実的に発症率も死亡率も下がっています。それは、社会全体としてそれを撲滅しようという運動が起こっているからなんです。その辺のところの意識をもっと高める、ただ単にこういったことをやればいいというのではなく、啓発をするような大きな観点から、教育も含めて何か作るといいのではないかと思っております。

濃沼会長

今野委員，看護の部門からはいかがでしょう。

今野委員

看護協会では訪問看護ステーションをいくつか持っており、今地域の中の在宅療養者に対する訪問看護を地域の先生方の指示のもとに提供しておりますが、最近すごく感じているのは、在宅が重視されているというわりには、なかなか診療所の先生方も高齢になっており指示書がなかなかもらえない状況とか、日中は先生がいらしても、居住地が仙台周辺で地方では夜間先生が不在になる所もあるとかそういうようなこともあり、この計画を推進していく上で、在宅の受け皿をどのように作っていくかということも一方では考えないと、受け手の側の療養の方とかのことも大事ではと考えております。

もう一つは健康づくりとの関連で、子どもの時からの健康づくりとか若い世代の健康づくりとの兼ね合わせといったことも一つ大きな軌条になるのではないかと思います。

伊藤委員

今野委員が言われたことは本当に大切なことで、ある所で何例かこういうケースを聞いたことがあるんです。手がしびれる、力が入りにくいというようなことがあっても先生がいない。看護師が診てくれて、たいしたことがないだろうとなっても、結局2日後に完全に左麻痺。既に症状を2日前から訴えているのに、先生に連絡がつかないということが現実起こっているんです。早期に訴え始めた時に診てくれていれば左麻痺にならずに済んだ。そういう意味で、今のシステムの中では本当に医療側と療養側とちゃんとタイアップしてサービスをやっているのかという疑問で、それをやることによって廃人をたくさん作ってしまっているという形になってしまっただけは元も子もないと思います。ですから、そこにいるドクターとの連絡、しかもできるだけ専門性のある病院との連携と作っておく。本来は左麻痺や寝たきりを作らずに済んだのに作ってしまったということが、いろいろ話を聞いていると実際にあるんです。そうすると、医療のレベルと提供する側とそういうところもきちんと連絡をとっておいて、看護も含めているいろいろなところのスタッフに対する医学的な教育もきちんとやっておかなければならない。見た目にはしびれる程度や力が入らない程度で大したことはない、しかしそれは脳卒中の初期段階であった、というのはその後ですぐわかるわけです。患者は先生や看護師に強く訴えているにもかかわらず医者に診せに行かず、結局2日後に完全に不全麻痺。そういうことが起こっているようなシステム、病院にいればおそらくそんなことはなかったんです、でも現実には下請けに出してそのようなことになったために廃人を作ってしまった。そういうことだけは絶対しないようなシステムを作るべきです。

伊東副会長

宮城県で在宅療養支援診療所は今何件くらいありますか。この登録が少ないのではないかと思います。もし今24時間対応でできるなら、今伊藤委員がお話されたようなことがいくらかでもやれる。その勧め、PRが足りないのではないかと私は感じます。

ただ、今の医療情勢では、なかなか24時間拘束されて患者さんを診るという下地が崩れております。昔は私たち皆診療所にいてそういうようなことに対応できたわけですが、今は皆診療所と居宅が別で、連絡がとれない。医師会ではそんなに診療所の医師を働かせるのかという反発もあります。岡部委員のような方もいらっしゃる訳ですから。これにはやはり医療費というものの裏付けがないから、長年に亘って医療費を削りすぎ、ここ10年間で医療環境が大分悪くなっているということから、なかなかそこに戻っていかない。こういう実情があるのではと見ているのですが。

岡部委員

届出が出ている診療所は80くらいあります。問題なのはその届出医療機関が動いていないということです。例えば、緩和ケアの問題。看護協会の人たちと一緒に訪問看護推進事業の中で、県内の在宅をやっているという在宅療養支援診療所に調査すると、例えば疼痛管理のラダーを知っているのは16%です。医療機関側がいくらやると言っても、知識を持っていない限りできません。そうすると、今一番重要なのは、支援診療所側にきちんとした技術提供するシステムを作っていくことだろうと思います。

