

平成26年度秋田県後期高齢者医療広域連合運営懇話会

会 議 録

【開催日】 平成27年1月26日（月）午後2時から午後4時03分

【場所】 ルポールみずほ 2階 ふじ

【出席委員】 池村会長、氏家委員、金委員、小玉委員、藤原委員、鳥海委員、
進藤委員、鈴木委員、佐々木委員、喜藤委員

【欠席委員】 山内委員、尾岸委員、齊藤委員

【広域連合】 須藤事務局長、水木事務局次長、伊藤業務課長、
佐藤会計室長、菅原総務課長補佐、奈良業務課長補佐、
小松総務企画班長、土舘資格保険料班長、田口給付班長

【傍聴人】 一般傍聴人、報道関係者なし

【議事概要】 以下のとおり

1 開 会

2 事務局長あいさつ

3 新委員紹介

4 事務局職員紹介

5 説明事項

- (1) 平成25年度広域連合事業状況について
資料1について、業務課長が説明した。

（池村会長） ただいまの説明について、ご質問・ご意見等ございましたら承ります。

（鳥海委員） 被保険者数の推移のところで、日中戦争の影響で一時減少してきたと

いう説明ですが、最大何年まで増加する予想になっていますか。

(業務課長) 団塊の世代が、年齢到達する平成35年、その前年34年まではこう
いった軌跡をたどると推測されます。

(小玉委員) 実数としてつかんでいるのであれば、保険料がどうなるのか、料率で
いいですが、できたら教えていただきたい。

(業務課長) 昨年もご指摘がありまして、保険料率の算定のための資料でしたが、
資料提供させていただいておりました。

生存率がどうなるのか、今現在亡くなる方が毎月950人ほどです。
25年度は1,000人を超えていたので、死亡者数は落ち着いていま
す。出生者数は確実な数は出ますが、変動要素が出てくるのではっきり
と言い切れない部分があります。

料率の話も出ましたが、医療費の動向を少し説明します。平成26年
度から医療費が下がってきている。これは初めての傾向です。被保険者
数の減が影響しているのかと考えています。月平均で、毎月1億円ほど
療養給付費が下がっているので、決算時期になりますと、前年度決算の
療養給付費のトータルを下回るのではないかという新たな転換を迎え
ておりますので、料率算定になれば、それが大きな要素になると思われ
ます。過去データを使えない過渡期を迎えているという状況です。

(氏家委員) 健康診査事業について、質問させていただきます。

交付金額2億900万円、受診者数が2万8千人、受診率が16%で、
84%の方が受診していない状況です。単純に交付金額を受診者数で割
ると、概算で7千円くらい、この金額が適正なのか分からないが、16%
の受診者で1人当たり7千円の金額というのは妥当なのか。他県の状況
など分かれば教えていただきたい。

あと、大潟村と由利本荘市の受診状況の開きが大きい。ただ、大潟村
の場合ですと、療養給付金額と受診率の関係が参考になることがあるの
だろうか。大潟村がほかの市町村と比べて療養給付金が低くて医療費が
かかってないとすれば非常に参考になるのではないかと思うのですが。

(業務課長) 最初に健康診査の質問ですが、国から健康診査本体の部分は3分の
1の補助がありますが、市町村への補助の交付ですが、割り算しても
合わない仕組みになっております。補助基準額というのが設定されて
おり、各市町村で健診をするのですが、集団健診と個人健診で市町村
自体の負担する額も違いますので、広域連合ではあくまでも国の基準
に従って、受診した実数に対して交付しています。

それから、大潟村の件ですが、市町村別の療養給付費の資料を今持ち合わせておりませんが、ご承知のように秋田県は合併が進みまして、しているところしていないところで行政のやり方、しくみも変わってきています。大潟村のように従前から1自治体であったところと比べて、由利本荘市のように概ね10の自治体が合併したところなどは、面積も広大で距離も遠いということが、受診率の低い要因であると思いますが、由利本荘市は受診券を配布していない、他は受診券を配布しているというやり方の違いがあります。行政広報に1回掲載するだけの対応ということで、担当課長会議の折に、個別にやり方を変えていただけないかというお願いはしています。もちろん受診券配布となりますと、行政の費用負担、予算も発生しますので、私どもからはあくまでもお願いというスタンスしか取れません。実施していただくのは市町村で、それぞれの事情もございますので、こういう数字に留まっているということです。

