

平成29年度 山形県長寿医療懇談会 会議録

開催日時：平成29年12月1日（金）午後1時30分～午後3時30分

開催場所：山形県国保会館201会議室

【出席委員】（会長）是川晴彦 久連山良夫 多田敏彦 村山敏明
庄司佳都子 菅原京子 加藤信彌 小宮山亮

【事務局】 事務局長 事務局次長 事業課長 総務係長
企画財政係長 資格管理係長 給付係長
企画財政係主事 給付係主査

懇 談

－事務局より説明－

（1）平成28年度後期高齢者医療制度運営状況等について

－事務局説明後、委員による意見交換－

【会長】 それでは、委員の皆様からご意見頂戴したいと存じます。ご意見ご質問等ございましたらどうぞお伺いしたいと思います。

【委員】 10ページですけれども、10ページには短期被保険者証の交付状況がありますが、その中で、市町村によって、ずいぶん増減が違いますね。この下に書いてありますように、この短期被保険者証の判定については、納付相談とか指導とかいったものが入っていると聞いておりますが、何か判定基準みたいな一定のものが広域連合さんの方で持ってらっしゃるのか、市町村にお任せをして発行していいかどうかということを決められているか、その辺をお伺いしたいと思います。

【事務局】 はい、お答え申し上げます。保険料の収納に関する事につきましては、広域連合と市町村の方で役割分担をしております、市町村に担当していただいております。その基準というのは明確にはございませんが、それぞれの市町村によって対応して頂いている状況で、このようなバラつきがあるのかなと思っておりますが、やはり、各市町村におかれましても、その他の税金もございますので、それと合わせての収納ということがございまして、後期高齢者は特別徴収がかなり多いわけですけれども、要するに普通徴収の方につきましては、上位となる税金がだんだんとつけられていて、後期の方は下の方になっていると思われまして、そういった関係で

市町村の対応も様々だとは思いますが、頑張って頂いていると思いますが、若干手薄になっているのかなど。そういった関係でこのような状況にはなっていると思いますが、これは6月時点での数字でございますので、それはだんだんと少なくなってきているのが、これまでの状況でございます。

【委員】 資料1-1の18ページ、地区別健康診査の受診者割合の所で、庄内地区が30%を超えるとあります。他の地区と比べるとだいぶ違いがあるなど、びっくりしました。これを見ながら、資料1-2の2ページを見ていただくと、確かに三川町は診療費が高いですけども、庄内地区は若干診療費が安いのかなど見受けました。明確な違いが数字で見えるのか、こういう所をもうちょっとアピールしていただければ、数字の意味がまた違ってくるのかなどと思います。つまり資料の見せ方ですね、地域毎というよりも市町村の名前がいっぱい出ていて、ちょっと見づらいのかなど。見方を教えていただければわかりやすくなるのかなど。

あと、診療費が高いこの赤いところですよ。三川と米沢と高畠です。3か所あるんですけども、これもまたどういう理由で高くなっているのかなどという所を教えていただければいいかなと思います。

それと、もう1点。資料の1-2の6ページ辺りです。山形県は後期高齢者の医療費が以前から安いんですね。下から数えて4番目から7番目辺りですかね。今回もそういう資料が載っています。また、健康寿命はいいところにありますね。だから非常に効率的な医療を行っていると思います。結構すごい県だと私は前かららんでおります。だから山形県全体で、もうちょっとこれをアピールしてもいいかなと思います。お金の点も大事なんですけども健康寿命がいいというのは、とても胸を張れるのでいいかなと思っております。

あとですね、ついでに言えば、病院の数、病床数の数が、資料1-2の4ページに細かい数字がいっぱい出てきます。これも山形県というのは面白いのです。病床数のうち47%、概ね半分は公立病院が持っています。日本でトップです。この病床数のうち半分近くを公立病院、つまり町立病院、市立病院、県立病院が持っているというところが非常に稀有な県ですよ。公の所が病床をいっぱい持っているとおそらくこういうことが起きるのではないかと、山形県は自治体が医療を支えているという所をしっかりとアピールしていただくと、また別な目線が出てくるのかなどと思います。資料の見せ方をよろしく願いいたします。