もう一つは、訪問看護側の技術アップです。医療費の問題なんかにしても、看護と介護の区分けが非常に微妙なところにあるわけです。なおかつ、訪問看護ステーションに来てもらえる看護師の数も今頭打ちですよね。そうすると、その中に来てくれた訪問看護師を目指している方々にはかなり医療に特化してもらわないと、とてもこの問題はカバーしきれないと思います。介護もやりたい、訪問看護もやっていきたいという気概もあるかと思いますが、訪問看護ステーションの看護師に医療の水準を上げてもらうことによって、地域のケアレベルを上げていくことになろうかと思います。

それから、先ほどのしびれの問題なんかですと、救急医療の問題とも絡んできます。厚労省のモデルで1次医療機関をとばして救急病院に行き、ただし3日間でリハビリ病院に戻るといような脳卒中モデルがあるかと思うのですが、あの辺も大変いい方法だと思いますが、宮城県自体が救急医療に対してどれだけ本気で対応ができていくかという部分も非常に大きいと思います。もちろん、トリアージュの問題もあり、特に在宅医療や訪問看護ステーションできちんとトリアージュしておくことは大切ですが、緊急性のあるケースであればそのような在宅側のトリアージュなしに、必要な人には救急医療がいつでも受けられるというシステム化が必要であると思います。もちろん、そのために看取りなどの問題は在宅側できちんと引き受けましょうというのが我々の立場ですから、その裏返しとして救急医療はきちんと病院側で100%受けられるシステム作りがないと、なかなかいいバランスにならないのではと思います。

伊藤委員

さきほどの話は何人が知っている中の一つで、そのうちの一つは私の比較的身近な家に起こったので、とても腹を立てているんです。結局誰が許可するか。例えば、療養施設などに入っていて、実際訴えていても先生と連絡がとれないからだめで、結局施設長が許可しなければ他の病院に行けない。ですから、直接他の病院に行けるような仕組みをどこかで作っておかないと、結局（医療）レベルの低い人たちの（医療）レベルで全部終わってしまい、終わってみると脳卒中ができていくということはできないので、自分でおかしいから調べてくれといっているのだから、岡部委員のいうように、許可がいよいよがまいがすつとばして、自分で何も関係なく家族に言ってポンと外に出て、他の病院を受診するとかできるようにする。許可がなければ出て行ってはいけないとか、非常に閉塞的なところがあるような気がするので、ある意味スタッフのレベルの教育もそうですし、ちゃんとした病院との連携、特に救急とかができるような連携を作っておかないとよくないと思います。

濃沼会長

先ほどの在宅療養支援診療所ですが、全国調査ですと手上げをした診療所のうち、実際看取りの患者に対応しているのは1/3ということです。受け皿ができたとはいえ、まだまだ十分な体制がとられていません。在宅とか救急は、医療費適正化の観点からも大事な要素ですので、今後この計画に盛り込めるかどうか詰めたと思います。少しイメージを作っていただく趣旨で、議題3にあります「宮城県医療費適正化計画の構成案」について事務局に説明してもらってから議論を続けたいと思います。

(3) 宮城県医療費適正化計画の構成案について
資料7に基づき事務局より説明。

濃沼会長

この懇話会の自由意見をもとに骨組みを作っていくのが筋と思いますが、厚労省で資料6にあるようなサンプル的な計画が作られておりますし、来年1月には最終案を作らなければいけないということですので、議論をしながら同時並行的にこういう作業を進めていきたいと思っております。この目次にこだわる必要はないと思っておりますし、作文だけにとらわれていると大事なポイントを見失ってしまう可能性もあります。事務サイドでこういう作業を進めつつ、皆さんのご意見を反映させるというスケジュールになると思います。先ほどの議論に戻りたいと思っております。福祉施設あるいは介護施設とのつながりというのもこの計画に盛り込んでいく必要があると思うのですが、菅原委員いかがでしょうか。

