

令和5年度第3回北海道医療費適正化計画検討協議会 会議録

日 時：令和5年(2023年)10月26日 18:30～20:00

場 所：かでの2・7 710会議室

出席者：伊藤委員、荒木委員、西委員、宇野委員、田中委員、道端委員、中谷委員、阪委員、
富樫委員、森委員、小倉委員、武野委員 計12名

舘野オブザーバー

(欠席：中村委員、出井委員、柴田委員)

事務局：新井国保担当局長

国保医療課：竹村国保広域化担当課長、小林課長補佐、鎌田係長

地域医療課：竹内課長補佐、医務薬務課：宮前課長補佐、地域保健課：中村課長補佐・
石川課長補佐

1 開会

○鎌田係長

それでは、定刻になりましたので、ただ今から令和5年度第3回北海道医療費適正化計画検討協議会を開会いたします。

私、司会を務めさせていただき道庁国保医療課の鎌田でございます。よろしくお願いたします。

開会に当たりまして、北海道保健福祉部国保担当局長の新井より御挨拶申し上げます。

○新井局長

皆さん、こんばんは。第3回北海道医療費適正化計画検討協議会の開会に当たりまして、一言、御挨拶を申し上げます。

委員の皆様におかれましては、大変お忙しいところ、夜分にもかかわらず、本協議会に御出席いただきまして、厚くお礼を申し上げます。

前回の第2回協議会では、医療費適正化計画のたたき台(案)につきまして、数多くの御意見をいただき、ありがとうございました。

たたき台については、委員の皆様の御意見を踏まえまして、事務局で修正を行い、座長に御確認をいただき、計画の素案(案)を作成しましたので、後ほど御説明させていただきます。

都道府県の医療費適正化計画は、高齢者の医療費の確保に関する法律により、国が作成する基本方針に即して作成することとされていますが、前回、委員の皆様から数多くの御意見をいただきましたように、基本方針を踏まえる必要はございますが、地域の医療関係者、保険関係者、有識者である委員の皆様などの御意見を十分にお聞きして、地域の実情に合った、実行可能なものにすることが、大変重要であると、改めて認識したところであります。

本日は、計画のたたき台に基づき作成しました、素案(案)について、それぞれ専門的な立場から、御意見をいただき、本日の議論を経て、その後、市町村への意見照会、パブリックコメントなど

を予定しております。

限られた時間ではございますが、忌憚のない御意見を賜りますようお願い申し上げまして、開会に当たりましての御挨拶とさせていただきます。本日はよろしく申し上げます。

○鎌田係長

本日御出席の委員は、お手元に名簿がございますが、北海道市長会の出井委員が急遽都合により御欠席となりましたので、12名御出席いただいております。

また、北海道病院協会の中村委員、北海道町村会の柴田委員が都合により欠席されております。

また、オブザーバーとして、厚生労働省北海道厚生局企画調整課長の舘野様に御出席いただいております。

本日の協議会は、午後8時までを予定しております。

これ以降の進行は、伊藤座長をお願いいたします

2 協 議

○伊藤座長

皆様、お集まりいただきありがとうございます。本日の協議会は、計画の素案（案）について協議したいと思います。

計画の素案（案）は、前回までの協議会での各委員の意見や、保険者協議会などの意見を踏まえて作成されており、計画の形は固まりつつあると思います。

計画策定のスケジュールは、後ほど事務局から説明があると思いますが、12月に計画のパブリックコメントを予定しており、それまでに、さらに完成度を高め、よりよいものとする必要があることから、本日の協議会では、新たな内容を取り入れながらも、文言や内容を詰めていく方向で進めたいと思います。

それでは、議事「北海道医療費適正化計画[第四期]素案（案）」について、事務局から説明をお願いします。

○鎌田係長

改めまして、北海道国保医療課の鎌田と申します。どうぞよろしくをお願いいたします。

まず、お配りしている資料について確認させていただきます。

「令和5年度第3回北海道医療費適正化計画検討協議会会議次第」、協議会委員等出席者、資料1から5、2のみ2-1、2-2とあります。ほか、参考資料1、2としてありますが、資料に不足はありませんでしょうか。

本日は主に資料2-1と資料4を見比べながら御説明をさせていただき、その後、資料2-2、その他修正について御説明いたします。

まず、資料4について、修正を1点御報告いたします。資料4の61ページを御覧ください。61ページにある表のタイトルを記載漏れしておりまして、タイトルは「地域医療構想における必要病床数」で「単位：床」となりますので、次回計画（案）には追記いたします。申し訳ありません。

