**【平成28年度第2回大阪府医療費適正化計画推進審議会】**

**【司会】**

それでは定刻になりましたので、ただ今から平成28年度第2回大阪府医療費適正化計画推進審議会を開催させて頂きます。委員の皆様におかれましては、ご多忙のところ、ご出席を賜り、誠にありがとうございます。本日司会を務めさせて頂きます。健康医療総務課の三竿でございます。どうぞよろしくお願い致します。それでは開会にあたりまして、大阪府健康医療部長の上家よりご挨拶をさせて頂きます。

**【健康医療部長】**

皆様、こんにちは。

**【会場】**

　こんにちは。

**【健康医療部長】**

　健康医療部長の上家でございます。今日は年度末のお忙しい中、お集まり頂きまして、誠にありがとうございます。また、今回から医療経済がご専門で京都府の医療費適正化計画の作成にも携わっていらっしゃいます今中雄一教授にも御参画頂くことになりました。よろしくお願い致します。そして病院代表ということで、大阪府病院協会から福原会長に、そして私立病院協会から生野会長にも、さらに患者、市民代表ということでささえあい医療人権センターCOMLの理事長であります山口育子様にも御参画頂くことになりました。よろしくお願い致します。本日は、大阪府の医療費の現状や府や保険者の取り組みなどを踏まえて、来年度医療費の見える化の方向性。そして、次期計画の柱立て、このようなことを予定しているわけですが、それにつきまして、ご意見を伺いたいと考えております。医療費適正化というのが、その何をもって適正と言うか、いろいろな見方があろうかと思います。一方で、そのペナルティーだとか、保険料率の算定だとか、いろんなことを言われますけれども、本当に必要な医療が必要な費用でもって賄われ、効果が上がるということが一番だと思います。一方で無駄だと思われる部分、重なっている不用だと思われる分はやはり適正化していかなければいけないと。そういったことで、いろいろなご意見を頂きながら、府全体で皆様とともに計画を作っていき、実施していきたいと考えております。よろしくお願い致します。

**【司会】**

次に本日ご出席を頂いております委員の皆様を配席順にご紹介させて頂きます。生野委員でございます。大阪府私立病院協会会長として、今回からご就任でございます。

**【生野委員】**

　よろしくお願い致します。

**【司会】**

　京都大学大学院教授の今中委員でございます。医療経済を専門とされる学識経験者として、今回からご就任でございます。

**【今中委員】**

　今中です。どうぞ、よろしくお願い致します。

**【司会】**

　喜多委員でございます。

**【喜多委員】**

　喜多でございます。どうぞ、よろしく。

**【司会】**

　北垣委員でございます。

**【北垣委員】**

　大阪府歯科医師会の北垣でございます。よろしくお願いします。

**【司会】**

　木山委員でございます。

**【木山委員】**

　大阪がん循環器病予防センターの木山と申します。よろしくお願いします。

**【司会】**

　武本委員でございます。

**【武本委員】**

　大阪府医師会の武本でございます。よろしくお願いします。

**【司会】**

　平野委員でございます。

**【平野委員】**

　協会けんぽの平野でございます。よろしくお願いします。

**【司会】**

　福原委員でございます。大阪府病院協会会長として、今回からご就任でございます。

**【福原委員】**

　福原でございます。どうぞ、よろしくお願いします。

**【司会】**

　山口委員でございます。ささえあい医療人権センターCOML理事長としまして、今回からご就任です。

**【山口委員】**

山口でございます。よろしくお願い致します。

**【司会】**

　また、事務局につきましては、配席図に記載の庁内関係課が出席しておりますので、どうぞよろしくお願い致します。なお、磯会長におかれましては、御公務のため、急遽、ご欠席となられました。大阪府医療費適正化計画推進審議会規則第3条第3項において、会長に事故があるときは、会長があらかじめ指名する委員がその職務を代理するとされており、磯会長より代理としまして、木山委員がご指名を頂きましたので、本日の議事進行につきましては、木山委員にお願いすることとしております。本日は当審議会委員13名中、9名の皆様にご出席頂いております。審議会規則第4条第1項より会議開催のための定足数を満たしておりますことをご報告致します。なお本会議は大阪府情報公開条例第33条により、公開により実施を致しますので、ご了承願います。本日の傍聴は3名となっております。また、会議は録音させて頂いておりますので、ご了承願います。続きまして、資料のご確認をお願い致します。まず、一番上に次第がございます。その次に委員名簿、配席図、附属機関条例、審議会規則のひとまとめにしたホッチキス止めのものがございます。次にインデックスを付けております資料1、データから見た大阪府の医療費等の現状と今後のデータ分析案A4ホッチキス止めのものです。資料2、データから見た大阪府の医療費等の現状と今後のデータ分析案参考資料A4ホッチキス止めのものでございます。資料3、おおさかQネット受療行動に関するアンケート分析結果の概要A4ホッチキス止めのものでございます。資料4、おおさかQネット受療行動に関するアンケート集計結果A4ホッチキス止めのものでございます。資料5、第3期大阪府医療費適正化計画柱立て案新旧対照表A3のものでございます。資料6、第3期大阪府医療費適正化計画記載イメージ案A4、1枚物のものでございます。資料7、第3期大阪府医療費適正化計画策定スケジュール案A4、1枚物でございます。続きまして、一人当たり医療費に基づく議論が重要と題しました武本委員よりご提出頂きましたA4、1枚物の資料がございます。最後に平成28年度第1回大阪府医療費適正化計画推進審議会主なご意見と題しました資料A4ホッチキス止めのものがございます。以上になりますが、資料の過不足等はございませんでしょうか。なお、最後の第1回審議会の主なご意見は、以前お目通しを頂いたものを参考までにお配りしております。それでは以降の議事進行につきましては、審議会規則第4条第1項により、木山会長代理にお願いしたいと存じます。どうぞ、よろしくお願い致します。

**【木山会長代理】**

　はい、それではよろしくお願い致します。さっそく議事に入りたいと思います。本日の議題は二つありまして、ひとつはデータから見た大阪府の医療費等の現状と今後のデータ分析案についてです。ここでは昨年大阪府が実施した受療行動調査の結果についても、ご報告頂くこととなっております。二つ目は第3期大阪府医療費適正化計画柱立て案についてでございます。両者の議論は連動しておりますので、まず、事務局からまとめてご説明頂き、その後、それぞれについて順番にご意見を伺いたいと思っております。それでは、事務局からご説明よろしくお願い致します。

