

第13回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2016年9月30日（金） 9:00～10:40
 2. 場 所：中央合同庁舎第8号館 5階共用C会議室
 3. 出席委員等
委員 鈴木 準 株式会社大和総研主席研究員
同 古井祐司 東京大学政策ビジョン研究センター特任助教
同 松田晋哉 産業医科大学医学部教授
-

(概要)

(1) 検討課題と今後の議論について

厚生労働省から資料1を説明。以下、主な意見。

(委員)

何点か意見を申し上げたい。

3月23日の社会保障ワーキングでは、都道府県にできるだけ前倒しで医療費適正化計画を策定していただくためにも、本来は27年度末までにとされていた外来医療費の算定方式の提示を急いでいただきたいと申し上げた。また、夏頃までデータ分析に時間を要するとのことであったので、データ分析の時間ができた分よりよいものにしていただきたいという観点から、診療行為別や疾病別に不合理な地域差の是正が積み上がって適正化が進む形で仕上げていただきたい、取組メニューについてできるだけ数多くそろえていただきたいとお願い申し上げた。これに対しては、厚労省から夏まで時間をかけてきちんとしたよいものをつくるという御回答をいただいていた。その後、4月の社会保障ワーキングの取りまとめや経済・財政一体改革推進委員会の第2次報告に、疾患別・診療行為別の地域差等についてデータ分析をし、可能な限り取組効果の算定式を設定すると記述された経緯がある。

このような経緯からすると、まず外来医療費の適正化の手段について、本日の厚生労働省からご説明によれば、シンボルとしての糖尿病の重症化予防と、重複投薬と多剤投与の適正化の3つの取組だけに留まったのが現状であり、経済・財政一体改革が目指している道の途上にある内容であることは否めないと申し上げざるを得ない。

また、そもそもこれらの取組だけでは地域差半減への到達は不可能だと説明があった。民間の企業で事業目標がある場合、そのための手段を社内に提示するとき、達成できない手段を提示することは考えられない。高めのハードルであっても達成できるプランをつくり、進捗を評価することが普通の

やり方ではないか。そういう意味では「骨太方針 2015」や「骨太方針 2016」で決定されている 1 人当たり医療費の地域差半減目標に対し、十分には応えられていないという評価を現時点ではせざるを得ないと思う。

もちろん、制度を走らせながら、データ分析は続けていただけるとのことであり、知見、エビデンスの集積を図って取組の追加を検討いただくということには期待を申し上げたい。

ただ、取組効果の算定式の提示が後ずれしたことは、既存の取組と実際の医療費との因果関係や相関関係の分析を行っても、政策に落とし込める手段が余りないということを示唆していると推察している。データ分析をいっそう深めていただきたいと考えると同時に、疾患別・診療行為別の医療費の地域差をもっと「見える化」していく必要がある。すなわち、都道府県自身が NDB 等を使って分析できるデータセットの提供を急いでいただきたいし、その際にはデータセットを配るだけでなく、一般にも広く公開すべきである。国と都道府県という行政の内部だけではなく、医療関係者をはじめ各地域の関係者の間での議論をもっと促す仕掛けとして「見える化」が非常に重要である。また、同じ病気でも治療の仕方に相当のばらつきがあるという指摘があることから、「見える化」で明らかになった地域差を解消するために、医療を標準化する観点からのガイドライン的なものを作っていただくことも考えられる。さらに、骨太方針や改革工程表では、医療費適正化計画の進捗が思わしくなければ、高確法 14 条を活用することも視野に入っている。今、申し上げたようなことと頑張る都道府県をきちんと評価していくインセンティブを組み合わせることで、医療費適正化計画をより強力に進めていくことを考えていただきたい。

ご説明にあった取組メニューの追加を検討するということについては、特に期限が切られていない。申し上げたような手段を含めて、期限を設定して取り組んでいただきたいと考えるがいかがか。例えば今から 1 年かけて来年の夏頃までに今、申し上げたようなことを含めてご検討いただけないか。今後、改革工程表の改定の議論の中でご検討いただきたい。