(佐々木委員) 2点ほど教えていただきたいのですが、1ページに被保険者数と2ページに収納状況についてはあるのですが、2014年の全国平均の月額保険料が5,668円くらいだったのでしょうか、秋田県の1人あたりの月額保険料がどれくらいなのか教えていただければというのと、そのあたりの推移というか資料があればありがたいなと思いますので、次回配布していただければと思います。

もう1点は、調剤医療費が全国ワーストということで、昨年7月施行された生活保護法の一部改正で、保護世帯の薬剤をジェネリックに切り替えていくということになっていますが、まだまだデータとしては出てないかと思いますが、もし動向としてこういう減少傾向があるよということをつかんでいたら教えていただきたいと思います。

(業務課長) 最初の月額保険料の質問ですが、秋田県は3,205円です。後段の部分ですが、いろいろご要請がございました部分については、今後適宜対応していきたいと思います。

(鳥海委員) 関連した質問ですが、先ほど事務局から調剤医療費が残念ながら1位ですという言葉がありました。この言葉は残念に思っていますが、秋田県の場合は長期処方の方が多い、この1位の金額を見ていただきますと、このうちの75%は医薬品代になります。技術料は25%になりますので、長期処方になるほど、薬局に入る収入や患者数は減りますので、技術料的には減っていく。問題なのは、薬剤費という話になってくる。ですから、長期処方になるほど費用はかかってくるので、この辺りは医師の処方権の問題ですので、それはそれなりに対応が必要になって

くるのかなと思います。問題になってくるのは、薬剤使用率が75%にも達しているということは、今ジェネリックの問題が取り上げられましたが、もう一つは疾患別にどうなっているのだろうなど。過去から言われているように、秋田県はがんの死亡率が非常に高いと言われているし、薬剤の中身でがん処方はかなり院内処方が出てきていますので、抗がん剤の使用率が増えると薬剤費が増大するので、中身を精査していかないと、残念ながらというのは費用だけ見れば残念ながらなのかもしれませんが、それ以上に薬の中身や疾患の種類を見ていかないと、端的に判断できないということです。できましたら、その中身がどのようになっているのかということも含めて、事務局サイドでもう一度精査していただけるとありがたいと思います。

(業務課長) 今のご指摘のありました、疾患別の話ですが、この後出てきますが、KDBシステムという国保データシステムが本格稼働となり、レセプトデータに関しては分析体制に入っています。一番最後のデータヘルスとも関連するのですが、ようやくシステムティックに分析できる状況になってきました。今後ともデータを示させていただきまして、それから逆に委員の皆様から専門的見地でご教授願いたいと思っています。

(小玉委員) 今の話ですが、ワーストという言葉はないのではないかな。なぜかというと、秋田県は院外処方をしている薬局が多いので、その要因が大きい。確かに鳥海委員のおっしゃるとおり、ジェネリックの使用率がまだまだ低いというのもあるでしょうし、その辺を理解してもらえればいいと思います。

先ほどの氏家委員のお話には非常に大事なことが隠れています。例えば、市町村健康診査というのは、高齢者の特定健診にはあたらないという、いわゆる旧来の老人健康診査は終わって、国が評判が悪いというので、このような体裁をとるようになった。注目すべきは8ページの東成瀬村ですが、通常健康診査受診率100%で非常に優秀な自治体ですが、それなのに後期高齢者になると30%しかいない。この辺が、その市町村の熱意ですよ。後期高齢者にあんまり目標値がないのが一番問題。広域連合だけでは解決できない。県などにも取り上げてもらわないと、なかなか受診率は上がらない。

最初始まるときに、心電図、貧血等の検査は入ってなかった。その後、魅力ある健診にしようとその内容を入れたにもかかわらず、このデータだということで、この辺を深刻に考えないといけない。

あとは、お金の問題ですが、健康診査の標準額は秋田県は安い。特定健診は協会けんぽ、健保組合、国保でそんなに差がない。秋田県は7千円未満です。他の県は、特定健診は9千円から1万円かかっている。