**【事務局（健康医療総務課　課長補佐）】**

　大阪府健康医療総務課の岡田と申します。委員の皆様には日頃よりお世話になっており、誠にありがとうございます。私からは資料1についてご説明させて頂きます。座って説明させて頂きます。資料1をご覧ください。1ページ目でございますが、前回の審議会でもご説明致しましたように次期計画の策定あたりましては、国の基本方針おいて、医療費の地域差の見える化に取り組むこととされております。その意義と致しまして、1の①でございますが、国の報告書にありますように限られた医療資源を有効に活用し、制度を持続可能なものとするため、国、都道府県、保健者や医療の担い手などが医療費の状況を分析し、連携して適正化にあたるため、できる限り、その地域の状況を見える化し、他地域と比べた場合の状況を分かりやすく客観的なデータで示すものでございます。こうした意義を踏まえまして、見える化を行い、今後の各施策に反映させていきたいと考えております。（2）です。見える化にあたりましては、どのような情報をどのように見える化するかということですが、まず、見える化する情報につきましては2ページをご覧ください。府の医療費の特徴等を明らかにするため、まず、府の医療費を疾患ごとに、性年代別、市町村別などより詳細に分析したいと考えております。次に医療費への影響度が大きい生活習慣病等の重症化の状況について、治療や医療アクセス等、受療行動を明らかにする。さらにそうした疾病の原因となる健診受診や運動、栄養、喫煙といった生活習慣の状況を明らかにしたいと考えております。また、医薬品につきましては、適正服薬の観点で重複・多剤投薬の状況や後発医薬品の使用状況などを明らかにしたいと考えております。さらにこれらを通じまして、府民の医療のかかり方や服薬に関する意識を明らかにしたいと考えております。3ページですが、これらを明らかにするため、来年度詳細な分析を実施し、府民の健康の保持、限られた医療資源の有効活用、府民の理解促進につなげたいと考えております。また、②の見える化につきましては、例にありますように、府民や市民の健康状態や医療費等の状況を分かりやすくグラフなどで示すなど、例えば、府政だよりの活用や各保険者による啓発などを行うことが考えられます。次に4ページをご覧ください。来年度詳細にデータ分析を行います前に既存のデータから分かる現状と課題についてまとめております。大阪府では、今後後期高齢者が各ほかの地域に比べまして、急激に増加することが予想される中、2番の（1）ですが、高齢者医療費は府の医療費の3分の1を占め、さらに増加することが見込まれております。（2）の疾病別で見ますと生活習慣病、がん、フレイルに関連する医療費の割合が高くなっております。（3）の診療種類別では医療外と調剤で半数以上占め、全国と比較して府は入院外や歯科の割合が若干高くなっております。5ページの保険者種別では国保、後期高齢、協会けんぽを比較しますと、一人当たり医療費は後期高齢が104万円で全国でも7番目、年齢補正後では全国、4番目となるなど、高齢者で全国平均より高い傾向にございます。診療種別では後期や国保で入院や入院外、調剤の額が上がり、全国平均より高くなり、歯科は全体に占める割合は高くはございませんが、全国で高い状況にございます。三要素で見ますと、入院では一人あたり医療費が全国平均より高い傾向。入院外や調剤では1件あたり日数と受診率が全国平均より高い傾向。歯科では三要素とも高い傾向にございます。次に6ページをご覧ください。生活習慣病等の重症化などの状況を見ますと65歳未満の糖尿病患者が増加するとともに糖尿病性腎症による人工透析の新規導入患者数は年間1,000人余りおられます。また、未治療者は非肥満者においても存在し、健診受診率の低さなどが挙げられます。また、生活習慣や生活習慣病などは介護の原因となることもあり、さらに死因においてもがんを含めた生活習慣との関わりの強いものが半数以上占めるなど、対策が必要となっております。4番の医薬品の状況では、重複投薬や多剤投薬ついては全体で見ると数パーセントと大きな割合ではありませんが、実際にどのような場面でそうなっているのかを確認する必要があると考えております。また、残薬についても府のモデル調査で一定の実態が出ております。次に7ページ、後発医薬品につきましては、府は60％余りと年々増加しているものの、全国平均よりは低い状況にございます。府が今年度、医師や病院、薬剤師、薬局、メーカー、患者を対象に行った調査では、患者の認知度が高く、あまり不満を持っていないということが分かりました一方で、医師、薬剤師は先発医薬品との制度の違いなどに不安を感じておられることなどが分かりました。また、5番の療養費につきましては、総医療費に占める割合が、近年、全国との差を縮める傾向にあるが、最も高い状況でございます。6番の今後の医療需要としましては、高齢化の進展により増加する見込みで、特に回復期機能で約3割、在宅医療等は約7割と増加する見込みでございます。資料1については以上です。