入院外医療費について、もう一点。資料 1 の 2 ページ※印や 6 ページの（注 4）に、在宅医療等の増加分を医療費の推計に盛り込んでいないとある。これは、ともすれば地域医療構想における慢性期に関する入院需要の適正化について、後ろ向きなメッセージにもなりかねないと感じる。在宅医療等に関する医療費の推計方法について「評価の際に所要の分析等を行う」と書いてあるが、「評価の際に」ではなく、介護部局とも連携していただき、「療養病床のあり方等に関する特別部会」の受け皿整理の議論と並行させた検討を行い、在宅医療の医療費を推計する枠組みを国から都道府県に対してお示し

いただく必要があるのではないか。今は、医療費全体の政策体系の中に空白部分があり、整合性に欠いている状況であると思う。

それから、8ページの※印について、平均を下回る都道府県が何もやらなくてよいわけではないことが明確にわかるよう、告示で示していただきたい。今は全国平均を下回っているとしても、うかうかしていれば全国平均より上回ってしまうことになりかねない。今、良好な都道府県は、より頑張って工夫をするというダイナミズムを生じさせることができるかが課題であり、結果的に幾ら医療費を抑制できたかというよりも、そうしたダイナミズムを定着させられたかが本質的に重要である。平均より下回る都道府県は機械的に何もやらないということにならないようにしていただきたい。

1点、質問したい。NDBのオープンデータの公表と、都道府県などへのNDB自体の抽出データ提供の期限は、今どうなっているのか。これらも後ずれしているのではないか。

(厚生労働省)

第1回のNDBの公表の時期は最終調整中である。日付をどう確定しようかというぐらいのタイミングに差しかかっているとお考えいただきたい。

基本指針に伴う都道府県へのデータセットの提供の時期は、まずは告示を確定させなければならないが、こちらの基本指針のアウトラインが示されれば自治体も動くであろうから、年内を目指して、それと平仄が合うようなタイミングで自治体にデータセットを提供したいと考えている。

都道府県へのデータの提供等々については、NDBのデータを都道府県で計画の検討あるいは計画の進捗評価に資するようわかりやすい形で提供したい。

順番は前後するかもしれないが、入院医療費の推計に関しては、改正医療法に基づく地域医療構想と呼ばれているもの、あるいは改正医療法に基づく計画の作業がまだ地域医療構想自体ができていない都道府県がかなりある。その成果をこちらに取り込む仕立てになっているので、そちらがまだ形式的にできていない段階で、こちらの確定的なものを打つことが物理的に難しいという事情が一つある。その中で、こういった状態の方々がターゲットになるのか徐々に具体化してくることも踏まえて、今の取組みとして書かせていただいているものである。在宅医療の充実も並行して行われているので、そういった在宅医療の動き等々も追えるような形にしたい。

一人当たり外来医療費が全国平均を下回る都道府県全体の水準が下がっていくことと、地域差が縮まっていくこと、トータルで費用をとということであれば、どちらか一方だけでよいことにはならないので資料にも書かせていただいているが、平均を下回る都道府県にも取組を求めていくことを当方でも

はっきり伝えたいと考えている。

この指針を出したからといってデータ分析等々の手を休めるとことは考えていない。生活習慣病関係については、特定健診等々の一定の取組といった素地があるものもあれば、一からデータを洗い出していくようなものもある。めりはりもつけながらどのように取り組んでいくか、我々が手を休めているような印象を持たれないような形での進捗を考えたい。

また、この適正化計画は行政がひとり相撲をとっていると思われぬ方がよいと考えている。そういう意味では、どのような取組についてエビデンスなり広がりがあるのか、保険者、都道府県、医療関係者から見てどうなのかといった目線も重要である。日本健康会議は、こういったものを広げ、裾野を拡大していく上で非常に頼りになる場だと思っており、委員の方々の御意見もいただきながらどういうところに素地があるのか、広がる余地があるのか一つ一つ確かめながら進めていきたい。