その辺についても、秋田県の場合は、低料金でしっかり診査をしている。

(進藤委員) 健康診査に関しては、全体の問題として、受診率の向上などに一生懸命力を入れていかなければならないと思います。

(1) 歯科健診事業について

資料2について、業務課長が説明した。

(池村会長) この事業について、ご質問等ございますか。

(鳥海委員) 非常に重要な健診事業だと思っております。歯科疾患による肺炎は危惧されている。特に高齢者になりますと咀嚼機能だとかそれを含めて重要だと思います。その健診結果がどうなっているのかというのは当然データとしてはまだないと思いますが、このパイロット事業の結果が公表されるのはいつ頃になりますか。

(業務課長) 年度末までに各市町村から集計・報告をいただくことになっている。今回の懇話会には数字等を報告できると思います。

(藤原委員) 当初この事業を持ちかけたのは私だと思いますが、確かに最初は30億のお金がついて、全国に一律やるやらないのお話だった。3分の1は国が出すが、3分の2は広域連合が出すという事業であった。そこで、30億ですから、全国で分ければ、少ない額にはなりますが、どうしてもパイロット的な事業になるのではないかと考えていました。できれば多くの市町村にやってもらいたいと思って、働きかけましたが、市町村の手上げ方式というので、最初湯沢市、三種町、羽後町、東成瀬村となった。これはもう実施はしてますか。やったとしても実数は193人ですよね。

(業務課長) この4つの市町村は実施しております。実数ではなくて、見込みです。

(藤原委員) まだ年度途中の事業ですので、なかなか結果まで出すのは難しいと思います。

一番の違うところは、咬合力の評価、舌機能の評価、嚥下機能の評価を新たに加えて、ちゃんと口が機能しているかということ調べて、

それを治療するなり指導するなりして、それをリハビリさせるというのが目的なので、健診したからすぐ結果が出るというものではない。

先ほど、小玉先生から、地区の歯科医師会が手を上げればできるのかと聞かれたのですが、やはり市町村が手を上げないとできないので、我々が働きかけることになると思います。こういう事業があるということを、広域連合の方でも言っていて、ただ健診するだけでなく評価することも追加したことを強く言って、できるだけ多くの市町村にやっていただけるようお願いできればと思っています。

(業務課長) この事業のPRについては、折に触れ、デスクネッツというツールがございまして、各市町村に情報を流しています。担当課長会議も年3回ほど開催しており、その都度説明しております。

(小玉委員) これは非常に大事な健診事業だと認識しています。

これは感想ですが、26年度手を上げた市町村というのは在宅医療に熱心な先生がいるところなんです。ですから、歯科医師会から逆に市町村側に働きかけた方がいいのではないかと。ある意味で市町村側には非常に大事なチャンスがあるわけです。歯科の先生を在宅医療に目を向けさせるためのチャンスがある。その辺十分アピールしていかないといけないと思います。

もし25市町村が手を上げた場合に、予算はつくのですか。

(業務課長) ここにありますように、国庫補助が3分の1で、残り3分の2は広域連合で出す形になっております。

(小玉委員) ということは、予算はつくということですよ。

これは3千円でやれる健診の内容ではないと思うので、歯科医師会の先生には頭を下げてありがたいと思って受けた方がいいと思います。特に、藤原委員がおっしゃっていた舌機能と嚥下機能の評価は非常に大事なことで、ぜひ一生懸命やっていただきたい。

(金 委 員) 関連する質問ですが、1と3の表の対象者欄で、年齢と全員と書いてありますが、違いはなんですか。

(業務課長) 75歳とあるのは、75歳になった年の人のみが対象ということで、湯沢市と羽後町がそれですが、三種町や東成瀬村は全員が対象としております。市町村の実情に合わせ、事業実施にあたって予算の関係もありますので、予算がつかないと事業が行えない。そういうところは各首長が予算査定をするところなので、広域連合も立ち入れないとい

うことです。

(金 委 員) それでは、全員ということは75歳以上全員ということですね。

それから、3の表で、来年度実施市町村が増えておりますが、肝心の秋田市が入っていないのはどういうことでしょうか。

(業務課長) それに関しては、広域連合に聞かれてもお答えできませんが。

(藤原委員) 実際現場で一般の健診の時に歯科健診というのはなかなか難しい。

逆に訪問でもいいと思っている。8020ということがあるので、80歳の疾患調査を入れたいと思っている。歯科だけでなく看護師さんも一緒に行っていて、この人は今どういう疾病を持っていて、今どういう状態であるのかというところを見て、我々が関われるものは何があるかという実態調査をして、これからの対策をしていきたいのですが、これは国に言わないと難しいのかなと思っています。