**【事務局（健康医療総務課　主査）】**

続きまして、資料の3、4、5、6、7について、健康医療総務課上田よりご説明させて頂きます。資料3をご覧ください。こちらにつきましては、昨年12月に受療行動調査を大阪府で実施しましたその結果について、まとめさせて頂いております。まず、1ページ、こちらフェイスシートと書いておりますけれども、今回の調査につきましては、府のインターネットモニター20代から60代の男女各100名ずつ、計1,000名に対し行っております。回答者の居住市町村は、大阪市が3割、その後、堺市、東大阪市、高槻市、豊中市などの中核市が5%程度と続きます。概ね、府内の人口規模に沿った形となったのではないかと考えております。また、就業形態につきましては、正社員・正職員36.9%、パートアルバイトが12.5%、専業主婦19.2%、フリーター・無職13.0%などといった形になっています。続きまして、2ページには、分析結果のサマリーを記載しております。詳細は3ページ以降に記載しておりますので、まず、3ページのほうをご覧ください。まず、こちらでは、かかりつけ医、歯科医、薬局の意義としてまとめておりますが、かかりつけ医などを決めておられる方につきましては、健診を受診されておられる方が多く、また、服薬管理の観点ではかかりつけ医などを決めておられる方ほど、受診時に常にお薬手帳を一冊にまとめて持っていくと回答した方が多い傾向にございました。また、医師から紹介されて、専門医療機関などの医療機関を受診する人もかかりつけ医等を決めておられる方のほうが多いという傾向が見受けられました。4ページをご覧ください。次にそれぞれの普及状況でございます。まず、風邪のかかりつけ医につきましては、決めている、だいたい決めている人が65.7%。決めていない人の属性を見ますと、家事、育児、仕事の負担が大きいと推測されます30,40代や、慢性疾患のない方に多く見受けられました。一方、そもそも受診しないといった方などもおられるといった結果でございました。5ページをご覧ください。慢性疾患を持つ方にかかりつけ医の有無をお尋ねしましたところ、95,0%の方がかかりつけ医を決めているという回答でございました。ただ、5%、わずかでございますけれども、決めていない、治療していないという方もおられたという結果でございます。6ページをご覧ください。かかりつけ歯科医でございます。かかりつけ歯科医につきましては、一つに決めているという方が61.8%、また、風邪の場合のかかりつけ医と同様に30,40代の割合が低い結果となりました。また、そもそも受診しないという方も一定数おられます。7ページをご覧ください。かかりつけ薬局でございますが、5割弱の方が一箇所に決めておられますけれども、決めておられないのは、30,40代や慢性疾患のない人とほかと同様の結果でございました。また、慢性疾患のない方の中にもかかりつけ薬局を持っていない方が、4割余りおられるとの結果でした。8ページをご覧ください。お薬手帳につきましては、4割の人が受診時に常に一冊にまとめて持参しているという回答でございました。そのほか、かかりつけ医などを決めていない人のほうがお薬手帳を持参しない割合が高いことや、医師に他の医療機関の受診状況必ずしも伝えないと回答した方ほど、お薬手帳を持参しない人が多いという傾向が分かりました。9ページをご覧ください。ここは重複投薬などのきっかけとなり得る、他の医療機関の受診状況について、お聞きしております。まず、医師から紹介を受けて、あるいは緊急で受診の必要があるときにほかの医療機関を受診する人の割合は、かかりつけ医などを決めておられる人やお薬手帳を活用されている人のほうが高く、これらの方は医師、薬局、薬剤師が患者の状況を把握しやすい傾向にございます。一方の他の医師の判断を聞くために、他の医療機関を受診する人はかかりつけ医などの有無に関係なくおられ、また、その際、他の医療機関の受診状況、医師への遠慮などから医師には言わないという方が多くおられました。また、風邪で受診する場合の他の受診状況を伝えるかどうかについても同様の傾向でございました。分析結果については以上となります。資料4のほうは集計結果をまとめた資料となりますので、説明のほうは割愛させて頂きます。続きまして、資料の5でございますが、データや日頃の調査を踏まえまして、次期計画と柱立て案について、ご説明させて頂きます。この資料は左一列が現行計画、右二列が次期計画となっております。では、1ページ目でございます。まず、Ⅰ章では計画の背景や概要を記載致します。1、計画の背景につきましては、計画策定にあたっての考え方を記載し、2の計画の概要の中では、計画の法的な根拠、計画期間5年から6年に見直されましたことを記載致します。また、他計画との関係では、法律で整合を図るべきとされております各種計画について記載致します。この中でも国保運営方針についても整合は図ることと新たにされておりますので、そちらについても記載していく予定でございます。また、計画策定のための体制としまして、本審議会について位置づけますとともに、法律で計画策定にあたって協議することとされております市町村、保険者についても記載致します。特に保険者の皆様の取り組みにつきましては、府内の保険者及び府がメンバーとなっております保険者協議会におきまして、今後、計画策定に向けて具体的な協議をさせて頂くこととしております。例えば、そのことを計画にもきちんと位置付けたいと考えております。2ページをご覧ください。Ⅱ章では、現行計画ではご覧の項目に関しまして、医療費分析を行った結果を記載しています。次期計画におきましても、先ほど資料の1でお示し致しました既存のデータから分かることや、今後、来年度深堀りの分析によって明らかになったことを記載していく予定でございます。3ページをご覧ください。Ⅲ章でございます。こちらは課題と今後の方向性について記載したいと考えております。次期計画におきましては、医療費等の現状や受療行動調査の結果を踏まえまして、ご覧の三つの課題と今後の方向性を記載したいと考えております。その一つは生活習慣病等の重症化予防でございます。医療費の面から見ましたら、生活習慣病・がんが大きく、これらの疾病につきまして、健診の未受診、受診の遅れなどにより、重症化するケースが多いことから、本計画では、これら生活習慣病等の重症化予防に重点を置くべきと考えております。また、取り組みにあたっては、働く世代からの取り組みが必要でございまして、そのため、被用者保険をはじめとする保険者との連携強化が不可欠と考えております。高齢者につきましては、栄養の摂取や運動とともに、通いの場や社会参加を促すことで、いきいき活躍できる環境づくりや医療と介護の多職種が緊密に連携することにより、重症化を予防することが必要であると記載致します。次に2本目の柱の医療の効率的な提供に関しましては、まず、服薬に関してデータより重複、多剤投薬は限定的ですけれども、確認されておりますので、患者さんに対しまして、お薬を処方どおり飲む。また、医師に他の医療機関の受診状況を伝えるなどの服薬に関する知識の普及を図ることが必要であると考えております。次の後発医薬品につきましては、府のアンケート調査などを踏まえ、患者さんや医療関係者さんへの情報の発信が必要と考えています。柔道整復などの療養費につきましても、引き続き、府に施術所への施術利用あるいは療養費の請求にあたってのルールの周知が必要と考えております。医療需要の部分につきましては、今後、団塊世代が後期高齢者となる2025年に向けまして、特に住み慣れた地域での医療介護サービスの増加への対応が必要であると記載しております。三本目の柱は、上二つの柱を通じたことと致しまして、受療や服薬に関する知識が、これまでも発信はされてきていますけれども、十分に府民に伝わっていないのではないかという問題意識のもと、さらに効果的に府民に伝えることが必要であるということを記載しております。以上の課題認識を踏まえました、今後の方向性をその下に記載しております。具体的には、次のページの施策のところで説明させて頂きます。4ページにつきましては、現行計画では目標部分だけを施策から切り離して記載しておりますけれども、次期計画では、目標の施策を一連のものとして記載したいと考えておりまして、次のページにまとめて記載をしております。では、5ページをご覧ください。Ⅳ章でございます。まず、生活習慣病の重症化予防等の柱のうち、(1)生活習慣病等との重症化予防につきましては、①特定検診・特定保健指導の実施率向上により、医療が必要な府民をきちんと医療につなげることを目指します。そして、②として、その患者が途中で治療が中断することがなくなることにより、重症化を防止致します。具体的な取り組みと致しましては、括弧の中に記載させて頂いておりますように、保険者さんが取り組まれます受診勧奨や重症化予防の取り組みへの支援の継続に取り組みますほか、②でいきますと医療連携の推進・早期受診・継続受診の重要性の啓発。また広くは予防接種の啓発についても盛り込んでおります。③高齢者の重症化予防の取り組みと致しましては、市町村が行います総合事業や自立支援型地域ケア会議を通じました介護予防事業。また在宅医療・介護連携への支援に取り組みます。これについては、介護予防事業支援計画と整合を図ります。④は、さらに川上の取り組みと致しまして、生活習慣・社会環境の改善の取り組みを記載しております。これにつきましても、健康増進計画と整合を図って参ります。(2)のがんの予防・早期発見につきましては、がん予防啓発の拡充。市町村が行いますがん検診受診率向上のため、特定健診との同時実施を支援しますほか、検診の精度管理に取り組むことを記載致します。2本目の柱の医療の効率的提供に関しましてですが、まず医薬品に関するものと致しまして、複数投薬・多剤投薬など医薬品の適正使用に関しまして、かかりつけ薬局・薬剤師の普及・府民への適正服薬に関する知識普及に取り組みます。後発医薬品につきましては、先ほどの繰り返しになりますけれども、府民、医療関係者の情報提供、療養費につきましても啓発のところを書いております。(4)病床機能分化・連携の件も保健医療計画との整合を図って参ります。3本目の柱の健康医療情報の効果的発信につきましては、行政だけではなく、保険者・医療関係者の皆様などと一体となりまして、受診・服薬に関する情報や医療保険制度の仕組みなどの情報も発信していくことを記載しています。最後の(2)につきましては、それらのベースになる取り組みとして、見える化やデータヘルスの推進ということを記載して頂いております。6ページをご覧ください。Ⅴ章は現行計画では医療費の見通しとなっておりますけれども、次期計画におきましても、国から与えられました算定式に沿いまして、医療費の見込みを掲載させるものとしております。その下Ⅵ章、計画の推進及び評価につきましては、審議会の位置付けでありますとか、関係機関との連携。また今回3期計画から見直しがされましたPDCAサイクルにつきましても記載しております。PDCAにつきましては、基本、毎年度進捗状況を公表するとともに、計画最終年度に暫定評価を、そして翌年度に確定のための実績評価をするとなっております。計画の柱立て案につきましては、以上でございます。資料の6につきましては、記載イメージということでお示しをしております。府や市町村・医療関係者・保険者の取り組みを記載しました上で、課題と府の今後の取り組みを、方向性を記載致します。目標につきましては、アウトカム指標・アウトカム目標・アウトプット目標につきまして、それぞれ記載致します。その際には、可能な限り、毎年実績を把握できる指標を設定したいと考えております。また府独自の目標設定についても検討したいと考えております。また、前回、直川委員のほうからご意見頂きました保険者の目標設定もしてはどうかといったことがありましたことから、今後、保険者協議会等を通じまして、そういったことが可能か、ご検討頂く予定です。最後の資料7をご覧ください。こちらは2回目の審議会の際にもお示ししましたものですけれども、スケジュール案でございます。今回、柱立てについてご審議頂きましたのち、来年度計3回の開催を予定しておりまして、まず、1回目に夏頃、主にデータ分析の中間報告を予定しております。その後、秋から冬にかけまして予定しております2回目の審議会で計画案についてご審議頂き、その後、議会のパブコメを経まして、3月に予定の審議会で計画を確定したいと考えております。長くなりましたが、事務局から説明は以上でございます。

**【木山会長代理】**

どうも、ありがとうございました。それではまずデータ分析及び受療行動調査に関しまして、資料では資料1~4に関しまして、委員の皆様方からご意見を伺いたいと思います。ただ今の事務局の説明につきまして、各委員からご意見ございませんでしょうか。どうぞ、山口さん。