それでは、資料2-1と資料4を御覧ください。

資料2-1は前回の協議会でお示ししたたたき台案に対して、委員の皆様いただいた御意見と素

案（案）への反映状況について整理したものです。各反映状況の右下に資料3と資料4におけるページ数を記載しております。全部で13点御意見をいただいておりますので、順に御説明いたします。

資料2-1の1ページ左側に1番と書いてある部分ですが、「第2章医療費を取り巻く現状と課題」の「第2節 医療費の動向」の「3 北海道の医療費」につきましては、「現計画では振興局別データとなっており、北海道内の比較ということでわかりやすいため、あるとよいのでは」という御意見をいただきました。資料4は11ページです。

こちらにつきましては、北海道国保連様に御協力いただきまして、現在データを作成中でございますので、次回、お示しする計画（案）に反映いたします。

次に2番、同章の「第3節 生活習慣病やメタボリックシンドロームの状況」につきましては、「男性特有の病気、女性特有の病気、それぞれに対する対応策を今後の取組でもよいので書いてはどうでしょうか」という御意見をいただきました。資料4としましては16ページからの部分です。

こちらにつきましては、本計画の基礎となる他の道の計画に、性特有の疾病に対する対応策について、分析したデータや記載がないことから、現段階において本計画への記載は大変恐縮ではございますが難しいと考えております。なお、次回本計画策定に向けて他の計画を踏まえて記載の可否について検討して参ります。

次に、3番、同章の「第4節 病床数の状況」につきましては、「人口10万人当たりの病床数について、本道の広域分散的な物理的な遠さ等を含めて記載してはどうか」と御意見をいただきました。資料4は26ページです。

こちらにつきましては、御意見を踏まえ、第1章第1節の記述と揃え、第4節の頭に「「広大な面積の中で人口が分散している」本道は」と記載いたします。

次に資料2-1の2ページ4番の「第3章 基本理念と目標」の「第2節 医療費適正化に向けた目標」の「(3) 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進」について、「体重や筋肉量の減少を主な要因とした低栄養や」という文章は、原因と結果が繋がらないので、「口腔機能の低下に伴う低栄養を要因とした体重や筋肉量の減少」にしてはどうか」という御意見をいただきました。資料4は38ページです。

こちらにつきましては、御意見を踏まえまして、「体重や筋肉量の減少」を削除し、「口腔機能の低下や、低栄養、運動機能、認知機能の低下等のフレイルなど」と記載させていただきました。

次に2-1の5、6、7番になりますが、同節の「2 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標」の「(2) 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進」における高齢者の大腿骨骨折の部分について御意見をいただきました。資料4は39ページです。

まず5番、「高齢者の「大腿骨骨折」では誤解を招くので、「大腿骨頸部骨折」と書いてはどうでしょうか」との御意見につきましては、御意見のとおり修正するとともに「転子部」についても併せて記載いたします。

6番は「骨粗鬆症があると骨折してしまう表現となっているが、実際は骨粗鬆症を伴って転倒し骨折するもの。また、歯がなく噛み合わせがないことにより転倒リスクが高まることから、奥歯の噛み合わせを維持することについて記載してはどうでしょうか」という御意見をいただきました。

こちらにつきましては、御意見を踏まえまして、「奥歯がないなど噛み合わせの問題により、バランスを崩しやすくなる」ことを踏まえた上で転倒リスクの回避について追記いたします。

7番は、目標が「取組の周知を進める」であるのに、施策の「骨粗鬆症検診の受診率向上」とあり逆ではないか、目標と施策が合っていない旨御意見をいただきました。

こちらにつきましては、御意見を踏まえまして、目標と施策を骨粗鬆症検査の実施等の取組の周知等に揃え、記載いたします。

次に2-1の3ページの8番、同節の「(3) 医療資源の効果的・効率的な活用」につきましては、「リフィル処方箋について、「実態等を確認したうえで必要な取組を進めていくことが必要」とあるが、曖昧であり、現状、医師・患者ともメリットが発見できないため、「実態等を確認したうえで、利点があった場合は進める」としてはどうでしょうか」との御意見をいただきました。資料4は40ページです。

こちらにつきましては、事務局としましても、まずは、どのようなことが考えられるのか、「電子処方箋の導入状況等」の「地域の実態」を確認した上で、必要となる取組を進めることが重要と考えておりますので、その旨記載いたします。

次に、9番、「第4章 目標を達成するため道が取り組むべき施策」の「第1節 健康の保持の推進に関する施策」の「3 生活習慣病等の対策の取組」における「(1) 食生活や運動による健康づくり」において、「生活習慣の改善に加え、生活習慣の定着による生活習慣病の発症予防」とあるが、「生活習慣の定着」に形容詞がつくのではないのでしょうか」との御意見をいただきました。資料4は47ページです。