先ほど小玉先生もおっしゃっていましたが、口腔ケアをすることによって、誤嚥性肺炎を防ぐことができますので、できれば多くの人に受けていただきたい。ぜひこのパイロット事業を成功させるべく皆さんのお力をお借りできればと思います。

(業務課長) いろいろお話しいただいたことを踏まえまして、より実りのある事業に育てていきたいと思っております。

(3) 健康づくり訪問指導事業について

資料3について業務課長が説明した。

(池村会長) ご質問・ご意見等ございましたら承ります。

(鳥海委員) 毎回出てくるのだろと思いますが、一番気になるのは訪問拒否をされる方はどういう状況にあるのか。一番の重点者なのかもしれない。この方々がどういう拒否状況だったのか、今後の対応をどのように図っていくのか、この2点についてお伺いしたい。

(業務課長) 訪問拒否につきましては、正直なところ、身分も分からないので来ないでほしいという方もおられます。一方的にこちらから押しかけるわけにもいきませんので、いろいろ事業の趣旨を説明していますが、無理強いはいできないというのが実情です。他に、訪問予定だったが、当日体調

が悪いとか入院したとかというのが訪問拒否の内容です。

(鳥海委員) ご本人だけでなく、ご家族のご協力が必要になると思いますし、事前にご案内を差し上げてプレアナウンスをしていくことも必要になるかと思います。ある程度訪問指導事業についてはそれなりの結果が出ていると思いますし、我々としては適正な医療を受けていただきたいと基本的にはみております。こういう事業が行われていることを知らない高齢者の方も多いと思います。実際私もパンフレットなどは見たことありませんので、こういう事業の内容の周知を図るというのが、これから事業を進めていくうえで必要になっていくのだと思います。ぜひその辺をご検討いただければと思います。

(業務課長) 確かに100名200名の少数の抽出ですので、全体への周知という観点からは、配慮に欠けているのは認めざるを得ないと思います。

プレアナウンスという話もございましたが、これに関しては、丁寧に丁寧に重ねてやっている。電話や手紙、夫婦世帯の方は必ず同席してもらう、家族もいれば同席してもらうようにしている。

この事業も、年数を重ねましたので、従前から小玉先生から受診抑制につながるようなことにはなってくれるなどご忠告をいただいております。当然私ども保険者としては、医師、薬剤師のテリトリーには入ってはならないと、職員や保健師にも再三話をしております。

(小玉委員) 抑制というのは、手遅れになる患者さんがいるんじゃないかと。行くのは悪だという認識を持ってはいけないなということをお願いしているんですけど。

それはそれとして、ゆずりはの会の方々は大事な役回りをしていただいていると思いますが、実際どれくらいの人数いらっしゃるのですか。

(業務課長) 会組織としては全県に支部を置いており、今回まわっていただいた保健師さんは15名くらいです。

(小玉委員) 平成25年度に17名の訪問未実施者がいて、体調不良等あったと思いますが、この17名は自動的に翌年に訪問対象になりますか。

(業務課長) なりません。

(小玉委員) 確かに年度ごとに調査しながらやっていくんでしょうけど、その次も引っかかる可能性があるからということもあるのでしょうか。

最後に、事業計画ですが、先ほど藤原委員も言われましたが、口腔ケ

アをぜひ入れていただきたいですね。保健師さんが訪問して、心配して電話したケースが16名いたと。それだけ大変な人がいるということです。その時にぜひ介護認定を受けているか確認してほしい。もし介護認定を受けていればケアマネジャーに連絡を取ってほしい。そうすれば、継続的にフォローできる。それがまた多職種協働のきっかけにもなる。難儀をかけますけど、そのようなことを踏まえてやっていただければと思います。

あと1年間換算して913万円の節約ができたということですが、委託を含めていくらお金がかかってますか。

(業務課長) 保健師さんには1人当たり5千円くらい。27年度予算は約300万円。26年度は約250万円です。

(小玉委員) そうすれば、十分効果を上げているということですね。

(鈴木委員) ゆずり葉の会の話が出ましたので、この事務局は国保連の方にありまして、結構パワーのある方が多いです。全国的にも在宅保健師の会は活発な活動を続けております。