**【山口委員】**

いくつかございますが、まとめてお伝えしてもよろしいですか。まず、データの見える化というのは、これはもちろん府民に向けて見える化するということで受け止めておりますが、特に見える化する時に工夫して頂けたら良いかなと思いますのが、とても患者にとってはありがたい制度なんですけれども、高額療養費制度というのに、それが限度額までしか請求されなくなってから、それを超えた分のどれだけ医療費を使っているかということが実感としてなくなってきています。これからどんどん高齢者が増えていく中で、例えば多くの一般的な高齢者の方は1ヶ月外来だと12,000円が上限ですし、1カ月入院したとしても44,000円ぐらいだと、確か思います。そうすると、今、どんどん高い薬が増えてきている中で、自分が払っているのは12,000円ですむかなということで、その後ろに広がる札束というか、そういうものがなかなか実感できなくなってきていると思います。ですので、今、実際にかかっている医療費ということが、データ分析して頂く中で、例えば、これだけ本当はこういう人達がかかっていて、その中で、例えば、いくつの方で限度額いくらだったら負担がこれぐらいです。でも、その裏にこれだけのものがありますということを、ぜひ、ちょっと一工夫して頂いて、見えるようにすれば、府民の意識というのが、少し、やっぱりそのあたり変えて頂かないといけないと私も思っていますので、そういう工夫をしてはどうかなということが、まず、一つ目です。それからこれは質問にもなるんですけれども、大阪府、抜きん出て、療養費が高いというような状況で、整骨院等々かと思うんですけれども、これ医療機関に行くという感覚で行っている方が、非常に多い印象があります。医療機関より行きやすいというか、声をかけてもらって、触ってももらえるということで、そちらのほうが良いというイメージもあって、なんで、こんなに大阪府が、ほかの地域の倍以上なんだろうということを考えた時に、実際のその、例えば整骨院等々の件数自体も、ほかの県と比べてどれぐらい違いがあるのかということをちょっと教えて頂きたいことと、ぜひ、この療養費については保険者の方々が医療費のお知らせを送ってくださる時に、ちょっと自分で1回チェックするような、そういう働きかけをすれば、私たち電話相談これまで27年受けてきておりますが、結構、整骨院に関して送られてくる医療費のお知らせと実際に払った分と違いがあるというご相談があるんです。そこをもっともっと一般の方が確認するように工夫をして頂ければ、このへんも変わるんじゃないかなというふうに思いました。四つあるうちの三つ目です。慢性疾患の95%の方がかかりつけ医をもっていらっしゃるということで、やはり、このかかりつけ医とか、かかりつけ歯科医というのは、まだ意識があると思うんですが、かかりつけ薬局になると半分以下になっています。私、これはかかりつけ薬局という言葉とか、昨年の4月からかかりつけ薬剤師指導料になっていますけれども、そういう名前を知らないというよりも、かかりつけ薬局とか、あるいは1冊にお薬手帳をまとめて1年管理をすることの意義が、府民だけではない国民全体が理解できていないことに非常に大きな問題があると思っています。例えば、一般の方に薬剤師の役割ってどんなものがあるか。例えば、薬剤情報提供。それから薬剤服用歴。管理そして疑義照会、剤薬整理というようなことをお伝えすると、だから1ヶ所にまとめるんですねって言われるんですね。だから、そこが分かっていないことで、なかなか薬の重複ということも防げていないような気がしますので、ぜひ、大阪府では、この薬剤師さんの役割ということを、かかりつけ薬局を持とうじゃなくて、薬剤師さんがどんな役割をしているかということを、こちらも周知して頂きたいなというふうに思います。最後に健診率が低いということで、なぜ、そうなっているのかという原因の調査ができているんでしょうかということをお聞きしたいと思っていまして、というのも、どんな取り組みをしても、改善につながっていかないと効果が出ないと思いますので、それが大阪の府民性にあるのか、例えば、大阪府の中でも地域格差が大きいのか、そのあたり何か分析ができているところがあるとしたら、ちょっとご紹介頂きたいなと、すいません。長くなりましたが、4点です。

**【木山会長代理】**

ただ今のご意見・ご質問に関しまして、療養費が高いと柔整施術所の件数と言いましたけれども。

**【事務局（指導監査課　主査）】**

平成24年のデータで恐縮なんですけれども、柔道整復師施術所数なんですけれども、平成24年の12月で41，624、全国で41，624、大阪府で62,056、府の割合としては15%です。また柔整師についても、同じく24年については、全国57，385、大阪府81,031。府の割合としては14.2%と。26年についてもデータは出ておるんですけれども、すいません。今、手持ちちょっと持ってないもので。

**【山口委員】**

それ今の言われたことも全国1位ですか。

**【事務局（指導監査課　主査）】**

施術数は全国1位だったと思いますけれども、柔整師数は全国2位だったと思いますけど、ちょっと、確認します。すいません。

**【健康医療部長】**

全国2位と言いましても、人口でいきますと、大阪府人口が7%であるのに、柔整師が14%というのは非常に高いと。数でいけば、当然、東京が多いということになるかも知れませんけれども、人口の割合でいけば極めて高いということは言えるかもしれない。その順位はもう1度確認を致します。

**【木山会長代理】**

それから健診・受診率が低いことについては。

**【事務局（健康づくり課　課長補佐）】**

はい。健康づくり課です。まず健診は特定健診とそれからがん検診と、おそらく、両方受診率が低いということで取り組み。これ、健診率向上に向けて、取り組みを進めているわけですけれども、がん検診でも、この間、無料クーポンとか、国のほうの制度使いながらやって参りまして、全般的には上がってきているんですけども、やはり、大阪府内を見ても、格差がやはり、あります。高いところと低いところ、それぞれあります。自己負担金も市町村によってそれぞれ設定されておりまして、やっているわけですけれども、自己負担金が安いから、受診率が高いという相関関係があまり見られず、そこは府民の方々の意識と言うか、そういうところに原因があるのではないかと考えています。特定健診につきましては、保険者の方々に、実施主体として頂いているわけですけども、特定健診につきましても、これも国保とか、見てみますとやはり、地域差が出ています。おそらく、ちゃんとしたアンケートは、まだ、これから準備しないといけないですけども、忙しいとか、そういう理由があるのかなと思っていますけども、各保険者、それからがん検診のやっている市町村等ですね。なんとか受診環境を整えようということで、例えば、がん検診と特定健診をセット健診の実施でありますとか、それから、レディース検診をやってみたり、夜間で、様々な取り組みを府の中でも市町村が独自にやったり、ここ保険者でやったりしているんですけども、なかなか、全国的にも少しずつ増えているんですけれども、大阪府も、まだ見ている中では、なかなか目標値までは、届かないといったところが現状だと思います。

**【木山会長代理】**

　よろしいでしょうか。ほかにご意見・ご質問等ございませんでしょうか。武本委員、どうぞ。

**【武本委員】**

　資料1のデータの見える化という中で、まず、確認したいのは、2ページ目の大阪と全国と比べた医療費で大阪の総額はこれだけ高かった。4ページを見て頂けますか。大阪府の医療費は3兆744億円、全国で2番目ということで、これだけ見ると、大阪はずいぶん医療費を使っているなという感じになるんですが、大阪は上家部長のご指摘の通り、全国の７%と人口が多いので、一人当たりの医療費を見ると19番目でそんなに多くない。適正な医療費が使われているかどうかに関しては、一人当たり医療費や重症化予防管理やフォローしている費用を含めて見ていかないと間違った判断になりうるというところです。このように、一人当たりの医療費に基づく議論が重要であるということを申し上げたいと存じます。国が進める地域医療構想の資料には療養病床入院受療率があり、これが都道府県で大きな差があると指摘されています。一番高いところと、一番低いところでは倍以上の差がある。だから、地域差をなくすことで良い医療ができるんじゃないかと、厚生労働省を中心に地域医療構想で進められています。都道府県一人当たりの国民医療費は厚生労働省から出ております。療養病床入院受療率は第１回療養病床の在り方に関する検討会の資料であって、いずれも国の資料です。都道府県ごと一人当たり医療費はあまり差がないようにグラフ上は見えます。だから、本当に何が問題であるかを見える化しないと、議論を間違えるということで資料を出しました。ここで質問したいのですけども、例えば、総医療費のことに関して見える化し、あなたはいくら使ったよと言っても、それは逆になって患者さんの委縮が生じると思います。医療費を総額でこれだけ使ったから我慢しなさいという話は、医療側からすると、患者さんは病気になりたくてなったわけではないので、デリケートに対応されるほうが良いのじゃないかなと。医療費通知を実施されてもいいですけど、そのために病気をどうのこうのという話にはならないようにして頂きたい。それよりも特定健診やがん予防など予防健診が重要です。糖尿病の重症化予防で費用が適正化できる。そこは非常に賛成です。早期胃がんの治療費はインターネットサイトでの概算ですが20数万円、がんの3期・4期・進行がんになってしまった場合、抗がん剤まで入れたら、200～300万円となる。だから、医療適正化には、重症化する前段階での予防効果が大きな効果を与えるというところを委員の先生方にわかって頂きたいということでございます。もう一点よろしいですか。資料1の7ページの7も議論が大きいところで、我々、医療者として、後発医薬品の状況で使用率を高めようと。これは、至上命題です。高額医薬品が増え、ただでさえ新たな薬剤費負担で国民皆保険を維持できなくなる中、前回委員会でも言いましたように、特例拡大再算定の仕組みによりハーボニー、ソバルティ、オプジーボの薬価が下げられた。これは医師会主導で行われ、薬剤費を抑える取り組みは尊重しますが、医療側に、後発医薬品の使用に疑問を持つ先生が多い中、パテント新薬の特許が切れたら同一薬効・同一薬価がなぜ実現しないのか。つまり、新薬で5年間のパテントが切れたら、その時点で薬価をみんな同じにすれば、後発医薬品の使用促進をしなくても、医療費は節約できるのです。新薬のパテントが切れたまま高い薬価を維持して、それより安い後発医薬品を使いなさいとされるのか。これは国の制度上の問題であり、大阪府としてもこの問題を挙げて頂いたら、後発使用の抜本的な解決になるわけです。