検討期限の目途については、現時点のエビデンスなりというものを少し当たってみないと、今時点での設定はなかなか難しいが、ただ、手を休めるつもりはない。素地があるものとこれからというもの、その区分も念頭に置きながら考えたい。

(内閣府)

26 ページや 28 ページの疾病構造を見ると、糖尿病のほかに心疾患と脳血管疾患が大きい。糖尿病だけこのエビデンスがあって、ほかの 2 つにエビデンスがないことがいま一つ腑に落ちない。心疾患や脳血管疾患などの重症化予防のエビデンスが確立されていないというところがひっかかる。

(厚生労働省)

将来にわたってエビデンスが確立されないということではない。心疾患や脳血管疾患は、これが原因でここを直せばよくなるという因果関係を引っ張りにくいところがある。間に入ってくる因子がかなり多いためではないかと考える。この指針をつくる上で、心疾患や脳血管疾患も候補になり得る前提に検討したが、原因に直接アプローチをするもの、あるいは関連し合っているものなどクリアなものが今の段階ではまだ出ないので留保した。

もう一つの要素として、今は、レセプトのデータを使った分析に頼っているが、レセプトデータは傷病名がレセプトのベースになってしまうので、それをドクターや専門の先生方から見たときに、レセプトデータに寄りかかっただけの評価で果たして説得的なのかという話もある。

ステップ・バイ・ステップの中で、コンセンサスがあり、エビデンスがあ

り、だから横展開できる、だから指針に入れるといった議論の順番を経て、今に到達している。

(委員)

まず、基本的な問題として、医療費の地域差は各都道府県の努力の程度によって決まったことではない。例えば、ベッドをどのくらいつくってきたか、福祉政策がどうであったかといった自然要因の中で今の地域差が現象論としてあるので、それを都道府県の努力で縮めていくのは難しい。

結局、作用点をどうするかという話であるが、都道府県がやれることと保険者がやれることと医療関係者がやれることを分けてプログラムをつくっていかなければならない。例えば、ジェネリックの普及あるいは重複受診などは保険者が保険者機能として、被保険者の人に対してきちんとデータを通知すべきであり、医療関係者は質の高い医療を行うことで、例えば、糖尿病の管理をしっかりとやることでその後のいろいろな合併症を防げる。もし、不適切なコントロールによって、その後、いろいろな合併症が起こってくるのであれば、これは県の責任でもないし、保険者の責任でもないし、これは医療者の責任になるだろう。医療者が適切な医療をやっていくような指標をつくっていかないと、例えば糖尿病のようなものではうまくいかない。

急性期病院に入院している肺炎の患者さんの半分以上が誤嚥性肺炎である。誤嚥性肺炎は、既に要支援、要介護状態になっている方たちが起こすパターンが一番多い。これは嚥下に問題があるのであり、この多くは医療者の問題ではなく、介護の現場の問題である。介護の現場で、リスクがある人に対してきちんとした誤嚥性肺炎の予防をすることが効く。同じように、DPCを導入している急性期病院に入院している骨折の患者さんのほぼ6割が、手首の骨折と前腕骨折と大腿骨の近位骨折である、これはかなりの部分が高齢者の転倒による骨折である。転倒対策をちゃんとやっているか否か。これも介護によるところがかなり大きくなっていくということであり、要するに作用点を考えて、医療費の適正化の話をしななければならない。

肺炎を例にすると、肺炎球菌ワクチンの接種を市町村としてきちんと取り組んでいるところは肺炎の医療費が少ない。発生率も少なくなるし、発症してしまった場合も重症化が少ないので、肺炎球菌ワクチンを打った以上の倍ぐらいの削減効果があるので、そういうものを徐々に積み上げていくしかないと考える。

脳卒中と心疾患に関してもエビデンスがあり、脳卒中の場合には、ポピュレーションアプローチで集団として血圧をこのぐらい下げるとこのぐらい脳卒中が減るというデータがある。ポピュレーションアプローチで、適切な高