菅原委員

仙台市立病院の性格上、救命救急センターをもっている急性期治療の病院ということで、うちの病院から直接福祉施設とか老健施設とか老人ホームとかにつながるというのは多くはありません。ただ一点言えるのは、急性期治療が終わった後、現実には何が起きているのかということ、救命救急センターに救急車で運ばれた患者さんは、急性期治療が終わった後、リハビリならリハビリの病院に、在宅に戻れるなら在宅に戻って下さいということになるのですが、患者さん中心にものごとを考えると、実際には医療だけでは計れない部分があるわけで、その人たちが置かれた社会的な環境というものに十分考慮する必要があるということになると思っております。

その時の連携となると、急性期病院である我々の病院がどこどのように連携を組めばよいかというのはまだ模索中です。例えば、地域医療支援病院というのは最近流行で、どの急性期病院も取りたがっておりますが、地域医療支援病院の承認要件も随分変わってくるというように厚労省の在り方委員会でも議論されているようですけれども、実際どこどのように連携を組めば連続した医療を提供できるのかというのはまだ分からないというのが現状です。

地域連携パスを作ることも流行っておりますが、地域連携パスをどうやって作ればいいのかというのもまだ模索中で、先進都市の横浜などに行って聞いて来るという作業を、我々連携室というところではやっているわけです。それはそれとして、さらに言えば、医療だけでなくその人が抱える家庭環境を含めた福祉の環境を把握して、例えば地域の保健所や福祉事務所、地域間居宅のケアマネージャーなどと連携をとって、その人に一番適した継続医療というのを考えていかなければいけないと感じております。

濃沼会長

市民の立場として、今までの議論を踏まえた形でいかがでしょうか。

山崎委員

医療費適正化というよりも、子どもは県内外の市町村の保健センターに出向いて、保健師や栄養士と手を組みながら、地域で健康づくりを応援する人材育てをしています。

例えば、こういう政策がいても、保健センターから地域住民にその政策を実施するときに、例えば年に2、3回健康的なイベントをすればそれで終わりという考え方があったり、日常根ざした地域住民の健康づくりが必要だと考えている市長さんがいたりといろいろありますが、何せ保健師達は忙しく、そういうところに手が回らない。それならどうすればよいかというと、地域住民にその担い手になってほしいということで、健康づくりのリーダーを育てる役割を私たちが担い、各市町村から頼まれて地域住民にノウハウを伝え、その人達が中心となって地域で高齢者の健康づくりの活動をしております。ですから、いろいろな政策が出て、地域住民

がどうやってそれを受け入れるのかという時に壁が厚いようで、なかなか浸透しないということがあります。

また、私たちは青森県の十三湖のそばの市浦村という所にも健康応援に行ったのですが、やはり住民の意識改革が大切だということで、受診率を上げ、高齢者の医療費を5年間で減らすという実績を上げてNHKにも取り上げられたようですけれども、学校行事として保健研究大会に先生、子ども、地域の親達に対して健康指導するといった政策が活かされていて、住民の意識の改革をやっています。さらにどうしたらいいかという健康づくりのノウハウを伝えてあげると活性化できるのではないかと思い、私どもは医療費の適正化というより、医療をかけない元気な高齢者を作ろうと思って10年くらいそういう活動をしています。そういうところから、生きていく上での質の向上を応援できればいいなと思っておりますので、こういう政策をどういう手だてで地域の末端の住民が受けられるのかという具体策があるといいのではと思っております。