**【山口委員】**

　今の武本委員の話で、私、委縮につながるということは、あってはいけないとは思っていますけれども、やっぱり予防も大事だと思っています。ただ、そろそろ患者側も現実を見た上で、これから将来的なことを考えていく時代にきているのじゃないかなと。なかなかその現実が見えない状況にどんどんなってきているということを考えると、私たちも議論に参加していく時には、今、医療の現実何が起きているのかというようなこと。どれくらいのお金を使っているのかということを含めて、やっぱり、全体を見通した上で、考えていく必要があるんじゃないかな。そういう趣旨で先ほど発言しましたので、そのあたり、補足で付け加えさせて頂きます。

**【武本委員】**

高齢化がどんどん進むと受療率、有病率が上がってくるというのは、どなたも同じだと思います。有病率が上がってくるので医療費がかかる。不要な医療費を使うなというのは良いことだと思うのですけども、一つ考えて頂きたい。国の予算が97兆円。そのうちの3割が社会保障費、そのうちの3割が医療費で年金を抜いて、現在、医療費の総額が41兆円だから使いすぎですよ、これから高齢化が伸びてくる中で、本当に医療費というのはめちゃくちゃ使っているのかというと、それは嘘です。アメリカ・イギリス、スウェーデンでも高齢化率が伸びていない割に医療費の伸びは大きい。イギリス・アメリカを見て頂いたら分かります。これから社会福祉目的税として消費税が導入されるのですが、今度、10%に上がるか上がらないか、分からないのですけど、本当に社会福祉の中に使っていくというところが見えない中で、財源を切り捨てて医療にだけ、或いは年金だけ圧力をかけて抑えていこうというのは違う。議論を間違えてしまいます。

**【木山会長代理】**

　武本委員のご意見に対して、何かありますか。

**【事務局（健康医療総務課　課長）】**

　我々としましても、医療を数字だけで削減していくというか、そういう荒っぽいことを目指しているわけでは、もちろんなくて、先生がおっしゃるように、無駄なものを、もちろんあるとすれば、そういったものがどういうものなのかものをきっちりと調べる必要があると思っております。今回、この適正化の議論するときには、データ分析のところが、非常にこだわっておりまして、今の大阪の医療は、どういうところにあるのか。他の県に比べてどうなのかというあたりを、しっかりと分析をして、それを、我々の関係者に、見せていくということと、もう一つは、府民にも、今の大阪の医療状況を見せていくということが、我々としては、そういった役割であると思っておりますので、今、武本先生がおっしゃるような決して委縮につながるような、そのような方向性でやっているものでございません。そこは、ご理解願いたい。

**【武本委員】**

それは、おっしゃる通りです。だから、大阪府にも、医療関係者、できれば、医療受療者にもデータ分析にも参加して頂いて、どういう切り口でデータを分析するか、本当にこの切り口が正しいのかどうかを最初から議論させて頂いて、それが出たところで、皆でちゃんと考えるというのは、それは在り方で正しいと思います。ただ、本当に国の財政が何兆円もの負債を抱えていて、その中で本当にこのままで良いのかというと、そうではないのですが、どこをどれだけ我慢するか、今、これを我慢しなさいというと我慢できるものと、できないものがあるということは、持って頂くと間違った議論にならない。そこの釘を刺しただけですので、決して、医療費適正化すべてだめだと申し上げてはおりません。

**【木山会長代理】**

　よろしいですか。ほかに、ご意見。

**【今中委員】**

　武本先生が、今、おっしゃったところと関係すると思うのですが、超高額な薬剤が、最近、たくさん出てきております。そうしました時に、医療側が、例えば、効率化して、患者さん一人当たり何万円か削っても、高額薬一つ、ポンと出すだけで相殺するとプラスになっちゃう。いくら頑張っても、医療費が上がる方向にいくわけです。今後、年次推移で医療費がどうなっていくかを見ていく時に、高額薬剤部分の総額の推移も、データで見えるようにして行ってはどうでしょうか。それが、どれだけ医療費を占めているのかが見えてきて参考資料になると思われました。また、一般論として、大阪府では一人当たりの医療費が少し高めのようですが、望ましい意味合いもあります。医療費適正化計画は、地域ごとの医療費削減計画のようにも見えますが、医療の質をきちっと守って効率化しようというというのが本筋だと思うのです。そういう中で、医療費は、医療資源とかなり関係しますので、例えば、医療資源の少ない地域だと、実際に、医療費が低くなります。国保の保険料も安くなったりします。実際、どれだけの医療を受けられているかというと、やはり、地域ごとに少し格差が出てきて、医療資源との相関もある程度もあります。そういう点で、大阪府は、かなり医療資源に恵まれているので、相対的に日本の中で比べたときに、良い医療を受けられているが、一方でどうしても医療費も高くなる。医療資源に恵まれて、医療も水準が高いのだけれども、どうしても医療費が高くなる。そういう要素もありますので、他府県と比較する時に、内容も同時に見ていく必要があります。国のほうでの医療適正化計画の方針の中では、あまり医療の質とか、良い医療へのアクセスの面を見える化しようという話が、よく見えませんので、大阪府としては、そういうところも、今後、打ち出せたら良いのではないかなと思います。注意を喚起する意味でも、当計画の中にも、どこかに項目を作った方が良いのかなと思っております。