こちらにつきましては、御意見を踏まえ、「適切な生活習慣の定着」に修正いたします。

10番の「(4) たばこ対策」において、「受動喫煙に重きを置いている書きぶりとなっておりますが、保険者や自治体で喫煙者本人に対する取組を行っているため、もう少し踏み込んだ書きぶりにはどうか」との御意見をいただきました。資料4は51ページになります。

こちらにつきましては、御意見を踏まえまして、喫煙者本人に対するアプローチについて、協会けんぽ様が行われている独自の取組や、国保連様と連携して行われている取組について記載させていただきます。

11番、同節「高齢者の健康づくりや介護予防の取組」における「(2) 高齢者の積極的な社会参加」についてですが、「高齢者の就労と医療費について相関が低く、特定の県が引っぱっている印象があるため、この項目については修正が必要ではないのでしょうか」との御意見をいただきました。資料4は58ページです。

こちらにつきましては、御意見を踏まえまして、高齢者の就労と医療費について相関が低い場合、該当部分を削除し、高齢者の社会活動や生きがい等の支援について記載いたします。

続きまして、資料2-1の4ページ、12番、「第2節 医療の効率的な提供の推進に関する施策」の「2 医療・介護連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進」について「施策に「保険者協議会等において、国保連と連携した市町村におけるモデル事業の横展開」とあり、この記載では保険者側も大きな役割があると誤解されるのではないのでしょうか」との御意見をいただきました。資料4は64ページです。

こちらにつきましては、御意見を踏まえ、保険者に誤解がないよう、「保険者協議会等において、骨粗鬆症検査の実施等の取組の把握、周知等に取り組む」と記載いたします。

最後になりますが、13番、同節「3 医療資源の効果的・効率的活用」について「抗菌剤の使用について、地域医療専門委員会と連携した表現にしてはどうか」との御意見をいただきました。資料4としましては65ページの部分です。

地域医療専門委員会において協議している「北海道医療計画」に該当する記載はありませんでしたが、一方、本計画においては国の方針に記載があるため、施策において「効果が乏しいというエビデ

ンスがあることを指摘されている医療や医療資源の投入量に地域差がある医療」と記載いたします。

資料２－１による前回協議会の意見の整理については以上です。

続きまして資料２－２の御説明をします。資料２－２を御覧ください。

１ページに国の基本方針を抜粋したものを載せております。前回協議会において、「国の基本方針に高齢者の骨折対策がピンポイントに入ってきた理由・背景」について御質問があり、事務局において把握していない旨回答していたところです。

２ページ目を御覧ください。令和４年１１月に行われた国の「第１５８回社会保障審議会医療保険部会」において、国の医療費適正化計画の基本方針を話し合う部会となるのですが、厚生労働省の課長より、「高齢者における大腿骨骨折が今後、入院患者数、手術件数の大幅な増加が見込まれる中、医療と介護で連携して取組を進めていくこと」を述べられている中、熊本県の骨折対策を例として、「地域の実情に応じて特定の分野を取り上げるなどして取り組みを進めていくことも考えられる」と述べられており、そういったことが背景にあり、基本方針に含まれたものと考えます。

そのため、ここで資料４に戻りますが、３９ページを御覧ください。

前回協議会での御質問を受け、事務局案として、骨折対策部分、３９ページの下から９行目になりますが、「また、介護ニーズが増大する可能性のある大腿骨頸部・転子部骨折の入院患者数～指摘されています。」までと、国の基本方針の一文を背景として追記しました。

資料２－２についての説明は以上です。

○伊藤座長

それでは、ただいま事務局から説明のありました、計画の素案（案）につきまして、章の順に御議論いただきますが、時間の都合もありますので、進行に御協力をお願いします。

それでは、はじめに「第１章 総論」と「第２章 医療費を取り巻く現状と課題」について、御議論いただきます。

第１章では、計画の趣旨や計画の位置づけなど、第２章では、全国、北海道、道内における地域別の医療費や生活習慣病に関する現状などが記載されています。

なお、北海道の医療費については、振興局別データを次回計画（案）に反映することとしています。

第１章と第２章につきまして、何か意見はございませんか。

前回意見を出された委員の方々、意見、質問ございませんでしょうか。

○武野委員

医療費の適正化に関しては、高齢者が課題になるのは十分承知しておりますけれども、若いうちから健康づくりに励み、その結果として医療費の適正化がより図られていくのだという思いがあります。そういう意味で、５ページ目の中ほどにある「道としては、こうした取組の継続はもとより」のあたりに全世代に渡って取り組んでいくという、全世代型の取組というような表現を入れた方がよしいのではないかと。理念のところにも関わってくるのですが、高齢になってからいきなり何かをするのではなくて、高齢になる前からの取組が必要です。