濃沼会長

職場の健康づくりについて、斉藤委員いかがでしょうか。

斉藤委員

この計画の中で関連するものとする、特定健診、特定保健指導が待たなしに来年度から義務化されるように法律で決まっておりますので、それが切実な問題となっております。というのは、職場の場合、勤めている本人の健康診断は労働安全衛生法により年1回やっており、その定期健診のデータを特定健診が提供を受けて見なすというようなことが決まっておりますので、本人についてはある程度読めるのですが、家族の方も義務化されましたが、従来住んでいるところはバラバラで、各地に散在しているわけです。そういう人たちに対する健診や保健指導を義務化されても、それらのスキームはまったくない状況です。従来は住民健診の形で地方公共団体が医師会などとスキームを作ってやっておりますので、それを活用すれば家族の人もできたわけですが、実際に健康保険組合の加入者の1人として各地に住んでいる人にとりましては、一カ所に集めることはもちろんできませんし、従来のスキームも地方公共団体はそれをすんなり使わせる余力がないようです。まったく新しい枠組みを作るということで、集合契約などやっているようですが、まだ具体的なものが見えてきません。先ほど伊東副会長からも話がありましたが、そういった具体的なものについて当事者が今現在すっかりつかめておらず、そういったスタッフもどのように抱えていけばよいかわかりませんし、健保連という上部団体で中央的な契約関係はある程度詰めているようですが、単価もまだ決まっていない。それでも来年度から実施となると、予算は本年度のうちに作らなければならないという状況になっています。

計画関連につきましても、特定健診・保健指導の計画は県で作ると同じタイミングで作って固める必要があるということも決まっているわけですが、具体的なものがまだ決まっておりませんので、どのような対策でやればよいか読めない状況です。期限だけがどんどん進んでいくというような状況で、大変悩ましく思っているのですが、そういった特定健診がらみで手一杯の状況で、なかなか皆さんと同じレベルの意見は申し上げられないのですが。

ただ申し上げられるのは、医療費適正化計画、それで健康を推進し、いろいろなことをやっていくということは、賛成ですし、それなりにメリットは十分あると思います。医療費適正化の内容ややり方についてはいろいろ意見があるようですが、医療保険者の立場としては、医療費が適正化されることは賛成です。ただ、やり方がこういった形で本当に適正化されるのかということについては、まだまだ疑問が多いですし、また、療養病床についても、本来は関連しないような形なのですが、実際には療養病床転換整備事業にしても既に医療保険者には昨年度から負担金の割り当てが来ております。その理屈は、病床が減れば医療費が減って、医療保険者も得をするというもののようです。そういったことで関連するので、総合的には賛成という

ことでどんどん協力したいのですが、具体的にはなかなか進まないの、健康保険組合の業界は若干いらついている状況です。ただ、こういった県の計画が固まってくれば、それなりにある程度見えてくる部分も多いと思いますし、また、皆さんの意見で問題点もわかってくると、それなりに私たちの対応も見えてくるのではないかと思います。

濃沼会長

特定健診の実施率70%以上というのは、家族を含まないということですか。

斉藤委員

いえ、これは全部含みます。

濃沼会長

そうすると、家族に対するスキームがないというのはいかにも不安ですね。

伊東副会長

国保というか、地方自治体で包括してやれるような、そうしろとは言われていないけれども、おそらくそうなるのではないのでしょうか。いわゆる今までの住民健診の形で、保険者がその分は診てデータをバックする。各組合ではそれによって対策を作るという趣旨ではないかと。健保組合自身で被扶養者をどうこうするというのはなかなかできないのではないかと思います。

事務局

今お話の件について、各方面からそういった話を聞いております。被扶養者の扱いですが、国のフレームとしては今お話にあったように集合契約というフレームを一つ出されております。これの実際のやり方については今説明会等を開いていると啓発普及の段階ですが、一つは県としましては、地域職域の協議会を開いて、地域と職域の連携ということを今後強力にやっていこうと考えております。何分いろいろ不明な点が多いということを我々も心配していますが、そういう意味も含め、今後精力的にがんばっていきたいと思っております。

濃沼委員

保険者の立場から佐々木委員いかがでしょうか。

佐々木（昭）委員

特定健診等につきましては、斉藤委員のお話とほぼ同じような課題を抱えています。政府管掌健康保険で現在実施している生活習慣病健診ですが、対象者である40歳以上の大体40%を超える位が受診しております。被扶養者については現在配偶者に限定しておりますが、受診率は対象者の2%までいっていないという状況です。来年4月からは待ったなしの特定健診、特定保健指導ということで、今お話がありましたように、一番大きな問題は被扶養者ですが、今説明がありました集合契約にならないとなかなか実施できません。ぜひとも地域職域含めて、そのような方向で住民の方が受けられるようお願いしたいと思っております。