この資料には非常にたくさん重要なデータが埋もれています。この会議、去年から出席させて頂いておりますが、すごい資料だなと思っております。山形県の後期高齢者は2025年、40年になっても増えません。ほぼ高齢者トップの県ですからね。今から高齢者も減ってくると財務省がらんでいるのは2040年ですね。2025年問題はクリアとみて、団塊のジュニアが60歳になる2040年。それから5年間位見ているのが財務省です。我々も先を見据えて進めばいいかなと思っております。非常に楽しい資料です。もうちょっと面白い見せ方をすればいいかなと思っております。よろしく願いいたします。ありがとうございました。

【事務局】 貴重な意見ありがとうございました。5点ほどあったと思うのですが、わかるところだけ申し上げさせていただきたいと思っております。

まず、資料1-1の18ページの地区別の受診率ですが、庄内の方が高いという事につきまし

ては、健康診査につきましては、広域連合と市町村の方で契約をいたしまして、市町村の方が主体的にやっけて頂いているというのがこれまででございまして、各市町村の健診のやり方がこういう結果に出て来ているのではないかなということで、特に庄内地区の場合ですと個別のパーセントが高いということが挙げられております。それからある地域によりますと、健康推進委員という要するに町内会であるとかそういった方々が声を掛けて頂いて健診を受けましょうという推進制度を使っているということでパーセントが伸びてきているのではないかなと思われまます。このような良い事例につきましては、各 35 市町村の方に情報提供をさせていただいております。

資料 1-2 のマップでございまして、この赤いところということで、ちょっと見させて頂きますと、1 人当たりの入院費が高いところが、この 3 つでございました。1 番目が高島町で 1 人当たりの入院費が 46 万 4 千円、2 番目が三川町で 46 万円、3 番目が米沢市で 44 万 6 千円、という事で入院がやはり医療費の半分以上を使っていると思うのですが、その辺の影響かなと思っております。

それから健康寿命の話が出ました。この表で見ましても平均寿命から健康寿命平均を差引きますと全国平均が 10.713、山形県が 10.313 ということで、平均寿命の一番短い青森県については 9.333 ということで、病気の期間というか健康で無い期間が青森県の場合は短いという皮肉な結果が出ている訳でございまして、その因果関係というのは色々あるかと思いますが、やはり平均寿命と健康寿命の差を小さくしていくということが我々保険者としても必要だなと考えておりますし、そのために医療の適正化をはじめとして、いろんな健康診断を受けましょう、歯周疾患検診を受けましょうという働きかけをもっと強くして行かなければならないのかなと思っております。

あと、病床数、病院の関係につきましては、県の方で次期医療計画等も策定されておりますので、その辺につきましてはそれに従った医療費の指数ということになるかと思いたすけども、何よりもやはり重症化にならないようにして行きたいということで、75 歳になってから始めても遅いということもございまして、35 市町村と連携を取りながら前期高齢者の皆さんの健康にも周知できるような広報活動で、後期高齢者になってからはより今の健康状態を保持出来るようなものにして行きたいなと今考えているところでございます。

以上でございまして。

【委員】 貴重なご意見ありがとうございました。もう 1 点だけちょっと深掘りさせていただきます。

資料 1-2 の 1 ページですね。医科入院の市町村毎の 1 人当たりの医療費、入院費が記載されております。例えば、朝日町、西川町をご覧頂くと、ここは山形県でも後期高齢者地域 1、2 で、非常に高齢者が多いところでございます。そこで 16、32 番目ということで 35 万とか 28 万とか数字が出てくるわけですが、ところが高島は 46 万。結構数字見るとすごいですよね。となつて来ると、1 位、2 位、3 位の金額の中身ってレセプト等々でわかるのではないかなと思いたす。何が理由で上がっているのか、いつかまた教えていただくと参考になるかなと思いたすので、何が医療費を押し上げたのかをお願いします。

【事務局】 まず、先ほど病院診療所数ということもあろうかと思いたすけども、例えば高島町さんだとす

ると、近くに精神科の病院があり、金額の張るような病気にかかった場合、近くにそういったお医者さんがありますとそちらに治療に行くという事もあります、ただ単に病院診療所数が多いからどうなのかなということではいるのですが、全てが全て当てはまらなかったのもっと他の要因があるのではないかということではいろんな見方をさせていただいたのですが、ちょっともう少し、まだこうだということにはならないものですから、今後のいろんな数字を用いて研究してみたいなと思っております。