**【木山会長代理】**

　ありがとうございます。喜多委員。

**【喜多委員】**

　医療費の関係ですけども、我々のところの保険者として、やっぱりこの10年間で医療費ってずいぶん上がっているのです。特に、老人医療はご存知のように随分上がっています。我々のほうが保険料負担額、一人当たり、うちに場合は、割と低めと前にも話をしたと思うのですけども、健康保険組合連合会全体では、10年間で一人当たり95,000円ぐらい、保険料の支出が多くなっているという状況にあるのですけど、うちは、50,000円台できています。というのは、医療費について、随分細かく、いろいろな予防も含めてなんですけども、いろんな展開をしているのです。一つは、先ほど、武本先生のほうからお話がありましたように、見える化ということで、どれだけの医療を、毎月なんですけど、受けた方について、すべて、ご家族の方も含めて医療費通知をさせて頂いている。ただ、それは、これだけのものを使われましただけですので、それ以上のものではない。重複診療とか、そういうのが出てきた場合は、こちらから、また、別な方法でご連絡をさせて頂いて、注意喚起等と併せまして、あまり、ひどい場合は、こちらから、また、お電話したりするのですけども、そういう細かな事もやって、現在に至っているのです。我々として、医療費そのものが随分高くなるのもやむを得ない。例えば、高齢者が増えるというのは、今、日本の人口構造の中で、実際そうあるので、それにどう対応していくのか。非常に重要なので、一番大切なのは予防だというように思っているですけど、医療費自体も確かに出きるだけ低くして頂くのが一番なので、健康保険組合連合会としては、できれば診療報酬については、老人医療の部分については8割ぐらいの診療報酬でいって頂ければということを、ずっと願っているんですけれども、なかなかそういう方向にはいかないんですけれども、どんどんとお年寄りが増えて医療費がかかる確率が高くなりますので、そういう診療報酬体系にしてほしいということの要求はしているのです。それはそれと致しまして、僕は、山口先生がおっしゃられたようなことは、恐らくでもある程度、今までに、いろいろな努力をしているというふうに思っているんです。一つは、療療費の関係です。大阪は非常に高いと。これは柔整の関係なんですけれども、そのために、大阪府としても非常に取り組みを重点的にされましたし、今では我々、健康保険組合や協会けんぽさんも合わせまして、協力をしながら、連携を深めて柔整師に対するいろいろなアプローチを行ってきていますので、できたら過去と比べて、どれだけ良くなったかというのは大阪府さんのほうから言って頂いたほうが良いのではないかと僕は思います。あとは健診率なんですけれども、健診率は保険者のほうで努力をせなしゃあないと思うんですよ。健康保険組合のほうは、被保険者については100%なんですけれども、困るのは、やはり家族の方の分なんです。こちらのほうの健診率が30%程度なんです。これをどう上げるかということで、ずいぶん昔に国保さんのほうにもお願いをしたり、いろいろな展開を、大阪府として、我々が保険者としてもしてきているという、一つご理解を頂きたいなというふうに、ちょっと僕の感じたところです。すいません。

**【木山会長代理】**

　北垣委員。

**【北垣委員】**

　先ほど、武本委員からありました。そういう総合医療費で見ますといろいろな状況があってのものなので、そこが医療の萎縮にはつながっては、絶対いけないなと思います。あと、この資料の中に、我々、歯科が単科で医科と歯科とを分けられておりますので、こういう書き方にはなるかと思うんですが、資料No.1の4ページのところで診療種別で考えると歯科は大阪府の医療費の中の8%を占めているという状況の中、次のページで医療費は国民健康保険で歯科は全国で最も高いという書き方をしますと、なにか、こう歯科だけが飛び抜けて他科に比べて非常に高いように思われますので、ここももう少し分析をする中で、なにか良い文言があれば考えて頂きたいなと思います。全国で歯科医の診療所等を見ても全国でも大阪は2番目に多いですし、また、インフラ整備、並びに高齢化率を考えますと、後期高齢者の医療に関してもやはり高くなっていると思いますし、今後、地域包括ケアが進む中で、在宅医療が進みますと、さらに歯科に関しては、医療費はもう少し上がってくるのではないかなと思います。ただ、その中で、この歯科が口腔健康管理を行うことが重症化予防につながると、我々は考えてずっとやっておりますので、そのへんのところも含めまして、少し文言等を考えて頂ければなと思います。以上です。

**【木山会長代理】**

　平野委員。

**【平野委員】**

　先ほど、武本委員のほうからありましたけれども、医療を受けなければいけない人が受けられないという状況はマズいと思いますけれども、やはり国民皆保険をいかに長く維持できるかということも必要なところだと思いますし、そういう中で、先ほども、喜多委員のほうから話がありましたけれど、協会けんぽの状況についても、先ほどの「データから見た大阪府の医療費との現状と今後のデータと分析(案)」ということですけれども、5ページのところ、協会けんぽの一人当たり、一番下なのですけれども171,000円。全国で、14番目で、これは高いほうからということですが、都市部の中では高いほうになるところはありますけれど、これをもう少しよく見ますと、実際に大阪は171,000円なんですけれど、全国は大体167,000円ぐらい。これは数字の単純な比較ですので、高齢化しているとか、所得や年齢の調整等がいると思うんですけれど、でも、その中で見てたときに、その差額が4,300円ぐらい。全体の平均では高くなっていると。ただ、私どもは平成20年の10月から協会けんぽを発足しているんですけれど、それで平成22年のデータを見ますと6,700円ぐらいの差があったんですね、全国平均と比較をすると。それが今は、4,300円ぐらいまでになって毎年少しずつ縮まってそこまでかなり近づいてきているということで、平均が良いのかどうかは別ですけれど、一つの指標の見方で、その中身は、やはり、先ほど、山口委員が言われましたように、療養費の問題とかが関連あるなということですし、入院とか、入院外については協会けんぽのデータでは少し低いという推移のデータが出ているというところです。また、私ども前回の第1回の委員会でも言いましたけれど、全然別の話ですけれど、現役世代のデータを提供する意味から協会けんぽとしては本年度も我々のデータも随時提供していきたいというふうに思っています。ただ、分析された内容については、協会けんぽのほうにも事前に提供いただければ、我々もそこで見るのが初めてになってしまうというのは具合が悪いので、これは、ぜひ、ご配慮を頂きたいなというふうに思っております。私のほうからは以上です。

**【木山会長代理】**

　ありがとうございます。ほかにご意見等はございませんか。はい。

**【福原委員】**

　医療費のことは、今後、さらに詳しい分析をするということでございますけれど、そのときに、もう一方、介護保険料というのがございます。これは大阪府が、この今日の書き方で言うと良い・悪いは別にして、全国の中で最も一人当たりの介護料が高いというのが現実でございます。そのための原因の分析をいろいろやっております。その分析の中には、医療費の分析と重複するところがたくさんございます。原因は同じ原因で、たまたま片一方は医療費として現れ、もう片一方は介護費と医療費として現れるということになってまいります。従いまして、その保険を医療費だけではなしに介護費用も含めた考察・分析をして頂き、その実施にあたりましては、大阪府と市町村、また大阪府の中では健康医療部と福祉部とか、そういうところの連携を密にして、ほかの計画との整合性や関係ということで名前が挙がっておりますけれど、そういうところを、さらに気をつけておやり頂きたいというふうに思っております。

**【木山会長代理】**

どうもありがとうございます。ほかにご意見等がございませんでしたら。

**【生野委員】**

　一つ良いですか。

**【木山会長代理】**

　はい。

**【生野委員】**

　民間病院のお立場のお話をさせて頂きたいんですけれど、この医療費適正化というのは今に始まったことではなくて、もうずっとやっているわけで、無駄なことはやめようというのは当たり前で、適正化については、包括制で、我々民間病院でも、公立病院もそうなんですけれど、入院医療は全部包括制で検査の無駄はなくなっているし、血液の献体の検査も本当に限られているし、事務でやりなさい、やっていると。それはあんたのところも同じよということで、政策的には進んでいるというと思うんですよね、ほんなら無駄は何やねんとなったら、あんまりないよと。たとえば多剤投与で残薬が多い、これも診療報酬をしめつけて、それらの成果が今どのぐらい出てきたのか、ということに絶えずそういうふうなことは理念として考え方としたらやっていかなあかんことだと思うんですね。ただ、声をかけて、一つもいかないのは終末期医療のことを市民と話し合いができていない。どんな医療までやるねんというのは、やっぱり言ったときに、患者さん側が馬鹿にしているのかということになり、老人医療が安いとなったら、ものすごく抵抗感がありますね。俺達をどう見ているんだ、高齢者医療について、どう考えているんだ。このへんの議論をしないと、やはり、医療費、無駄というふうに入っていけないなというのがあります。それから、やはり医療と介護とドッキングの話が来ると30年の大改革をされるわけですけれど、かかりつけ医をもっと充実させると。先生方に信用してもらって、一人ひとりがやはり要ると思います、普段から。すると、介護のほうも合体して一緒にやっていく。むしろケアマネジャーなんか要らないかも分からない、先生方が十分に意見書を書いてやっていけば。そして外来に来る患者さんがどんどん減ってきて、みんな往診や在宅医療と外来医療で診療所の先生が行かれるならば、やはりかかりつけ医に任せていかないと無駄がどんどん生じると思います。介護のほうも5兆円が10兆円になると言われています。それから、もう一個、かかりつけ医をもっと増やすべきだと思います。それは200床未満の病院もみんなかかりつけ医と診療報酬では一応そういう形なんですけれど、この医療制度の中では定義づけられていない。やはり、これをかかりつけ医だと、もっと皆大きい声で言って、患者さん側にも分からす市民側にも分からすと。大病院との違いはそこだと思うんです。そういうかかりつけ医を増やしてそこでの無駄がなければ、これはだいぶ適正化にいくんじゃないかということであります。後発医薬品でも調剤薬局のアンケートを取ったと厚生労働省がこの間に発表をしておりますけれど、やはり60%の人は、あなた変えてよろしいかと調剤薬局が言って、嫌です、私は先発じゃないと嫌なんです、信用ができないんですとか、こういう言い方が、我々が2年前や3年前に議論をしていたことが、今は患者さんサイドがそのようなことを言って返還できていないというようなこともあって、いつも我々は患者さんと一緒になって物を考えて医療費適正化についても話し合っていかないと、ここ一個では足りないと思います。これで目標はあるのか、ナンボ押さえたらええねんと。無駄なんかやってんのんか、やってないですよと。どこが無駄やねん、ほな目標はどれやねんということで、私達はもう一回問いたいなと当局に。適正化ということはどういうことやねんということで。私達は適正化から無駄な医療なんか絶対にしてないよということが言えるんですけれど、ただ終末期とか、先ほど言いましたところでも問題があるかなと感じております。以上です。