血圧の管理をどうやっているのか、減塩指導どうやっているのかなどを結びつけていけばよいと思われる。

今後、詰めていかなければならないのは、作用点で誰が何をいつまでにやるのかということを書き明かしていくことである。

医療費で注意しなければならないのは、例えば、糖尿病の医療費という形で出ているものは、いわゆる主傷病が糖尿病の医療費であって、糖尿病は全てに絡んでいる。糖尿病の患者は、がん、心疾患、脳血管障害、肺炎にもなりやすいので、糖尿病対策の効果はどう見ていくのか工夫が必要である。

医療費の問題で言うと、これはすごく難しい問題であるが、新規の抗がん剤あるいはリウマチなどを対象とした生物製剤の影響がすごく大きいので、それをどうコントロールしていくのかということも考えていかなければならない。

外来医療費の地域差の主たる原因は受療率である。受療率を抑えるということは、患者の受療行動を変えることになってくるが、患者の受療行動をどう変えていくのか、今、その枠組みがない。ヨーロッパであればいわゆるかかりつけ医制度のようなものがあり、例えばフランスであれば、かかりつけ医を通らないとどこの病院にもかかれないし、通らなかった場合には少し多く負担しなければいけないという制度を導入している。あるいは、アメリカのマネジドケアのような必ずかかりつけ医を通らないとどこの病院も行けない。このような仕組みは日本にはないので、そのところをどう制御するか。これは行政手法としてどういうものを考えるのかということになってくる。

入院医療について、恐らく急性期医療に関しては、今後落ちついていくだろう。問題は急性期以後をどうするかということで、その中で慢性期については、今、特別部会で議論されている新類型というものの議論が落ちつかないと、多分皆さんどこにも動けない状況である。いくつかの地方の県の地域医療構想の策定のお手伝いをしているが、慢性期をやっている医療機関の方に話を伺うと、特に地方では恐らく看護師が不足しているということと耐震対応ができないため、療養病床を閉めざるを得ない状況がすでに出てきている現状がある。しかし、その慢性期の先生たちは新類型がどういったものかきちんと明確に出てきたら、移ってもよいという気持ちを持っている。新類型の基準が出たところで、その数字をどのくらい各都道府県で積み上げるのか。新類型がないと慢性期の病床数が確定しないので特別部会での議論を待っている。ただ、今までにあるようないろいろなエビデンスを使って、個別疾患別の目標のようなものを、誰が何をやるのかということを書き明かすことはできると思うので、そういったものをベースにしてデータを積み上げていって、それをNDBなどのデータを使いながら見ていくしかない。

そういう意味で、現時点では半減をいつまでにやるということは書き込みにくい状況であると思う。

(委員)

医療費適正化は、供給サイドと需要サイドの両面がある。自然増という高齢化に伴う患者増は喫緊の課題である。糖尿病に限定するのかどうかは別として、重症化予防は関係者のコンセンサスを得る上でもよい取り組みである。

一方で、高齢化によって悪化する人がどんどん増えており、手厚い介入は現場でも普及すればするほど限界に達するのではないか。悪化する人をいかに減らすか。厚労科研においても、加齢に伴って悪化するスピードは、その集団のリスク者の割合と非常に相関が高い。つまり、肥満は伝染するという国際論文があるように、環境整備等によりどれだけ蛇口を閉められるのかということが大きな施策になる。

資料の4ページ目にある推計式からすると、4,000万人の特定健診対象者のうち、5%の方にしか介入できないということであり、残りの95%は健診を受けっ放しということである。重症化予防や特定保健指導は効果があることはわかっているが、その手前のこれから病気にさせないというところに施策が必要ではないか。ただ、特定保健指導でも参加者が少ないので、いわゆる日常生活の動線に乗せるという意味で、職場、学校、流通あるいは商店街、レストランなどあらゆるステークホルダーが、日常生活の中で健康を促す環境をつくっていく。職場も地域も悪化を防ぐという施策は、先ほど他の委員がおっしゃったまさにポピュレーションアプローチであり、ここの部分を組み込んでいくと、加齢に伴う自然増の進み方が随分変わってくるのではないかと期待している。

(委員)