【委員】 レセプトの中身は見られますか。

【事務局】 専門的な、1人1人ということでは分かるわけですが、全体となりますとかなりの数もございますので、その辺については、後で話が出るかと思っておりますけれども、レセプトデータ分析の方でその辺はカバー出来ればと思っております。今日の最後の所でその辺出てくるかと思っておりますけれども、ある程度傾向は出来ているかと思っております。市町村別のデータも取るように出来るようにしておりますので、その辺は今後、色々と分析してみたいと考えております。

【委員】 よろしくをお願いします。

【会長】 今日は、議題が非常に多くなっているところでございます。もし、御意見があればまたお聞きしますので、もし、よろしければ次の説明に入りたいと思います。

(2) 次期特定期間（平成 30・31 年度）の保険料率算定について

—事務局説明後、委員による意見交換—

【会長】 ありがとうございます。それでは、委員の皆様からご意見を賜りたいと思います。いかかでしょうか。あのような基準に基づいて計算して行くという説明でございます。現状がどういったところからの財政的な負担で成立しているかという現状を把握していただくということですね。

それではお願いします。

【委員】 説明していただきどうもありがとうございました。最初に見せていただいたパンフレットですが、住民の方々からすると、このような案内を見て理解するというのはとても大切な事だと思います。以前この会に参加させていただいていた時の物と比べてだいぶ色合いが見やすくなったと思いました。以前、ちょっと白地でなかった部分があったかと思っております。そのことについて一度この会で意見を言ったことを記憶しております。いずれにいたしましても、見やすさという事が大切ですし、ご家族の方がご覧になるにはとてもいいと思います。後期高齢者の方自身をご覧になるので、文字の大きさですとか、現段階でもだいぶ見やすくなったのですが、より色々と工夫をされることを期待しております。

【事務局】 このパンフレット作製につきましては、来年度分についても既にその作業を始めており

まして、特に窓口であります市町村の方々につきましては、被保険者と直接顔を合わせて対応するものでございますので、市町村からの意見は凄く参考にさせていただいておりますので、益々見やすい物にしていきたいと考えております。どうもありがとうございます。

【会長】 ご意見については、また資料をご覧頂いて、また後でお聞きしたいと思いますので。それではここで10分間の休憩をとらせていただきたいと思います。

(3) 第3次広域計画について

—事務局説明後、委員による意見交換—

【会長】 第3次広域計画案の概要について、現状の課題、方向性等についてご説明いただきましたが、委員の皆様からご意見等ございますか。

【委員】 計画づくりご苦労様でございます。趣旨とか課題とかいう内容の所でなくて大変恐縮ですが、最後の方の計画期間でございますが、これは高確法か何かで定まっていることになりそうですでしょうか。というのは、平成30年度からの計画ものとして、今、県の方でも何本か保健医療計画をはじめ、計画を作っている最中でございます。それで、スタートが30年度からと偶然にも揃うものが多いので、国の方でも今まで5年だ6年だというスパンがバラバラだったものを3の倍数、3年か6年かでまわして行きましょうという事で号令がかかっているものが多いのですが、この計画があえて5年というのは、そこら辺との関連はどうなっているのかとちょっと思ったのですけども。

【事務局】 ありがとうございます。まず、最初の質問ですが、高確法との関連でございますが、この計画期間につきましては、高確法では定めておりません。あくまでも計画策定主体の任意にされているところでございます。広域連合の中でもいろいろと議論があったところでございますが、今、県の方もしくは国の方で各種計画の整合性という事かと思われれます。まずは、広域連合の方では、5年というスパンの中でも、本会の中でも書いてありますけども、後期連合長が認めた場合、議会の議決を得た時点での修正を行っていくと、つまり柔軟に対応して行きたいと現時点では考えているところでございます。ただ、まだこれは成案ではございませんので、今の御意見を受けながら再度内部で検討させていただけたらと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

【委員】 ありがとうございます。

【会長】 他に、委員の皆様からご意見ございますか。

【委員】 施策の方向性の①項目でございますが、事務処理の適正化とあり、抽象的な事は書かれているのですけども、要するに事務処理の生産性の向上だと思えます。具体的にはどのような事を考えていらっしゃるのかお聞きしたいと思います。