具体的に言うと、「道としては、こうした取組の継続はもとより」のところ、「こうした全世代型の取組」にしてはどうかという提案です。

○小林課長補佐

御意見ありがとうございます。武野委員の御指摘のとおり全世代型社会の、全社法の理念にも合致いたしますので、今いただいた御意見につきまして、計画（案）の記載に反映するよう検討させていただきます。

○伊藤座長

他にどなたかございますか。よろしいですか。

それでは、第3章の「基本理念と目標」について御議論いただきます。

前回の協議会においては、「高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進」において、フレイルの要因について御意見をいただき、修正したこと、「医療と介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進」において、骨粗鬆症と大腿骨骨折の部分について御意見があり、頸部・転子部の追記、奥歯等の噛み合わせによる転倒リスクや、目標と施策を揃えたことなどがあります。

また、他に、リフィル処方箋に係る目標の表現などに変更があります。

第3章に関して、何か意見はございませんか。

○武野委員

先ほど申したのと全く同じ意味合いですが、33ページの第1節の「1 生活の質の維持及び向上」の赤く追記のある部分ですが、「道民一人ひとりが「自分の健康は～」の中に「道民一人ひとりが全てのライフステージにおいて」という、全世代型と同じ趣旨で、「道民一人ひとりが全てのライフステージにおいて「自分の健康は自ら守る）」と強調されてはいかかかという提案です。

○小林課長補佐

御意見ありがとうございます。先ほどの武野委員からいただきました御意見と同じく、全社法の考え方に合致すると考えますので計画（案）に記載することについて検討させていただきます。

○伊藤座長

他にどなたかございませんか。

○道端委員

「医療資源の効果的・効率的な活用」のところのリフィル処方箋について、「医師・患者共メリットが発見できない」ということで、今回一部修正がされております。具体的には65ページの方にリフィル処方箋の関係が出ておりますが、できれば字句の修正をお願いしたいです。私ども健康保険組合としては、令和4年4月からリフィル処方箋が導入されておりますので、加入者に広く周知をしてございます。メリットとしては、長期的に同じ処方が続く患者の方の受診回数を減らすことで負担の軽減、受診料、交通費、更に感染等のリスクも減らせるということで、患者サイドから見ると十分メリットがある話です。今回、そのことを踏まえた修正をお願いするということですが、我々もレセプトを分析しておりまして、約1,400組合の分析結果では、40歳以上の患者数ベースで同じ処方箋がずっと続いたのが10%超えております。処方日数ベースでは45%から50%を占めているということで、政府の方もリフィル処方箋については、推計で医療費の伸びを0.1%抑制できるとしてしております。そういう

ことを踏まえ、リフィル処方箋が導入されていると認識しております。

従って、「必要に応じて」という言葉がありますが、やはり患者メリットの観点から、道民の患者サイドの目線で、広く周知をするというような書き方に改められないかなという思いで発言させていただきます。

65ページ一番上の「イ 施策の方向と主な施策」の「・リフィル処方箋については、必要に応じて～」という書き方をしておりますが、必要に応じてでなければやらないのかと、そうではないと思います。また、もう少し言えば、分割調剤とリフィルは全く違いますから、これをセットにして論ずるのはちょっと無理があるのではないかと思います。地域の実態を調査してということが書いてありますが、なかなか簡単なことではないと思うので、保険者協議会で協議するのは良いのですが、方向性だけはきちんと踏まえて欲しいという思いです。できればそういう方向で修正できれば良いと思います。

○小林課長補佐

御意見ありがとうございます。道端委員がおっしゃった御意見につきまして、確かに、分割調剤の関係につきましては、国の基本方針に合わせて書いてございますのでそういった記載になっておりますが、私どもも制度が違うのは承知してございます。ただ、表記としては方針のとおり形でさせていただきます。

「必要に応じて」という文言につきましては、必要がなければやらないという誤解も招くこともございますので、表記は計画（案）で検討させていただきたいと思っております。

積極的な周知について併せて記載できるかどうかにつきましても、検討させていただきたいと思っております。

○道端委員

リフィル処方箋が、メリットがないものがあるかわからない前提での表記をしてもらっては困ると思うのです。きちんとそういう効果を国も示しているわけですから、保険者サイドとしては、それを前提に患者目線で記載をしていただければと思います。

○伊藤座長

薬剤師の先生、この件に関して何か御意見ございますか

○宇野委員

今の部分での患者のメリットというのは十分わかるのですが、医療の部分では、同じ処方でも毎回様子を見なければいけない方もいらっしゃると思いますので、そういう点においては、やはり診療されている医師の判断に大きな部分があると思います。