(小玉委員) 特定健診が受診率向上しないというのは、市町村の保健師が少ないということだと思います。その辺を手助けしていただければ、受診率も上がっていくと思います。

(藤原委員) ゆずり葉の会というのを知らなかったもので、歯科医師会の方にも前期高齢者の歯科衛生士がおりますので、その人たちが帯同して口の中を見るだけでも違うと思うんですよね。そういうようなことも考えていただければと思います。

(池村会長) 1点だけお聞きしたいのですが、資料3の4ページの上の方なんですけど、25年度の改善されたパーセンテージが、下の参考の数字と比べてかなり下がっていますよね。これは何が原因なのでしょう。

(業務課長) その時々の実態に即して出てきたパーセンテージと考えております。

(池村会長) 原因が分かるとそれに越したことはないと思いますが、今なんでそういう愚問を發したかということ、こういう数値を掲載していただくと、どうしても私どもの発想としては、成果指標としてみてしまう。こういうことをやって本当にこれだけの成果があったんだというふうにみてしまいがちなんですけど、でもそれはどうなのかなと。先ほどの口腔的な

観点からの治療によって、肺炎が減ったというそういう成果のようなものというのは、なかなかこの分野で表れにくいんだと思うんです。

今の改善割合も同じようなところがあって、ケースバイケースで事情は違うし、先ほど小玉先生が抑制的に抑制的にと毎回おっしゃっているということを加味しても、成果を求めるというのが果たしてどれくらい必要なのかということは問われてしかるべきだと思います。

後でも出てくるんでしょうけど、この医療の分野はどちらかというとPDCAサイクルを回していくべきだという発想が強まる中で、成果指標のようなものを強調しすぎると、あまり妥当とは言えなくなるのではないかなと。同じ指標でも、パフォーマンス指標、業績指標、どういうことをどれだけ熱心にやったかという指標の方が重みをもってくると思われますので、今後成果的なものをお出しになる場合でも、何かコメントでもない誤解される余地が生じてきますよということだけ申し上げておきます。

やっているんだけれども成果との間で因果関係がそれほど分からないということが多々出てくると思うんです。だから、評価サイクルを回すとしても、指標の取り方として、お考えいただくことは今後出てくると思います。

(4) ジェネリック医薬品差額通知事業について

資料4について、業務課長から説明した。

(池村会長) この事業について、ご質問・ご意見等ございますか。

(鳥海委員) 情報提供という形になるんですが、薬局サイドの現場で、今回法改正により特定疾患の方のほぼ全員に費用負担がかかってきている。今までお金がかからなかった方が、お金がかかってきますと、逆にジェネリックはないのかという問い合わせをいただいたりしている。

ジェネリックのデータを集積していく対象範囲に特定疾患が外れておりますが、がんや精神疾患に関しては疾病と薬剤の関係が密接に関連していることもありますし、医師の処方上の意図というのも強く働いてきます。しかしながら、特定疾患に関しては対象にしてもいいのではないのかと私自身は思っております。

それから、生活保護の方々については、薬局側がとても苦勞しております。無料ですので、例えば医療券みたいなもので一旦自己負担があつて、償還されるような制度であれば別なんだろうけども、そこでも無料になってしまいますし、ここで説得するとしても言い方を注意しない

と差別的なことになると思います。ただこういう薬もあって、広く医療を守っていくためにもご協力いただけませんかぐらいのご理解を求めるような話を薬局側はせざるを得ない。この辺りは国の方での考え方が変わっていかないとどうにもならないのかと感じております。

ご高齢の方は、先発後発と言っても分からない。来たご家族の方に説明すると、医療費を下げるというのは面倒を見ていないんじゃないかというふうに捉えられることが出てきたり、いくらでも安くというふうに言っていかれるご家族の方も逆におられます。そうした意味で、ご高齢の独居の方にそれを説明するというのが一番苦勞しているところで、その辺ご理解いただきたいなと思っています。