【事務局】 先ほども申しあげました通り、当計画といいますのが、この広域連合の方向性という一番大きな部分を定めるということで考えているところでございます。今、ご質問頂きました具体的な各種いろんな取り組み、これらについては、今後、実施計画やさらなる事業の取り組みのなかで細かく定めて行きたいと考えておりますが、ただここにも書いてあります通り、まず、我々が適正且つ的確な事務処理を行うために資質向上を行っていく、さらには当然連携を取った市町村との一体的な歩みを進める、また、我々の方では今多大な膨大な個人資料の個人情報を抱えております。こちらの方の情報漏えい等のリスク対策を進めて行くという方向性を今の所考えております。で、具体的な取り組みについては、また再度、細部に渡って検討、実施して行くと考えております。よろしいでしょうか。

【会長】 最上位計画であるので、まず基本的な方向性をここで定めておいて、細部に渡っては実施計画を練っていくという事ですね。

他に委員の皆さまからありますか。2の現状の課題については、①から⑤というのは、いろいろなデータ等から抽出した課題という事なのでしょうか。

【事務局】 今まさに会長がおっしゃられました通り、様々なデータ、こちらにも現状という形でテーマをいくつか説明させていただきましたが、その他に口頭で申しあげました現在の広域連合の運営状況でありますとか、様々なデータを分析させていただきながら、これら5つの課題を抽出いただいたということです。

【会長】 それで市町村との役割分担ということでは本編の方で、それぞれこの部分についてはこういうふうに分けて行く、と具体的に記載していただいたということですね。

【事務局】 はい。市町村の役割分担につきましては、実は何度か市町村の課長レベルでの会議を踏まえましてこの計画案を示しながら、ご意見を賜ったところでございます。その中でお互いの打ち合わせをしたとご理解いただきたいと思います。

【会長】 はい。ありがとうございます。

【委員】 マイナンバー制度の導入というのは広域連合さんの方では、何か情報を得てらっしゃるのですか。マイナンバー制度を後期高齢者の方に適用するとなりますと、さっき言ったとおり膨大な資料になると、情報漏えいのリスクもあるという話ですけども、何か情報あったら教えてください。

【事務局】 マイナンバーにつきましては、平成28年の1月から広域連合でも市町村から情報を貰って登録事項という事にしておりまして、今年の7月から情報連携という事で、厚生労働省の中間サーバーの方にデータの方を送信しております。

【会長】 よろしいですか。

【委員】 はい。

【委員】 概要の所での基本方針の事です。第2次広域計画が今手元に無くよく詳しくわからないので教えていただきたいのですが、基本方針の部分で第2次との変更点と言いますか、この計画の方針の特徴点はどこなのか教えていただければと思います。第2次と比べてどうなのか、基本方針がほぼ同じ方向性なのか、それとも変わっているのか、まったく新しい観点で作られたのかという事を教えてください。

【事務局】 ご質問ありがとうございます。本日資料としてお示ししておらなかったのですが、第2次広域計画これと今回の計画との大きな相違点という事かと思われま。

大きな相違点、まず1つ目は実は先に質問のありました個人情報漏えい等に対するリスクというのが急激に今高まって来ております。それに対して広域連合として前向きに対応して行く為には、一番根幹であるこの計画に位置付けして行く必要があると考えたところでありま。あと、冒頭にも申し上げましたが、実は後期高齢者医療制度というものが、平成24年民主党政権のもとで一度廃止が検討されたという経過がございます。それを受けて第2次計画が策定されておりましたが、丁度時期を同じくして策定されておりましたが、そのため冒頭に委員からも質問があった計画期間、これを制度終了までと非常に分かりづらい長いスパンで明記しておったところですから、これを時点での修正も可能なような、更には時代の変化に可能なような計画期間にしたところがございます。

計画全体につきましては当然、行政の継続性、安定的な継続性が求められますので、第2次計画を踏襲しているものをご理解いただければ、結構かと思いま。よろしくお願いま。

【委員】 はい。ありがとうございます。

【委員】 先ほどマイナンバーの話がありましたが、基本的に我々医療機関に患者さんは、マイナンバーを持ってこないのですが、どのように紐付けしているのかを教えてください。