ただ、こういう制度があること自体があまりまだ知られてないことは多々あると思いますので、周知はしっかりして行って、患者さんと相談した上で成り立っていくのではないかと考えております。

○道端委員

リフィル処方というものは、元々医師や薬剤師の方の管理下において行われるのが前提なので、そこは論議の余地がないのではないかと考えているのですが、何か問題あるのでしょうか。

○宇野委員

医師の先生の方の御意見も聞きたいところですが、見た目の処方はずっと同じであっても、その方の変動の幅によって診察が欠かせない状況のところもあります。その部分は薬剤師が当然経過を見て行って継続していかどうかを判断して2回目3回目というところがありますので、当然ながら私たちの判断というのが入ってまいります。ただ、急変の可能性もあり、細かな検査が必要となる場合もありますので、まず先にドクターが発行するかどうかというのがあるかと思しますので医師の先生の御意見いただければと思います。

○荒木委員

北海道医師会の荒木でございます。医療費削減という観点からは明らかなメリットが確かにあると思います。ただ、患者の健康維持、患者目線のメリットという点では、やはり医師と患者が対等な立場で話し合っ、そこでリフィル処方の方が良いと合意した上で進めるには問題ありませんけれども、例えば、リフィル処方の場合は、感染の予防といたしても、やはり薬局には行かなければいけないですね。ですから、それで言えば、医師と患者の間に合意ができれば3ヶ月処方というものもありますし、宇野先生からもありましたとおり、定期的に健康管理をしっかりするべきであるとなれば1ヶ月に1回は診断すべきでありますし、一概に患者目線のメリットとは言えない部分もあります。私としては、今回事務局から提示していただいたこの表記で、これ以上踏み込むのは難しいと思いますので、今の表記でよろしいのではないかと思います。

○道端委員

かかりつけ薬局は非常に大事であるという認識しております。

今、御発言がありましたけれども、月1回以上の頻度による受診の割合でいいますと、処方元が診療所の場合は38%以上が月1回、病院の場合は月1回は7%しかありません。病院は3ヶ月に1回の受診、90日ですね、これが40%以上を占めているということで、診療所と病院の間でも大きく差が出ている実態があります。先生方の認識も、リフィル処方についても医療機関サイドにおけるずれがあるのではないかと感じておりますので、そのへんも含めた広報などが更にできればいいのですが、文章記載は必要ないです。修正について、何か問題があるのかなという認識を保険者サイドとしてはしております。

○伊藤座長

リフィル処方箋が普及しないのは周知が足りないということなのですね。確かに、医療機関で周知していないくらいはあるかもしれませんが、ですから、お互いにメリットがあるのであれば、もう少し積極的に周知するのが良いかもしれません。ただ、ここに書くのはなかなか難しいかもしれません。

この話はわかるのですが、電子処方箋とリフィルというのはどういう関係なのでしょう。

○小林課長補佐

電子処方箋について記載を追加いたしましたのは、薬局様において電子処方箋が導入された場合に、管理が容易になるということで負担減に繋がるという観点から、そういった環境整備が図られた際には、よりリフィル処方箋の導入が進むのではないかとということがございまして、環境整備という

部分で入れさせていただいております。もし、誤解等があれば訂正をしていきたいと思っております。

○伊藤座長

リフィルは紙でもできますよね。電子処方箋が必須なわけではなく、電子処方箋の方がやりやすいということですか。

○小林課長補佐

その方が容易であるということです。

○伊藤座長

ここは難しいかもしれないですね。一般の方にとっては、電子処方なり、リフィルなりというところは。長々と記載するのもかえってわかりづらいような感じがします。

他に御意見ございますか。

○森委員

42ページ、最後のところの第3章第3節のところがよく理解できなかったのですが、「本道の医療費は、厚生労働省提供の「医療費適正化計画推計ツール」を使って算定すると、計画に基づく取組により目標を達成した場合、取組を実施しなかった場合」、この「取組」というのは何なのか、適正化計画ツールに使っている、たぶん変数かと思いますが、それは記載されていませんのでどういう計算がされているのか理解できなかったので教えていただければと思います。

○小林課長補佐

御質問ありがとうございます。第2回に医療費推計ツールの資料をお付けしたものに、その内訳が書いてございます。例えば、リフィル処方箋もそうなのですが、国が策定方針の中で示している新たな取組を含めた医療費適正化の取組について実行した場合に、こういった効果があるといった推計でございまして。