それから、政府管掌健康保険については現在社会保険庁でやっておりますが、来年10月には新たな公法人「全国健康保険協会」が設立されます。健診関係について、9月までは現在と同じように国の方で実施し10月以降は公法人自らがやると、また、例えば政管の保健指導の保健師さんについては承継するというような方針も出ているようですが、いずれにしても組織が大きく変わってしまうこととなります。

現在政府管掌健康保険については、保険料率は全国一律と決まっていますが、来年から公法人を立ち上げ、都道府県単位ということになり、保健事業等が直接保険料率に反映していくということで、今回の適正化計画というのは今後増大する医療費が見込まれる中で、どうしても

喫緊の課題であるとの認識です。

濃沼会長

都道府県の格差というのは今までにない話です。医療については長いこと全国平等の仕組みでしたが、政管健保の都道府県単位という方針は、医療費の適正化対策の意味を問いかけるものだと思います。

それでは、先ほど本県の計画の構成案、目次のところを説明してもらいましたが、目次に沿って具体的に作っていくとどうなるかというもう一步踏み出したイメージ案を事務局に説明してもらいます。

(4) 宮城県医療費適正化計画案のイメージについて

資料8に基づき事務局より説明。

濃沼会長

当座このようなイメージになる可能性があるということです。図表等でいらないものも結構あると思います。相関係数も多すぎるかなという気がします。資料は作るのが目的ではなく、計画の背景などを説明するためのものです。図表を作ることにまってしまうと、計画の趣旨から離れてしまってしまう恐れもあります。ご意見ありますでしょうか。

関田委員

医療費の適正化ということは医療資源の効率化のことですが、医療費を適正化するには、臨床的なインディケータ、死亡率とか疾病統計についてもきちんとモニターすべきところがあり、この中に入れなければならないと思います。もう一つは、考えられる施策をいくつか出して、その施策の基にアクションプログラムを作らなければいけないと思います。それを前面に出して、それがどういうエビデンスに基づいて意味があるかという説明をこのような資料を使ってやって、実際にシミュレーションして動かしてみたらこうだったという評価をしていかないと、ただデータを並べ立てただけでは進まないと思います。先ほどお話をうかがっていて非常にいいアクションプログラムに関わるような案が出されておりますので、さらにそれをきちり体系的にまとめて、エビデンスを明確にして、実行計画を立てて推進する。できることとできないことがあるかと思いますが、できることから手がけるということがこの計画の中できちっと具体化されていけばよいと思います。

それから、特定健診が非常に重要な役割をするのですが、この特定健診、特定保健指導の設計についてはかなり議論が出されていて、例えば国際糖尿病連盟から、腹囲のリスク基準値が、日本の場合85センチと出されていますが、90センチが世界標準であると言われているんですね。それ以外にもたくさん疑問のリスク基準値が議論されており、その辺のエビデンスを厚労省からまずはとっておくことが必要だと思います。それと、そのような議論をしていること、本来なら国の検討会でメタ分析して、どういうところがエビデンスになるかを議論しなければいけませんが、その辺がはっきりしませんので、まずは資料を取り寄せていただければと思います。その2点です。

伊藤委員

補足ですが、厚労省では門脇班という研究班があり、私もそのメンバーの1人ですが、確かにメタボリックシンドロームの基準を見直すということと、アクションプランをすることにより、住民健診等含めて実際どれくらい生活習慣病を減らすことができるかということで今具体的に計画を練っています。それはそれとしてやるのですが、関田委員の言うように、腹囲に関しては現在いろいろな疫学データを全部集めてみると疑問ということになりつつあります。女

性の腹囲は90センチというのは、それでは全然拾い切れてないというデータが出てきて、80とか70いくつまでとかに本当は下げるべきではとか、実際は揺れているのですね。ですから、そういう意味では腹囲を計ることはいいのですが、今のメタボリックシンドロームの概念そのものがそれだけでいいのかということは考えながらやっていかなければならない。2、3年の間には新しく厚労省から、少なくとも多分1年かそこらで研究班から新しい報告が出てくると思います。