【事務局】 マイナンバーですが、マイナンバーそのものを使うのではなくて、それぞれ管轄の官庁のサーバーの方で、例えば厚労省の今回の医療保険者であれば被保険者枝番をつけまして、それをもって紐付といった形をとっております。

【委員】 中央の方でやっているということですか。

【事務局】 はい、中央の方でやっております。

【委員】 わかりました。

(4) 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）について

—事務局説明後、委員による意見交換—

【会長】ありがとうございます。では、委員の皆さまからご質問等ございますか。

【委員】3ページの受診・投薬の状況についてという所の説明で、重複の投薬等については、訪問指導を実施しておりますというような説明があったと思いますけども、これはどういう機関のどういう方が、訪問しているのでしょうか。このあたりをちょっと教えて貰えればと思います。

【事務局】お答えいたします。重複投薬の訪問指導につきましては、まだ、広域連合としては現在対応が出来ていないという状況です。頻回受診につきましては、訪問して対象者を設定しまして指導しておりますが、重複投薬につきましては、いわゆるポリファーマシーという部分でございまして、今後の事業の展開の中で、こちらについて対応をしていくということでございます。頻回受診の訪問指導については市町村の保健師さんが実施をしているという事でございます。

【委員】重複というか、多剤を服用投与されている患者さんですね。生活習慣病、資料の2ページですか、2つ3つと合併してくると、増えてくるというのは凄く理解します。

ただ、病院を運営している長として全体を見ますと、診療所の先生方、歯科の先生方含めてなんですけども、そういう先生方と一緒に話をすると、やっぱり診療所の先生方にしてみれば多剤であることをいくら分かっている手の出しようがないです。例えば自分が消化器の先生だとして、そこに自分の患者さんが皮膚科に行ったり、眼科、耳鼻科、脳外科にいたりといろんなところをまわって、挙句の果てに自分の所に来て、それだけで6種類7種類という話になっているわけですね。その後、また面倒見ると、また種類が増えていきます。ここを抑えるには、保健師さんがいくらでも駄目だと思います。効果ありません。保健師さんや薬剤師さんが入ったとして、患者さん本人を色々指導したって駄目ですよ。処方する医師を何とかしないと駄目です。

という事で、自分が病院の長なものですから、隗より始めてみようとすることを実践して2年が経ちます。何をを行ったかという、地区医師会の先生方とお話をして、地区医師会の先生方に現状を伝えたわけです。入院する時に入院前に服用している薬を把握するようにしました。そして、可能な限り減らすよう、医療安全の観点から主治医にお願いしました。

印象深い事例があります。28種類服用されていた患者さんが入院してきました。救急車で意識不明で緊急入院となりました。意識不明では薬を飲めません。薬を飲まなかったら、意識が出てきました。結局、原因はやっぱり薬じゃないかという事になりました。この方は結局、うちの病院で薬剤を整理し、28種類を4剤にして施設にお返しをしました。この前ちょっと心配なので電話して確認したところ、存命でした。元気になって意識不明ではございません。

薬が減るといいことがいっぱいあるじゃないですか。面倒臭い薬管理が不要になり、お金もかからないし。私どもは「薬飲む暇と元気があったらご飯を食べよう」と指導しています。こういった県民の意識改革こそやっぱり大事だと思います。まず隗より始めろということで、西

村山地区、北村山地区、天童地区の医師会の先生方と話し合いをして、河北病院で始めました。2年間取り組んで累積の薬剤量約5,600錠が、2,800錠、つまり53%まで減っています。地区の先生方は非常に協力的です。お薬が減った患者さんがまた入院した時にはまた減らしますから、いずれ減って行くのではないかと思います。これをやらない限り絶対駄目ですね。だから無駄だとは言いませんけども、余計なところをやるのではなくて要諦を抑えることが大事です。手間がかかりますが、すごく効果的でしたね。ちょっとご紹介までに。以上です。