○森委員

そのツールに使った変数はどのような変数なのかを知りたいということです。

○小林課長補佐

計算式が細かいので、もし可能であれば後日、先生の方にお示しするという形でよろしいでしょうか。この場で説明するのは難しいです。

○森委員

計算の仕方ではなくて、この取組の内容を教えてください。

○鎌田係長

条件としましては、特定健康診査が実施率70%いった場合、特定保健指導が45%、後発医薬品の使用割合が通常ベースで80%、バイオ後続品に80%以上置き換わった成分数が全体の成分数の60%以上

など、他にも国の基本方針で示しております。

○森委員

そうしますと、特定健康診査、特定保健指導が医療費を下げる効果があるという前提に基づいて計算されているということですね。ただ、それを裏付けるきちんとした科学的なデータを私は見たことがないので、それが計算に使われているということ。後発医薬品については安くなるので当然効果があると思うのですが、特定健康診断、健康診査が医療費を下げるという、科学的なデータが示された上でのツールなのでしょうか。

○小林課長補佐

国から示された内容について、私どもが確実に全て理解できるというのではなくて、あくまでもこのツールを使って数字を出すという形での指示となっております。今、先生がおっしゃったように、特定健康診査と医療費の抑制の関係にエビデンスがあるのかということについては、承知しておりませんので確認させていただいて答えさせていただいてよろしいでしょうか。

○森委員

突然、この医療費適正化計画推計ツールというのが当然のごとくのように提示されていることには疑問を持ちます。これが正しいものであるのかどうかを確認することができないので、151億円下がるというこの部分は承服しがたいなと思って見ていたのですが、もう一度確認をしていただければと思います。

○伊藤座長

ツールの中身をよく見ないとわからないということですか。

○小林課長補佐

ただ、今回、医療費適正化計画の方針の中では、国が示したツールの計算に基づいて金額を記載するという形になっておりますので、それに基づきまして記載をさせていただいております。先生のおっしゃるようにこの内訳がわからなければということであれば、後日御説明させていただければと思います。よろしいでしょうか。

○森委員

はい、わかりました

○伊藤座長

先ほどのリフィルについては、もう1回、私に見せていただいて、どのように訂正するのかを。

他にございませんか。

それでは、ございませんようですので、第4章の「目標を達成するために道が取り組むべき施策」について御議論いただきます。前回の協議会において、委員の皆様から多くの意見が出されており、それらの意見が、計画に反映された形になっています。

ポイントとしては、高齢者の社会参加について、就労と医療費の関係の相関が低かったため、高齢

者の社会活動や生きがい等の支援についてのみ記載したこと、医療関係については、医科、歯科、薬科など各委員の専門分野に関する意見を計画に反映したこと、たばこ対策において、協会けんぽの取組についても記載したことになると思います。

第4章に関して、何か意見はございませんか。

○宇野委員

薬剤師会の宇野です。68ページの「重複投薬等の適正化」の部分で疑問を感じたところがあります。内容としては第三期と同様なのですが、「同じ月に同一薬剤や同様の効果を持つ」要は重複の診療といいますか、その次が「や」でポリファーマシーについて述べられているのですが、これは同列に扱えるものではないと思うのですよね。

最初の方は、どちらかというと患者さんの方が薬をたくさん欲しいからといって同じ疾患でいろいろな病院を回るということですが、ポリファーマシーは一人の患者さんがいろんな症状に対して薬を使ったことで違う症状が出てきたので、違う病院にかかれて、また違うお薬が出てという積み重ねなので、誰も悪意を持っている状況ではない。なので、これを一律に被保険者に対する保健指導等で適正投薬を推進するとありますけれども、多重受診の場合はそれで良いと思うのですが、ポリファーマシーの場合はその方の背景とか、どういう順番で薬が増えたかというのを診療している方じゃないとわからないところがあるので、わからない状況で保健指導されて急にお薬をやめることによって症状が一気に悪化するとかいうことがあるので慎重に取り組まなければいけないところと思うので、やり方としては分けた方が良くはないかと思うのですが、いかがお考えでしょうか。

○小林課長補佐

御意見ありがとうございます。宇野委員の御意見につきましては、私どももそのとおりでと思いますので計画（案）で誤解のないように表記の訂正を検討させていただきます。

○宇野委員

ポリファーマシーに関しては、処方医等への積極的な情報提供というところかなと思いますのでよろしくお願いします。

○伊藤座長

どなたか他に御意見ございませんか。

○道端委員

今の重複受診や頻回受診ですが、先ほど電子処方箋の話が出ていましたけれども、電子処方箋はまさに長期投薬を防げる最高のものかと思います。それが狙いかというくらいで。先ほどリフィルのところに電子処方箋が入っていましたが、こちらの方に入ってくる方が整合性がとれる気がします。