関田委員

85センチか90センチで対象者の数がかかなり違うと思います。特定健診の対象者が多分40代、50代でたくさん出るのでと思います。その方々を1年目にどうやって受け入れるか。そこで人を雇用したりすると事業者が大変ですよ。基準値が変わった場合、特定保健指導対象者が減ったりするので。

濃沼会長

国際標準と違うとか、いろいろな議論があると思います。合理的な標準に改められたとしても、それが医療費の適正化につながるかどうかもわからないなど難しいところがあると思います。もし新しいデータが入手できるなら、それにそって進めていきたいと思います。

イメージ案ですが、むしろ連携とか在宅とか救急とか、5つの指標以外のところも実際の医療費の適正化にとって大事だと思います。全国比較ばかりやっていると、結局地域の特性の良さなどをなし崩しにする可能性があります。場合によっては全国との差を見るのもいいのですが、全国に近づくことがいつもいいことだとは限りません。全国との比較ばかりやっていると、地域の特性を考えて策定するという考え方からずれてくると思います。本県は遅れているとか進んでいるとか、ランキングとか全国比というものが気になるとは思いますが、それはあくまで目安です。地域の特性なり宮城県の特性というのがあると思いますので、それも反映させる形にしていきたい。宮城県内の地域格差なども重要ですし、全国値は必要に応じて参考値としてあげるとか、少し工夫をしていく必要がある。今日出た意見を踏まえたものにしていて、本県として打ち出していくものを少し前面に出していくようなことがいいと思います。

伊藤委員

今関田委員が言われたことは非常に大切なことで、ここにいろいろな統計がありますね、受療率とか入院とか。例えば、高血圧や糖尿病を見ると宮城県は多いとか少ないとかあるのですが、少ないのをいいと見るべきではないと思います。逆に、糖尿病などこんなに患者がいるのに、これだけ受療率が少ないから、目が見えなくなったり、透析にみんな入ってくるので、そのようにきちんとケアをするためのシステムを作るということが大切で、受療率が低いからいいとか、高いからいいとかというような議論ではないと思います。実際問題、糖尿病とか高血圧は低すぎるのではないかと思うくらいです。現実的には日本ではどんどん糖尿病での透析患者が出てきて、透析に入りますと1人当たり500万円以上ですね、それを例えば防げているとか、そういう医療のシステムを作るといこととか、減らしてきているというエビデンスを作るといことが大切だと思います。

佐々木(孝)委員

指標の妥当性ということで今会長からいろいろお話がありましたが、それにつきまして。現場の身近な話題として、私どもの方でケアマネの事業所も併設しており、たまたま脳卒中で倒れた人が病院に入り、何とか一命を取り留め、よかったと家族も思っていたのですが、病院の方では、「助かったのですぐリハビリ始めましょう」、「退院予定はいついつですよ」という話になってしまい、ご家族が非常に憤慨されていたんですね、「ようやく助かったと思ったらも

う退院の話なのか」と。それで、我々としては特養を探しに走ったのですが、もう一杯でふさがっている。それで次善の策として、ちょっと高いけど介護老人保健施設を当たってみましょうかという話になって、老健の在院日数が短くなるということで非常に気にしていたわけですが、先ほど説明のあった資料のP15を見ると、療養病床の在院日数と医療費の相関が極めて弱いという話があったので、その辺も指標の一つとして果たして在院日数というのはどののかなと思うのですが、その点いかがでしょうか。

濃沼会長

在院日数自体は療養病床の話とは切り離しているのではないですか。むしろ急性期の話ですよ。

事務局

今回政策目標として掲げなければならない平均在院日数は、療養病床ではなく、全病床における平均在院日数になります。

濃沼会長

在院日数については、むしろ急性期に重みがありますね。これもそれでいいのだろうかという話はあると思いますが。ですから、療養病床は在院日数を短くすることはそれほど強くは要求されていない。