【事務局】ありがとうございます。私共にとりましても大変有意義な話でございまして。今おっしゃっていただいた中身につきましては、現在厚労省の方でポリファーマシー対策として、いわゆる多剤処方への対応という事で検討が進められておりまして、私共で把握している情報ですと、被保険者の持っているお薬手帳をしっかりと管理して有効活用出来ないかという所、そちらを私ども行政ですので保健師さんですとか薬剤師さんが、いわゆる一元化というニュアンスで、お薬手帳をいろんな病院から高齢者ですと何冊も持っている状況があるので、それを何とか一元化して管理して、それを逆に、今、先生おっしゃったように医療機関の方にフィードバックして行くという事で、医療機関で処方している薬剤数をまとめていただくというような流れで話が進んでいると聞いております。それで、先ほどの私共の方で、重複・頻回の対応を検討しているというのはまさにそこでございまして、それを受けて保険者としてどういった保健事業が展開していけるのかということを考えているところでございまして、現在は、レセプトデータ分析の中で重複投薬の状況等は数値として把握しておいて、国の指針が定まりましたら、こちらの保健事業として何らかの手を打てないかという事は考えて行きたいと思っています。

【委員】いろんな施策をタイアップしてやるというのは大事ですよ。今のは心強く感じました。よろしく願います。病院も困っています。よろしく願います。

【会長】それぞれの先生の所に来た時に、ここだったらこれを見てお薬を出しているけど、いろいろ全てのお医者さんで頂いているのを出すと何種類にもなってしまいますよね。その時、こんなふうに薬を他のところで頂いていますと言えればいいけども、それがないと今言ったような問題になって来ると。それが一括的な管理ができるようになればいいんですけどね。

【委員】それは非常に助かります。

【会長】助かりますよね。他に何かございせんか。先ほど、米沢が多いと話を頂いた時に、今の3ページの所の医療費という所を見ますと、米沢市の所のレセプト件数とか医療費の比率というのはちょっと高くなっているのですが、この辺もちょっと影響しているということなのでしょうね。ただ何故、高額療養費が米沢市で多いのかってというのは、これだけではわかりにくい。たまたまそういう人が多かったのか、あるいは、そういうのが実施しやすい状況にあるのかは、ちょっとそこまでは数字は難しいのでしょうかね。

【事務局】米沢市が多いというのは、やはり先ほど話があったように入院費が高くなっているところ

が大きいですが、視点を変えて行きますと、実は医療費が少ないのは地域がはっきりしておりまして、最上地区でありますとか、西村山地区より西の方、朝日町、西川町などは全体的に低くなっているという事で、ここがやっぱりポイントなのかなと。最上地区にはいわゆる基幹病院が大きな病院が県立新庄病院しかございませんので、結果的に医療に掛かる機会、そういった総合病院を受診する機会という部分において、高いところは触れる機会が多いけども、最上地区などについては全般的に低いので、これはやっぱり医療機関の数、あとは診療を受けられる内容という所が、結構影響してきているのではないかなと思ってきております。あとは先ほど言ったように、呼吸器系の疾患でありますとか特定の診療科により多くなっている傾向がありますので、これは受けられる病院の評判でありますとか優遇なども多少は影響してきているという点ですね。

【会長】 他にございませんか。今日のご説明いただく項目が 4 項目に渡り広がったのですが、全体としてまた確認したいことやご意見がございましたら出して頂いて結構です。

【委員】 日本の医療機関は、先ほどおっしゃって下さったのですが、やはりドクターにかかっていると私は思っています。やっぱり処方するのもドクターだし、お薬の数を減らすも増やすもドクターなので。患者さんが、このお薬を飲んでふらふらすると言った際に、「じゃあこの薬を減らしましょうね」と先生が言って下さると薬も減るのですが、聞いてくれないというのがあるんですよね。お薬もずっと同じですし、私も量が多いなと思うのですが、その方がこの間具合悪くなって病院に行ったら、このお薬は多過ぎますよということで、それを先生に言いましたら、「君が寝られないというから出したんだよ」と言っていました。もう少し私としても薬を整理していただくと、患者さんにとって負担も少なくなるのにといいはあります。

今は凄くいい時代になっているなと思います。処方箋も一般名で書いて下さるので私達としても助かります。ただ、そもそもジェネリックであるにもかかわらず、ジェネリックにチェックされると困りますね。ジェネリックなのに何でチェックされなきゃならないんでしょうか。先発商品でこれは変えないでくださいねと言うのは解りますけども、ジェネリックにチェックされるドクターもいらっしゃいます。そこら辺のドクターの意識改革もよろしく願います。