○小林課長補佐

御意見ありがとうございます。おっしゃるとおり、ポリファーマシーに電子処方箋が有効だと認識してございますのでこちらに記載を追加する方向で検討させていただきます。

○西委員

今の「重複投薬等の適正化」の中の文章ですが、今お話を伺っていて、3行目「複数の薬剤を併用する多剤投与（ポリファーマシー）について、被保険者に対する保健指導等により適正投薬を推進する必要がある」というのは変じゃないかと思います。被保険者というのは患者さんのことですよね。患者さんに対して保健指導を行って適正投薬を推進するというというのは、処方医が考えて処方するものなので、患者さんに対して保健指導を行って適正投薬を推進するのは意味がわかりませんよね。

○宇野委員

西先生の言ったのがそのとおりかなと思うのが、受診している場合は同じ薬だとわかるのですが、たぶん同じお薬はないはずですよ。いろんな種類のお薬があるので、データだけでは気付かない。それは当然ながら良かれと思って出されているお薬たちですよ。そこで保健指導が入ると、医師の信頼を損ねると思います。あの先生駄目なもの出しているの？ということになって、それは治療にとって良くないと思うので、まず先に医師への情報提供があつてからの話で、直接本人に。ポリファーマシーは2種類しかなくても相互作用があればポリファーマシーというので、どう判断するのかということもありますので、そういう部分では繊細な問題でありますので、まずはその部分から始めていただ方がよろしいのかなと。診療の邪魔にならないようにと思います。

○小林課長補佐

関係課の医務薬務課とも相談いたしまして記載の方、検討させていただきます。ありがとうございます。

○伊藤座長

他にどなたかございませんか、

○小林課長補佐

先ほど森先生がおっしゃった医療費の推計の箇所ですが、私の方で申し漏れがございまして、補足させていただきます。

国の基本方針から医療費推計ツールによる数字を使いなさいという趣旨のことですけれども、この医療費推計ツールというのは北海道だけではなく47都道府県全てに提供されるものでございますので、全国の医療費適正化の効果の中の北海道の部分として示されているものでございます。この各都道府県の計画を積み上げた全国計画というものを最終的には厚労省で作るのですが、全国計画の医療費の適正化の効果というのが、単純に足し上げたものになるかはわかりませんが、基本的には足し上げたものになるイメージでございます。このため、内容についてはまた別途御説明させていただきますけれども、この表記自体を記載しないといけないというのはそういった趣旨でございます。各都道府県がそれぞれ記載することによって積み上げたものが全国の推計値になるという理解をしております。

○森委員

全国で使っているのに北海道だけ使わないわけにいかないということですよ。そうしましたら、

取組と書かれている中身を記載していただいた方が良いのではないかと思います。先ほど表を見せていただいて、それほど多くはないので。このツールに使った変数、取組の中身を書いていただければ、見る人によっては、それは本当に確かな推計値なのかという疑問をきちっと持てるような記述になるかと思しますので、いかがでございましょうか。

○小林課長補佐

御意見ありがとうございます。森先生がおっしゃった形で計画（案）に記載させていただきます。

○伊藤座長

他にございませんか。たくさん意見をいただきましたので、この章につきましては、また書き直しまして御提示したいと思います。

続きまして、「第5章 計画推進に向けた体制整備と関係者の役割」、「第6章 計画の推進」について御議論いただきます。第5章は、第1節に道の保険者協議会における役割、第2節に道、保険者、医療の担い手などの役割が記載されています。第6章は、計画の推進状況の公表などが記載されています。どなたか御意見ございませんか。

○小倉委員

77ページの「道民の役割」というところでございます。前回、性差によるデータのこと等申し上げましたが、今まで男性中心にいろいろな数字やデータが蓄積されていますが、女性のフェムテックだとか更年期だとか、まだまだ性差による特徴などを共有されていないケースが出てきております。これから女性の社会参画等も進める中で、ここに「道民の役割」として「自らの加齢に伴って生じる心身の変化等を自覚して」ということが記載されています。これから性差による病気や特徴のデータを道の責任として積み上げていって、道民に広く呼びかけるということが必要だと思うので、何らかの形で性差による病気への対応を、今後の課題という形でもいいので、記載いただけないかというお願いでございます。

○小林課長補佐

御意見ありがとうございます。小倉委員がおっしゃった御意見を計画（案）に記載できるかにつきましても検討させていただきます。

○伊藤座長

他にどなたかございませんか。

○富樫委員

北海道後期高齢者医療広域連合でございます。皆様御承知のとおり、我々の被保険者というのは、他の保険に入っていた方が75歳になって自動的に強制的に被保険者になるということでございます。医療費の適正化といいますか、主に健康の保持増進につきまして、我々の被保険者を対象に高齢者保健事業というのをやっているのですが、やはり一番大事なものは、先ほど武野委員からお話がありましたとおり、若年層あるいは現役世代からの生活習慣なり健康の保持増進というのが非常に大切な部分になりますので、全世代に渡っての課題という論調で修文されるということですので我々としても助