関田委員

在院日数に影響するのは、高齢者の数、受療率と病床の種類ですね。精神病床が多いところは長くなるし、高齢者の受療率が高いところは長くなります。これを補正する視点を持たないと比較の意味がありません。救急体制の差によっても在院日数が異なります。在院日数を修正・補正する方法はあります。

濃沼会長

いろいろわからないところで質問するのはいいのですが、代案を出すというか、これでけしからんという場合にはどういうのがあるのかということも出していないと、建設的な議論にならない。そういうステップがあると思いますので、批判するだけではいけないと思います。多分いろいろな苦しい事情でこのようなものになっていると思うのです。本当にこれでいいかどうか、国も本当は確信していないところもあるのではないかと思います。ですので、むしろ「こうならいいよ」というようなアイデアを出していくといいのではと思います。

伊東副会長

これから数年間に渡って80代、90代の住民がどのようなカーブで上がっていくかというデータを県で持っていますか。もしあればそのデータが欲しい。それに80歳、90歳の方の平均的な有病率をかければ、療養病床、あるいは医療強化型の老健がどれくらい必要かということが大体見えてくるのではと思うのです。そういうところから、療養病床を何床残せばいいのかという数字が見えてくるのではと感じています。私は老健をやっておりますが、平均年齢は90歳以上ですね。ですので、もしあるのならそういうデータが欲しい。それから将来推計も含めてここ20年くらいどのような推移で老人が増えて、そういう方々が在宅にどのように移っていくかということも論議していただけたらいいと思います。

濃沼会長

できれば本県の将来推計、今後10年か15年先でいいと思いますが、疾病別の入院患者の将来推計もほしいところです。どういう疾患の入院患者が現状どのくらいで、5年先、10年

先どう変化していくかという図がどこかで作られていたんですね。これは本当かどうかとなる
とかなり疑問です。例えば循環器病は大幅に増えるんですね。むしろそういうものが計画の中
で大きな位置を占めた方がいいと思います。

全国における医療費の推移等や全国レベルとの比較はいいのですが、本県における本質的な
データをぜひ盛り込んでいきたい。今までのいろいろなご意見をうまく統合した形で計画に盛
り込めるのではないかと思います。人口推計とか伊東先生がおっしゃられた話とか、疾病別の
推移、将来どういう病気が増えていって、それに対応する施設なり、それを健診によってどれ
くらい患者数を抑えられるのかなど、そういうところが医療費の適正化につながっていくかと思
います。いろいろな作り方がありますが、そういう本質に関わる図表づくりをしてもら
い、あまり必要のない図表は割愛するなり後半に資料集のような形でつけていただくという
ことでいいと思います。

次回は11月ですので、この間こういった作業をしてもらうことになろうと思います。今日
は時間も過ぎましたので閉じたいと思います。

(5) その他

事務局

先ほど在宅療養支援診療所の数について伊東副会長よりご質問がありましたが、今年6月現
在で88カ所が届け出られております。県の診療所数が大体1500カ所余りですので、割合
としては約6%程度の届出であります。全国的には、手元に資料がないので記憶だけの話にな
りますが、全国で9万位診療所があるうち、1万弱が届け出られていると思いますので、約1
割程度が全国的には届け出られているということで、数字的には宮城県は半分程度かなと思
います。また、届け出られても、実際機能している診療所は少ないということも課題として上
がっております。

濃沼会長

その他について事務局から他にありませんか。それではここで議題を閉じたいと思います。

本日あった意見を集約して、聞くべきものがあれば取っていただき、資料としてお出しいた
だくのもいいのではと思います。

次回は中間報告的なもので議論したいと思います。それまで事務方で作業してもらいますが、
今日の議論に関し、新たなお考えがありましたら、いろいろな通信手段でお送り下さい。私も
しくは副会長の所にお送りいただいた場合は確実に事務局に伝えます。限られた時間ですので、
次回お会いするまで各委員のお考えを固めておいていただきたく存じます。よろしくお願
いします。

6 閉会