**【木山会長代理】**

　どうも、ありがとうございました。

**【武本委員】**

医療提供側からは非常に言いにくいんですけれど、人生の終末期を迎えた人への医療に関して、家族が希望するからやるのは、医療者として論理的思考と感情的な気持ちの中で矛盾だらけになりながら行うことが多いのも事実です。終末期の医療必要度の基準の問題は、どこまでやればよいなどの問題は、日本全国の問題で大阪だけということではないと思うので難しいんですけれど、なんとかそれをやらないといけない。今中委員もおっしゃたように今中委員もおっしゃったように高額薬剤費の問題で、今後問題になってくる免疫監視機構のマスクするpd-1に対する抗体は、抗がん剤として新たな脚光を浴びていますが、どこまで、使うかが問題になってきます。気持ちの上ではもう1%でも2%でも改善が認められれば、がん治療の観点から使用継続を考えますが、高額医薬品という点で、無限の使用は非常に難しい問題です。現場ではもう判断ができないんですよ。高額薬剤費の適正化使用の委員会が厚生労働省の中で決まっても、大阪府の医療費適正化計画には入ってないんですけれど、そういうところも高額薬剤費の適正化使用計画に使ったところと言うのはこれから出てくる問題なので、これからかかる医療費を考えないといけない目標です。その目標を中央とどう連動するのかというのは難しいということですけれど、やっていかないといけない。それから終末期についても避けて通れないと思います。医療側でも適正化のことについては考えようと言う姿勢があります。もう一つは、我々も反対ばかり言うのではなく、本当にきちっとした医療を提供するのが社会保障制度の目的ですので、その適正化だけでないというところの中で、しつこいですけれど、予防の徹底が僕は一番だと思います。予防によって病気になるべき人を少ない医療費で救うことが一番の目的で、これが効率化だと思います。特定健診の効率化、受診率の向上とか、がん検診の受診率の向上がもうちょっとブーストをかけて考えないと進まないんじゃないかなと思うんです。大阪府、市町村や各保険者がやっているのはすごく分かるんですけれど、それをかかりつけ医機能とを連携させて上手にやるということがポイントになると思います。あるものの無駄を探してそこを絞ろうと言っているのは小さなことであり、もっと大きなところとは、そこに隠れているような気がします。

**【山口委員】**

　よろしいですか。

**【木山会長代理】**

　山口委員。

**【山口委員】**

　今、武本員のお話を聞いて、根本的な終末期と高額な薬剤のことについては、根本的に同じ考えなんだと思ってホッとしました。私も高齢者の終末期ということについて、今まで誰も触れることができなかったというか、高齢者に死ねというのか、という意見がすぐに出てきますので私達もとても触れにくいなと思っています。ただ、やはり、もうこれ以上というところの議論というのが、元気なうちから全然出されていない。それで家族はともかくということで本人の意見と家族になったときと一人の人間の中で意見が二分するのが末期の問題ではないかと思いますので、やっぱりその辺りにも私は切り込んでいく必要があるのではないか、一人ひとりに考えて頂かないといけない時期に高齢化が、これからあと8年を切っていますけれど、その高齢者がもっともっと増えるということを考えると、そこに切り込んでいかないといけないのかなと思っています。

**【武本委員】**

たぶん医療者はみんな知っています。Advance Directive事前申請、事前調書を出しましょうというところでイギリスとかアメリカで、高齢になったらこういうのを出して弁護士に渡しておきましょう。私はこんな医療要らないので、高齢者として、更なる医療はやめてほしい、尊厳死としてほしいというのは出ているんです。日本でもAdvance Directive、リビングウイルをやりましょうとか話が出ますが、いつも潰れます。国民性なのか分からないですけれど、そこをも乗り越えないといけないと思っていますし、そこをどうしたら良いのかは上家先生のほうがよくご存知かもしれません、中央で担当されていたので。

**【木山会長代理】**

　そうしたら、上家先生。

**【健康医療部長】**

　今、山口委員がおっしゃったように、まさに患者側・国民側としてもそういう議論をする時期に来ているというふうにおっしゃったのはその通りだと思います。そういうことを行政が何をできるかというところで、まさに見える化の中で今中先生がおっしゃったように、高齢者が終末期にどのように医療費を使い、どのような医療を受けているかとか、同じ高額医療費ということでボアッとではなくて、どの時期に高額医療費が使われているのか。それから、どの時期にどういう人達に高額の医薬品がどのぐらい使われているのか、そいうところを具体的に見て行って議論の材料になるように提供していければというふうに考えております。一方でその予防が必要という意味では、来年度はこの医療費適正化計画や保健医療計画だけではなく、健康増進計画も同じくやっていることになっておりまして、この健康増進計画の中で、この健診をどのように進めるかということの計画を作ることに、まさに、29年度に作ることとなっております。特定健診の場合、市町村でずいぶん差があり、しかも、有料か無料かだけで一律に言えない部分があることも分かってきています。がん検診については、がん検診自体が低いのはかなり問題なのですが、一方で、がん検診の精度管理は、非常にきっちり大阪府はしています。大阪府の医療はレベルが高いと胸を張って言えると思います。精度の高いがん検診がきっちりできていて、精密検診を受ける率はさほど低くない。入り口のところが突破できればレベルの高い検診を受け、レベルの高い精密検査へ進む。そこは多いというようなことは言えるのではないか。そういったところも全国と比べてみてどうかというのも示したいと思います。ただ、そうは言いましてもがん検診、特定健診いずれも圧倒的に受診率が低いというのは問題意識としてありまして、大阪の産業構造としてやはり中小企業が多く、100%を誇る健康組合さんとは違って協会けんぽさんに属するような働く世代が圧倒的に割合として他県に比べて多い中では、やはり協会けんぽさんと一緒になって職場で勧奨していけるような形が絶対に必要だと考えています。そういった意味では3年前から協会けんぽさんと健康医療部で一緒になって府と包括連携協定を結ばせて頂いて、一緒になって事業者への働きかけを始めております。これが広がっていけば、小さな事業場で事業者が健診を受けさせなくちゃと思ってくれれば働く人は健診を受けやすくなると。それがすぐに効果が出ていないのは事実ですけれど、これは他県に先駆けてやっていることですし、効果は出てくると信じています。こういったことをもっと加速させるためにはどうしたらいいかを考えながら、計画を組んでいきたいと考えていきます。福原先生がご指摘頂いた介護保険との関係。特に、大阪府ではこれは福祉部さんのデータを頂いたものですけれど、要支援1、2が極めて高い。要介護4、5も高いのですけれども、要支援1、2が圧倒的にほかの地域に比べて高いという特徴があります。要支援1、2の原因はフレイルとかロコモとかといわれる状態。これについては福祉部さんに頑張ってもらって介護予防を何とかしなければいけないのですが、介護予防の前提としてもっと若い働くうちから体力作りをしてもらうとか、そういうようなことも含め、事業者に更に働きかけていく必要もあるのかなと考えています。一方で介護4、5の原因になるものとしては、やはり脳卒中とがん、心臓病と。特に、脳卒中について見ますと、元は生活習慣病なのだから、糖尿病や高血圧を防がなければいけないというのは事実なのですが、一方で、倒れた後の救急の対応としては、医療資源が豊富なだけに、死亡率としては低い状況にあります。高度な医療が展開できているのだと考えられます。そういったところも含めて医療でなにができるのか、職場で何をやらなければいけないのか、それぞれのステイクホルダーがなにをやらなければいけないかが分かるようなデータの解析、データの提示をしていければと考えております。そういった意味で、高齢介護室とは今もうすでに連携して一緒にデータを解析、木山先生のところにお願いしたりして、連動してデータを見るようにしておりますが、そこも分かるようにご提示したいと思います。