保険者レベルでもう少しレセプトの内容を体系的かつ迅速にチェックできる仕組みをつくっていかないといけない。古いデータになるが、高齢者で上気道炎等により抗生物質が処方されている人の抗生物質の種類を見ると、日本の場合は7割以上が新薬であり、古い薬が余り使われていない。降圧剤も同じような状況であって、これは全部ガイドライン違反である。レセプトが電子化されているので、ガイドラインで示されている適切な医療行為が行われているがどうか、コンピューターで自動的にチェックできてしまう。アメリカでは、人工知能で、ロジックを使っておかしいレセプトを出して行って、医療者に対してコーションを出す仕組みを作っている。こういったことをやっていたいかなければならないと考えている。そこで上がってきたものをピアレ

ビューのようなものにきちんとかけていって、質の高い医療を行う体制を作ることによって医療費の適正化にもつながっていく。医療関係者としてもかなり納得のいくものになると思う。日本の場合には病院であれば99%、診療所も97%ぐらいでレセプトの電子化が進んでいるので技術的にはできる。まずモデル的なもので作業をやって、そこで上がってきたエビデンスをNDBでもう一回試すことができるので、保険者レベルから削減、適正化効果のエビデンスが積み上げられる。どこかモデル的な保険者でよいので、そういうものを分析する仕組みをどこかの段階で入れていただくと、適正化の議論も前に進むのではないか。一応、国のアジェンダの中にはAIの活用も立っている。早急に進めるべきである。

(2) KPIの定義の明確化について

厚生労働省から資料2-2を説明。以下、主な意見。

(委員)

資料2-2の3ページの1人当たり医療費の地域差に関して、医療費適正化計画の基本方針で、入院医療費は患者数の見込みで推計するというご説明であった。この場合、1人当たり入院医療費の地域差をどう是正しようとしていると考えればよろしいか。骨太方針2015で書いてあるのは、あくまでも医療費全体の地域差是正であり、つまり入院と入院外と合わせた地域差是正である。地域によって入院の問題が大きいケースもあれば、入院外による問題が大きいケースもあるかもしれない。病床の再編は地域医療構想を通じて行われるので、1人当たり入院医療費の地域差は見えにくいということになるのか。そうだとすると、骨太方針に書いてある1人当たり医療費の差の半減は、実際のところは外来医療費ベースでだけ進捗を見ていくということをおっしゃっているのか。

(厚生労働省)

資料は、医療費適正化基本方針の中での扱いについてそれを淡々と整理したものである。病床は、医療法の世界の中で別途やっていることではあるので、そういった成果をどのように取り扱われるかについて御判断はあると思われるが、費用だけで追いかける方針であれば、外来医療費が中心となるのではないか。

(委員)

この点については、今後のWGで議論をする必要がある。

(内閣府)

資料に医療は平均との差とあり、介護は中央値の差とあるが、平均値と中央値はどう違うのか。

(厚生労働省)

それぞれ一番よい方法を検討した結果であり、絶対に医療であれば平均値、介護であれば中央値にしなければならないわけではない。介護の地域差で中央値と考えたのは、普通は平均値の方がイメージとして湧きやすいと思うが、例えば、特定の都道府県が極端に高い介護費や要介護率を示したときに、平均値はその県に引かれて上がってしまう。そうすると、平均値からの乖離と考えたときに、極端に高い都道府県があったことによって平均値が高くなり、それを上回るターゲットの県が10県しかなかったりすると効果が薄くなる。中央値であれば、突出して高いところや低いところがあったりしても、その影響を受けずに47県あれば上位23県、24県がKPIのターゲットになるので中央値のほうが安定的に測定できると思われる。

(委員)

介護費の地域差に関し、施設、居住系、在宅のそれぞれはあくまで参考値で、基本的には合計で進捗を測るという説明があった。地域によっていろいろ事情が異なり、考え方の違いもあるということは理解する。ただ、公的保険でやっている以上は、内訳のそれぞれについて、より上手くやっている地域があるにもかかわらず、それより高くても問題ないと言ってしまうことは本来は問題ではないか。つまり、それぞれの内訳において地域差を是正できれば、合計ではより是正が進む。資料でわざわざ「これらはあくまで参考値」という書き方をすると、地域差があっても問題にしないというテイストを感じてしまう。どれぐらいの進捗を求めるのかということはあるかもしれないし、施設と在宅のポートフォリオが地域によって違うことはわかるが、それぞれにおいて1人当たり給付費が違ってよいということまでロジックとして言えるのか。