先日、武藤先生というこういったことをやられている先生に、国で80%以上という具体的な数字を示しているが、この数字はきついですよということを、メールで返信したのですが、なぜきついかというと、薬局の在庫がとても多い。有効期限がありますから、捨てなければいけない薬がかなり出てきていて、後発医薬品の利用はいいんだけど、医療資源で考えると、薬局側で捨てているという状況が新たな現状としては生まれている。流通の問題もありますが、大きな問題としては流通の次に今度は患者さんの残薬調査じゃなくて、薬局側の残薬調査をやってもらわなければならないと思うほどです。

このような状況の中で、年度初めの週刊文春にジェネリックのことが掲載されまして、内容としては、間違っていないんだけど情報が古い。あの情報をそのまま受取られるとどうなのかと気になっていました。

行政側から厚生労働省に申し入れをしていただきたいのは、後発品の原薬、例えば外国から一つの前薬を買って、それを日本の国内で同じ前薬を使っていろんなメーカーが名前を変えて出してくる。15社～20社が違う名前でも元々の前薬が同じで出てきている。これは文春の記事に載っていましたが。前薬が同一であれば、一つの名前にしてもらわないと、薬局側は全く同じものでメーカー名が違うものを持たなければいけないという現象が起きてきている。やはり後発品の利用促進をするためには、後発医薬品を使いやすい環境を整えていく必要があります。

ふたつのお願いですけど、厚生労働省は前薬の情報を公開するべきであるし、薬局側で後発医薬品を何種類も持つような環境を改善していかないと後発品の利用促進にはつながらないと思います。この2点の改善を図りながら、後発品が80%までいくのか分かりません。私の薬局で今62%ぐらいです。これはかなり大変です。医師のご協力もなければすすめられないので、ぜひお願いしたいです。

(池村会長) 広域連合としてお答えになりにくいでしょうけど、どうでしょう。

(業務課長) なかなか広域連合のレベルを超えたお話ですが、どういう形で国に要望していくかは、広域連合の全国組織もございますので、そういう折に要望していきたいと思います。

(氏家委員) 後期高齢者が、医師や薬剤師にジェネリックにしてくれと言うのは、お金が安いからということで簡単なことなんですが、現実的には普通に買いに行ってもジェネリックが買えるという状況に持っていけないと進まないんじゃないかなと思います。簡単にいうと、非常に強力なジェネリック医薬品を使わせるような施策が重要なのではないかと。具体的にいうと、個人的には保険外にしてしまう。ジェネリック以外は保険外というようにでもしないと60%以上とは難しいのではないかなと思っています。

今の現状をお伺いしたいのですが、国は数量シェア60%というのが目標のようですけども、平成30年ごろ現実的には秋田県広域連合としてはいかがなんでしょうか。

(業務課長) この事業は、こういうものがあって、こういうふうにすると、こうなりますよという内容のものを本人通知するものです。先ほど説明したとおり、検証が今までは心もとなくて、サンプル調査には程遠いやり方で行ってまいりました。事業ですから、結果どうなったんだという検証が必要ですので、間に合わせではないですけど、担当者は一生懸命やっております。実際の数値というのは、先ほど触れましたように、今度システムが入って実績値が出ることになりますので、現状ではお話しする数値は上がっておりません。

(進藤委員) 県としても、60%以外の数値というのは持ち合わせておりません。

(小玉委員) 国の目標値に近づくために、医師の療坦規則という健康保険上の規則がありますけど、その中でも以前と変わって、処方ルール義務というのをうたってます。ですから、医療機関側でもずいぶん理解し始めていて、自然の流れでもだんだん後発品を使う量が増えてくるだろうと。特に病院の医師はそういう感覚が強くなってきている。ジェネリックは徐々に浸透してきている。私はあまり暗い未来は待ってないという認識であります。

広域連合に質問ですが、効果として順番があると思うのですが、2万件に通知しただけで、16%ぐらいの人で594万円の節約ができた。実際、2万件の通知をする予算ベースはいくらですか。

(業務課長) 通知に関わる予算は、平成26年度で300万、平成27年度で委託

料が増えますので、約500万といったところです。

(小玉委員) 通知件数から見ても、件数が増えれば節約効果が見られるというデータとして理解していいんですよね。そうすれば、もう少し予算をつけて、もっと多くの方々に通知するという努力もしてもいいのではないか。医療機関側は通知を持ってこられると、全部が変更可能ではないが、変更可能なものは切り替えることができるので、その辺のことも考えていけばいいのかなと思います。