かっております。ありがとうございます。

○小林課長補佐

富樫委員の御意見につきまして、私どももそのとおりだと承知しております。ありがとうございます。

○伊藤座長

他にございませんか。

それでは、全体を通しまして御意見があればいただきたいと思います。

○西委員

前回の会議でお話しした転倒と噛み合わせの関係について記載していただきありがとうございます。座長の先生も噛み合わせと転倒について知らなかったというお話でしたけれど、私、趣味でマラソンをやっているんですよ。北海道マラソンに21回出ています。最初に40歳で出て、完走したのは3時間53分だったのですが、自分より1秒先にゴールした方が当時73歳の高齢者の方で、大阪の八尾市というところから来ていました。その方とようやくゴールしてお互いに健闘を称えながら話したときに、その方が総入れ歯だということです。話していると入れ歯がパカパカ落ちてくるんですよ。自分は歯医者なので、どうしても目がいくじゃないですか。よくそれでフルマラソン完走できましたねと言ったら、その方が、いやいやこんな入れ歯でもぐっと噛みしめた時に食いしばる歯がないと転けてしまうと。歯というのは大事なんだよ、ということそのランナーの方から教えていただきました。いろいろ勉強しているとやはりそうなんです。奥歯の噛み合わせがないと転倒しやすいんですよ。なので、骨粗鬆症プラス転倒防止の対策をとって、医療費の適正化に向けて皆さん頑張っていたきたいと思います。以上です。

○田中委員

重複受診のところ、第4章の第2節の5です。札幌市の救急対策の委員会に出ているのですが、「重複受診や頻回受診等の適正化 ア 現状と課題」というところで、中ほどに「休日や夜間に安易に医療機関の救急外来を自己都合で受診するいわゆる「コンビニ受診」や安易な救急車の利用が社会問題化しています。こうした受診が増加すると、地域の救急医療体制が維持できなくなる」という表現ですけど、この間、札幌市の会議に出ましたら、安易な救急車の利用だけではないと思いますが、今年の8月の熱中症が非常に多かった時期に、札幌市で救急車0の時期があったのですよね。安易な救急車の利用、その中でも結構軽症が多かったようで、心配だからということと呼んでしまい、本当に札幌市民の健康が守れない状況がありましたので、もうちょっと強く書いても良いのかなと思うのですが、そういうことがありましたので情報提供として。十何日間救急車が0の時間帯があったというのは本当に由々しき状況なので、市民がしっかり自分たちの健康を自分たちで守るということをしていかないと、本当に重病者が出たときに助けられない事態がこれから増えていくのではないかと危惧しております。情報提供と、何らかの強い書きぶりがあつたらいいのかなと思いましたがお伝えしたいと思います。

○小林課長補佐

御意見ありがとうございます。田中委員がおっしゃったことにつきまして、力強い表記につきまして検討させていただきます。

○武野委員

33ページの「第3章 基本理念と目標」の1の第4段落ですが、「患者や家族が医療従事者と十分話し合い、最先端の医療を選択するのか」のところは、在宅医療のことを指しているのでしょうか。

○小林課長補佐

在宅医療に特化した表記にはなっていないと理解してございます。

○武野委員

そうですか。もし、在宅医療に関連しているのであれば、私は在宅医療小委員会にも所属していて、その中で「人生会議」という言葉に接しました。あちらでは「ACP」、「人生会議」という言葉を強く位置付けようとしているわけですから、もし同じことを発想しているのであれば「人生会議」というワードを入れるべきだと思ったのですが、そうではないということであれば結構です。

○伊藤座長

よろしいですか。他にどなたかございませんか。

それでは、本日のいただいた意見を踏まえまして、素案（案）を事務局において修正のうえ、修正内容の確認については座長の私に一任ということにさせていただき、計画（案）の作成に進みたいと思います。

今日説明できなかったことは個別に説明をお願いしたいと思います。

その他、事務局から連絡事項などがあればお願いします。

○鎌田係長

今回の協議会の開催は、来年の1月下旬を予定しており、事務局から日程確認をさせていただいた後、正式に御案内いたします。

内容といたしましては、計画（案）をお示しし、それに対する御意見を伺いたいと考えております。

事務局からは以上です。

○伊藤座長

以上をもちまして、本日の協議会を終了いたします。長時間にわたり協議いただきありがとうございました。