(委員)

要介護度別認定率の地域差はこれから大事になってくる。設計思想としては、介護になってしまった高齢者一人一人への支援と並行して、地域、住民として自立を促すことが大事だと考える。先程、他の委員がおっしゃったとおり、施策のポートフォリオは厚労省らしくよいが、介護職員に限界もある

ので、例えば地域として農協、商店街、老人クラブなどの方々が支えていくような、その地域の特徴に応じた施策が大事である。

もう一つ、薬局ビジョンについて、これは患者が重症化しない服薬管理等ができるといった要素が大事だと思うが、この「発揮できる薬剤師を配置している薬局数」をどのような形でモニタリングするのか。

（厚生労働省）

薬局ビジョンでは、かかりつけ薬剤師・薬局に求められる機能として、複数の医療機関にかかっているケースや長期間にわたってさまざまな医療機関にかかっている場合に、患者が服用する薬について、一元的・継続的にその服薬状況の管理を行うことや、在宅も含めた対応ができる体制をとること、24時間の対応も含めて関連医療機関等との連携を地域の中で行うことが大切であるとまとめている。今、申し上げたようなことについて、数値にして確実に把握していくことは少々難しい。KPIとして継続的に把握していくためには、追跡可能な数字である必要もある。この分野においては、これらの実践がうまくいっている地域も限られているが、その中から実践事例を踏まえてどのようなデータが適当か検討してまいりたい。

（委員）

薬局に関して、レセプトで把握できる指標がすでにある。SCRという指標をつくっており、在宅で実施する訪問薬剤指導のようなものを係数化し指標化している。そういうものも活用していただきたい。ただ、一つ問題があり、訪問薬剤の指導を医療レセプトでとって、実は介護の居宅療養管理指導で行っている場合は、介護の方が優先され、医療で挙がってこない。この薬剤師の在宅での指導やかかりつけ薬剤師としての機能は、医療と介護を合わせないと見えない部分があるので、両方のデータを組み合わせて分析できるような枠組みをつくっていただけるとよい。

また、介護に関しては「見える化」プロジェクトが進んでいるので、それを活用し、徹底的に見せてしまう。居宅なのか、在宅なのか、施設なのかということは結構大事であり、施設では、上限額いっぱいみんな使ってしまうが、在宅では半分ぐらいである。同じくらいの状態像、要介護度別に居住系、施設系、在宅の使用割合がどうなっているのか地域差をきちんと出した方がよい。できれば、保険者レベルでそれをケアマネジャーの事業所ごとに出せるとよい。言い過ぎかもしれないが、給付管理しかやっていないケアマネジャーが多過ぎるという印象がある。そういうことに対して見られていることがわかればケアマネジャーは行動を変えていき、適正化につながっていくと

思うので、今ある仕組みをきちんと使っていただくことが大事である。

加えて、介護予防事業の効果について大きなレベルできちんと検証されていない。介護予防にきちんと参加した方々は、その後介護保険を余り使わない。介護保険を使わないだけでなく、医療も余り使わない。入院、入所、通所リハのようなものが減る。基本チェックリストのデータを一度検証していただきたい。介護予防に参加した人がその後介護保険をどう使っているのかというデータが、少なくとも10年分ぐらいはとれる。

もう一つ、所得階層によって介護保険の使い方、使っているサービスも違うので一度分析していただきたい。基礎年金しかもらっていない人、厚生年金までもらっている人、生活保護を受給している人で使っている内容が違う。この後、団塊の世代が介護保険を使用するようになると、その団塊の世代の人たちの年金の種類によってかなり使うサービス量が変わってくる可能性があるので、そういうことも分析をされて適正化の話もしていった方がよいのではないか。