(金 委 員) 昨年の資料によりますと、医薬分業率は全国の中で最も高い。ただし、ジェネリックの使用率は最も低いと書いてあります。

実は、私は2か月に1度、秋大病院にお世話になっておりますが、先生からはジェネリックの勧めはないです。支払の明細書を見ると、これにはジェネリックありますよないですよと書いてある。私としては、60%をクリアするためには、患者側からだけでなく、先生の方から積極的にジェネリックありますよとPRしてもらえれば、効果は同じですので、安い方を使用するようになると思いますので、よろしくお願いしたい。

(小玉委員) 大学病院はほとんどジェネリックだと思います。

今同じ効果と言いましたが、ジェネリックは同等な効果です。同じじゃないです。溶ける時間が違うこともあり得る。全く同じかもしれないし、ちょっと違うかもしれない。ただ特別な病気があったときに、コントロールが非常にいい状態の人のお薬を変えるというのは医師としては冒険みたいなものになる。その辺のことがあって、みんながみんなジェネリックとはいかないわけです。

大学病院は基本的には率先して改善しようとしていますよ。

(5) データヘルス計画策定について

資料5について、業務課長から説明した。

(池村会長) ご質問等ございますか。

(喜藤委員) まさに今、全国の各保険者が健康日本21の第二次計画に沿って、この3月までに策定しなければいけないということで、当然後期高齢者医療広域連合も保険者のひとつということで、策定しなければいけない。今も、2か月くらいしかない状況で、27年度の健康事業をすべて網羅

して載せなさいと言っているんですけど、そういったところの取り組みがどの程度まで達成できているかというのが1点と、それから今日の資料の中でも2番3番4番はまさに健康保健事業に該当して、データヘルスの項目としてそのまま使えるのではないかと感じてるんですが、こういった事業についてもデータヘルスの中に取り入れていくのかどうかというのが2点と、3点目は、周知という形で、これを皆さんに広報活動とか、ホームページに掲載するとか、通知しながらPDCAをしていくのか、そういう考えで進んでいくのかどうかというのを聞かせていただきたい。

ちなみに、うちも1月末にかけて、事業計画の最終案を練って、今、事業主と共同でやってるんですけど、ソフトランディングしながらPDCAを3年間回していくという方向で進んでいますが、広域連合の今の取組状況についてお聞かせ願いたい。

(業務課長) データヘルスに関しましては、健保連さんの方は先行して進んで、一部の大企業の組合はかなり進んでいるのが現状でありまして、さっき出てきました身の丈にリンクするのですが、それが国のモデルとして去年の9月末までに実施して、情報提供するという段取りになっておりましたが、なかなか計画通りに情報も来なく、テンプレートが先日晒されまして、担当がまさに取り掛かっている状況です。

どこまでのものを取組んでいくかというお尋ねですが、KDBがこの計画を作るのに必須アイテムですので、そこからデータの集計、疾病コード分類をし、国は個人一人ひとりにわたるまでのきめ細かい保健事業を延長線上には求めていますので、分析・解析には時間を要すると思っています。

皆様からの意見聴取の方法ですが、必須事項ではないのですが、まずパブリックコメントをやると。今日せっかく皆さんがお集まりですので、枠組みだけでもできた場合はご覧いただいて、注文をつけていただきたいと現在は思っております。

(喜藤委員) 広報の予定は。

(業務課長) 未定です。

(鈴木委員) KDBシステムについて説明します。国保データベースシステムということで、データヘルス計画を策定するうえで必須アイテムということで考えられると思います。今国保の保険者もそうですけれども、国保中央会が開発したシステムで、使い方なりデータの取り方なりについて、各保険者にうちの職員が支援している段階です。秋田県の場合は、デー

タヘルス計画自体も本年度に策定というのはまだないです。来年度から若干出てくるところです。計画策定にあたっては、評価委員会を連合会に先々週設置したところで、これから本格的に動いていくという段階で、よろしくご協力お願いしたいと思います。