【委員】 1つの病院で出来るものでもないのです。地区の医師会の先生方と何度も話し合いしてやっているのですよ。その中でうまくいったかなと思う事案を提案させていただきました。やはり基本は医薬分業です。薬剤師さんがしっかり 6 年間勉強した免許を持った先生方がいらっしゃるわけですよ、薬の専門家が。そういう方がしっかりと患者さんを正面から受け止めていただきたい。

【委員】 これからはお一人様高齢者が増えますので、病院に行こうたって、診療所に行こうたってそう簡単には行けません。そういった時には、薬剤師さんにお宅訪問、歯科医師の先生もお宅訪問していただく。今からはこれですね。今私どもの病院では、両方やってもらっています。薬剤師さんをお願いして、退院直後の患者さん宅に行ってもらっています。それで服薬指導等々面倒臭い説明はお宅でやっていただいております。家族の方は、退院時は退院の準備で忙しいです。

荷物を持ちたり車の手配をしたりで、誰も薬の話など聞いていません。ですので、薬剤師の先生におうちに行ってもらって、お茶飲みながらやると、お宅でゆっくり薬剤師さんと相談できるわけです。すると薬剤師さんの方から患者さんとお宅でお話した内容を医療機関にお伝えしていただけるわけです。

【会長】 後期高齢者ですと、今度、ちゃんと投薬された薬をその通りに飲めるかどうかという問題もあって。私、結構親で苦労しています。飲まないのも良くない、逆に飲み過ぎても良くないし。ここは、ヘルパーさんが袋に入れて、1つ1つ何月何日と書いてくれましたが、それも守れるかってホントにチェックして行かないと難しいという所があって。入院しているいろんなところに行くと、そこはやっぱり強制力が働きますから。本当に色々な立場の方が一体化してチームプレイをやっていくという事が大切だし、そこで元気になれば医療費の抑制に繋がる可能性も出てくるという事なのかなとちょっと感じる場所がございます。お金から入っちゃ駄目ですよ。考え方、機能とかそういったところから入らないと納得が進まないかなと思ってですね。時間かかりますけれども。

【委員】 窓口で感じる事なのですが、糖尿の患者さんって、長期投与よりも、きちつきちつと1か月で区切った方が悪くならないような気がしますね。それでやっぱり医者に行くとすると患者さん緊張して、気を付けるんですよ。1週間前あたりから。それが、2か月3か月投与になっちゃうと、その間、大丈夫だという安心感が出て、そうしてもお薬が増えて行くような気がしますけども、全国的な傾向だからわかりませんが。糖尿の患者さんは1か月に1回は行った方がいいような気がいたします。それで症状が悪化せず、重症化を防ぐような気がします。

【会長】 また更に資料を抜かりなくお読みになって、いろいろご意見も出て来るかもしれません。その時は、事務局の方にいろいろご意見出して頂いて。続きまして事務局から何かございますか。

(3) その他について

ー事務局からはなしー

【委員】 先ほど歯周疾患検診のことを申し上げたのですが、こういうグラフがあります。これは、平成25年度の香川県のデータです。歯周疾患検診を受診していない方と3回以上受診した方を比較した場合、医科の医療費、医者にかかる医療費が、検診なしだと46万円、3回以上だと37万円。9万円の差があるデータが実際に出ています。さっき平均寿命の話がありましたけど、フレイル、フレイル前のプレフレイル、結局、それがオーラルフレイル、口の中が虚弱になって食べられない、入れ歯使わない、様々なことが原因になって、虚弱になって、健康寿命過ぎて、寝たきりになって、平均寿命(亡くなるまで)の間が、男性で9年、女性で12年間寝たきりであるというデータです。結局医療費もかさむ、という事になって行くので、さっきフレイル対策をしていくという話がありましたけども、是非、プレフレイルというところも念頭においてやっていただきたいと思えます。

あと、認知症の発症リスク、歯の数が多ければ多いほど、しかも、歯がない人でも入れ歯をき

っちりと使っている人ほど認知症リスクが抑制されるといったデータも出ています。これは、神奈川歯科大学の山本先生が発表なさったデータですが、こういうこともありますので、是非念頭において今後も歯周疾患検診の継続をお願いします。

【会長】 わかりました。貴重なご意見ありがとうございます。それでは、懇談を終了しましたので、議長の任務をおろさせていただきます。ご協力まことにありがとうございました。