地域差について、介護の場合は限度額があるので、中央値でやっても平均値でやってもそれほど大きく変わらない。むしろ医療の方が市町村単位で見ると大きく差が出てしまうので、平均値よりは中央値のほうがもしかしたらよいかもしれない。

(委員)

今日の参考資料を含めた一連の資料もそうであるが、「かかりつけ医」もしくは「かかりつけ医師」という言葉がいろいろなところに出てくるようになってきている。例えば、保険者機能の強化に関する評価指標において、かかりつけ医師と連携している保険者を評価していくと例示されている。そもそも日本健康会議の宣言の中にも「かかりつけ医」という言葉があって、呉モデルのような取組みを増やしていくことが進められている。今日、ご説明があった医療費適正化計画の推計式でも、投薬の適正化の部分でかかりつけ医の役割の発揮が期待されている。

かかりつけ医の機能への期待が高まっている一方、かかりつけ医の普及の観点からの受診時定額負担の話になると、「かかりつけ医」の定義が難しいという話になりがちである。「かかりつけ医」が関係する取組みは、保険財政上の話だけではなく、人々のQOLや社会全体の効率性を高める観点から重要度がますます増してきていると思う。ぜひそういう問題意識を持ちながら、受診時定額負担の議論も含めて、「かかりつけ医」の概念の整理、明確化を進めていただけると非常に有難い。

(厚生労働省)

施策の面に出てくる様々な医療の在り方の話の中で出てくる「かかりつけ医」は、制度上かっちりしたものというよりは、できるだけ患者の立場に立って、患者のトータルの健康状態をできるだけまとめて総合的に見られる医者、薬剤師あるいは薬局というイメージで使われているケースが多い。複数の医師にかかっていると、専門職たる医療関係の先生方にとっても患者の全体の健康状態を見たことにならないのかもしれない、患者にとってもご自身の全体像をきちんとお伝えできていないのかもしれないというところから来ている。原点は、医療関係者は患者の最善のために尽くすということ。費用負担の話がそこに直結するものなのかどうかという話は、また別の議論があると考えます。

(委員)

「かかりつけ医」の定義がどの程度かっちりしたものであるべきかは、ケース・バイ・ケースであろうし、分野によって少しずつ違うということはある。しかし、保険者を評価する指標などで使うのであれば、それなりに定義していないと政策は回らないのではないかと。言葉の意味はできるだけ明確に提示していただいた上で議論をした方が、理解が共有され建設的である。

(委員)

多くの高齢者の方は、内科であれば1カ所の診療所で受診するが、その後、整形外科、眼科、皮膚科と4点、5点セットでかかるいわゆる多科診療になっている。それが今度は頻回受診になってくる。日本は専門別に診療科別に開業されていて、海外のような総合医がまず診る形になっていないので、このコントロールをする方法がない。フリーアクセスが保証されている。この多科受診の問題と頻回受診の問題を分けて考えていかなければならない。多科受診のコントロールはなかなか難しいが、頻回受診はある程度コントロールできると思うのでこの2つを分けてデータをつくっていただいて問題点の整理をしていただくとよい。

起こりやすい事例として、かゆいのでとにかく薬をくれということが結構多いが、その辺の診療行為の内容も踏まえて、適切な受診というのは何か、頻回受診を抑えていく。その後、その流れの中で、もし、総合診療医のようなものをつくるのであれば、フランスやイギリスのような多科受診をコントロールするような仕組みをどうつくっていくのか、そういった議論の流れになっていくと思われる。医療費に対する効果としては、頻回受診を抑えるほうがよい。

(委員)

資料1の10ページの平成26年度の特定保健指導の実施率は17.8%であり、非日常の事柄はなかなか100%にならない。特定健診を毎年受けている人は限られている。自営業あるいは退職者の方々に非日常的なことはなかなか徹底できないが、むしろ退職者や高齢者を含めて考えたときに、かかりつけ医にかかることの方が日常であり、かかりつけ医に予防・健康づくりの起点になっていただく、そのような意識を持っていただくべきではないか。