(池村会長) それでは、全体を通して何かございませんか。

(鳥海委員) 先ほど、特定疾患の話をしましたが、正しい認識を持っていただきたいので。

疾患が広がったということで今まで無料の方々に広く費用負担を持たせるといって制度が変わったために、費用負担が生じてきている。その中で、費用を払っていない方が払うことになり、当然薬剤費も上限値まで払わなければいけない。先ほどジェネリック医薬品差額通知事業の中に特定疾患が入っていないものですから、特定疾患が入っていない経緯は分かりませんが、これは対象にさせていただいた方がいいのではないかなという意見として、議事録にも載せていただきたいと思います。

6 その他

(池村会長) その他ということで、委員の皆様から何かございませんか。

(金 委 員) 後期高齢とは直接関係ないのですが、関連があるということで質問させていただきます。

平成26年4月から秋田ハートフルネットというのが稼働しています。登録の流れは承知しておりますが、私2か月に一度病院にお世話になっておりますが、先生から登録についてのお勧めは特にありません。

そこで、3つほどの質問ですが、県の対応、指導はどうなっているのでしょうか。2つめ、データセンターは秋大病院に設置されて、運営は医師会が行っておりますが、もっと詳しくお話をいただきたい。3つめ、7病院8診療所でスタートしておりますが、その後増えたのでしょうか。以上3つの点をよろしくお願いいたします。

(進藤委員) ハートフルネットについては、中核病院と診療所、開業医の先生が、ある患者さんの診療情報をどちらが持ちましょうということで始めたシステムでございます。患者さんが何かしらの病気で急性期は病院に行って、一定の症状が落ち着くと地元の開業医に定期的にかかられて、また何かあれば病院に行くということを想定して行われているものでありまして、1か所の病院だけしかかかれていない場合には利用し

づらいと。大学病院はこのシステムの核となるものでありまして、率先してやっていただいております。たくさんの医師がおられますので、なかなかそこまで意識がないという方もいると思います。私も伺っている中では、専門の窓口があるようですので、ぜひ案内でご確認いただければ、スムーズにいけるのかなと考えております。

これは医師会と二人三脚でずっとやってきまして、今一番ガイドラインの状態を把握している秋田県医師会が運営主体で事務局をやっております。このシステムの一式のもの、大きなシステムでございますので、これに関しましては医療の知識、IT関係の医療機器に対して扱いが習熟されているとか、機器のセキュリティーを保てるという機器の設置環境が一番優れている秋大病院に機器は置いているということでもあります。

参加病院であります、秋田市医師会を最初の実証の場として、今おっしゃったような7病院8診療所からスタートしておりますが、なかなか思ったほど加入者は拡大していないというのが正直なところです。いろんな場面を通じて、勧誘には努めていますが広がっていないというのが残念ながらの実状でございます。

秋田市をもう少し充実してからということも考えていましたが、それはそれとして、県内一円で最終的にはやりたいということで、少なくとも来年には由利本荘市の医師会をフィールドとして拡大していきますし、県北でも大館と北秋田市でもやり始めておりますので、徐々にございますが、全体として広げているのが現在の状況です。

(小玉委員) ハートフルネットを構築しなければいけないというのは、ひとつは医療費適正化っていうのがあって、例えば、診療所で検査したものが、病院に行くとまた全く同じ検査しなければいけない。写真も同じものをまた撮るという非効率的なものをまず防ごうということです。それから一人の患者さんがどこの病院に行っても情報がすぐに引き出せる。既往でこういう病気があった、こういう薬を飲んでたとかいうのを患者サービスのひとつとしてやろうというものもある。ですから、登録するしないというのは、患者さんじゃなくて、例えば金委員が診療所に通院していて大学病院に紹介しなければいけなくなった時に、医師が金委員に登録してもいいのか聞くんですよ。それで初めて登録される。ですから、登録するかどうかは患者さんの意思によるし、データを活用してもいいかも患者さんの意思によるものです。ただ登録すればメリットあるかとそういうことではない。あくまで、医療機関側が患者さんを一つのデータバンクで全部理解できるということです。

進藤委員からお話があったとおり、すぐに広がる事業ではない。各地域地域で温めておいて最終的に全県に広がるというのが理想かなと

考えております。

(池村会長) 私も個人情報保護の観点から関わりましたけれども、例えば、この医療機関には自分の診療情報を知らせたくないということであれば、それは可能ですか。

(小玉委員) それは拒絶できます。

(池村会長) そうなんですね。
それでは、他にないようでしたら、事務局にお返しいたします。

7 閉会