**【山口委員】**

　ちょっとよろしいですか。健診率の問題も終末期の問題もそうだと思うのですけれども、先ほど自然死提唱、あるいはリビングウィルということについて二十数年前から関心を持つ方は一定層いらっしゃるのです。例えば、この間も公民館に呼ばれてその話をしに行くと、地域の熱心な方はいらっしゃって、前向きにそういうことを意思表示したりもしたのです。でも、一定割合から増えてこないのです。これが健診の率と私は関係しているのではないかと思っていまして、今、事業主の方に働きかけるというお話があったのですが、実は、ちょっと私たちも活動の中で保険者の方たちと協力する中で、福利厚生で会社で働いている方たちの仕事の時間を使った福利厚生の中でもっと医療のこと、例えば、どんなことを考えないといけないかというようなことも知って頂く時間ということができないのだというようなことを保険者の方と今協力しようと思っていますので、もう一歩事業者だけではなくて、そこに踏み込んだようなことも府と保険者の方と考えて頂けたらいいなと今お話を伺っていて思いました。

**【武本委員】**

　やはり府民、国民の中に認識が広がらないことが一番問題なので、事業主、保険者を通じてどういうふうにそれが必要ですよというところ、どうしても人は亡くなるという所は避けて通れませんので、何とか上手い方法を考える必要があります。決して、考えたくもない死の問題を押し付けになると大きな反発が出るので、まずいと思います。しかし、誰かが話のイニシアチブを取らないといけません。すると、どこなのだというと、やはり行政だと私は思います。医療者のみではございません。両者ですので、そこは逃げないできちっと対応して頂きたいと思います。フレイルという言葉が出ましたが、予防に関して、高齢社会を迎えて何が大事かというと、やはり医療費抑制ではなくて、適正な医療費の中で健康寿命を延ばす点が誰もが同じ思いでいるのです。就業年齢時から、将来誰がフレイルになるかは分かりません。若い頃からの生活形態で、よく働いていた人がテレビの番だけしたらダメとか、じゃあ、栄養がどうなのかというところもこれからの問題だと思います。しかし、高齢者になったら食事、例えば、炭水化物を減らして、アミノ酸、蛋白質を増やしましょう。筋肉を減らさないようにトレーニングしましょう、貴重な時間を過ごしましょうというところの予防啓発、それを健康活動とかわかりやすく伝えることです。保険者の作ったデータヘルスを行政・保険者・医療機関が一緒になってやらないとダメだと思っていますので、そこの仕組みのところも、ぜひ、一緒に考えて頂きたいと思います。

**【健康医療部長】**

　先生、おっしゃるとおりだと思います。栄養について一昨年度、大阪府では初めての独自の栄養調査を致しました。それで分かりましたことが、先ほど武本先生が少し触れられましたが、高齢者が低たんぱく質になると。たんぱく質が十分取れていない高齢者がたくさん居ることがデータで分かってきております。そういったことを今までは栄養施策として栄養調査を使っていて、健康づくりは健康づくり、医療対策は医療対策とばらばらだったような部分をできるだけくっつけて、栄養調査の結果を医療の現場にもご提示し、健康づくりにも役立てると。そういうふうにしたいということで、29年度に健康増進計画と食育計画と全部シンクロさせて計画を作ることになっています。そのときにデータを共有し、情報を共有していけるように進めて参る予定でおります、よろしくお願いします。

**【木山会長代理】**

　そうしましたら、次期計画の柱立て案に関しまして、資料では5～7でございますけれど、委員の皆様方からご意見を頂きたいと思っているのでよろしくお願い致します。

**【武本委員】**

　すみません、1点。先ほどから議論して頂いたことを具体化するために資料5の、〔健康医療情報の効果的な発信〕というところの医療費の見える化、それはここでして頂いているのですけれど、データヘルスの推進というところは医療提供者も含めたデータヘルスの推進ということで文言を入れて頂かないと、例えば、上家先生おっしゃったように低たんぱくのデータが出たとしても、誰がそれを指導するのだと。じゃあ、新たにまたケアマネジャーのようなところを設けてするのかといったら費用が無駄になります。かかりつけ医を、先生おっしゃったようにかかりつけ医をきちっと使って頂きたいというところの文言の意味も込めて「目標と目標実現のための政策」で言葉を入れて頂きたいと思っております。先生、もう一ついいですか。医療費の効率的な提供推進のところで、先ほど議論を申し上げました高額医薬品の適正使用がどうしても新しい問題です。医薬品の適正使用ということになって、かかりつけ薬局、薬剤師が適正服薬を進めているということで、確かに重複投薬というか患者さんがドクターショッピングをして、例えば睡眠薬などを集めて売りさばくのかどうかは知らないのですが、そういうところの話も大事ですけれど、これからはやはり高額医薬品のところのお話も、適正使用についての文言も少し入れて頂いたほうがきちっとした計画になるのではないかなと考えています。以上です。

**【木山会長代理】**

　どうもありがとうございました。ほかにご意見等ございますでしょうか。

**【健康医療部長】**

　今の薬のところでございますけれど、先生おっしゃるように高額医薬品の問題、ここで抜けていたと思いますのでそこは入れたいです。一方で、医療費をどういう疾患に、医療費がどういう疾患に使われているかを見ると、高額医薬品を使うがん等と共に、今度は患者さんの数が多い糖尿病とか高血圧で、一人当たりの量は少ないのだけれども、数として多いからトータルとして糖尿病にかかる医療費が高いとか、そういうデータが出る部分もあるわけです。それで飛び抜けて一人当たりで高い部分の話と、一人当たりはそんなに高くないのだけれど、大勢の人が来る場面と少し分けた形で薬について分析する必要があるのかなと考えております。医薬品の適正使用のところで、藤井寺保健所が保健所の取り組みとして残薬の調査を致しました。そうしましたところ、本当に机の上にどさっと山になるくらい一人分の薬が出てくる。これは何を意味しているかというと、医療費が無駄だというだけではなくて、そもそも患者さんのコンプライアンスの悪さ。かかりつけ医の先生に対しては、薬飲んでいます、薬なくなりましたというわけです。だけど、実際には飲んでいない。そういうコンプライアンスの悪さ、患者さん側の病気に立ち向かう姿勢というか、薬を飲む姿勢の悪さが残薬に繋がっているというところでは、いくつかの保健所や薬剤師会がブラウンバッグ運動とか、いろいろなことを始めていますけれども、そういった観点での取組も少し高額医薬品の問題と別の観点で分けた形で示していって、府民にも広く考えてもらうような場にしていきたいと思っています。それは無駄に重複しているのではなくて、先生方から見れば、飲んでいるはずなのに効いていないで薬を重ねていく。ところが、患者さんは実際には飲んでいない。こういうことがかなり起こっていると推測されると保健所の調査の中から出てきておりますので、そういった、それぞれの草の根的かもしれませんが、各保健所がいろいろなことを取り組んだりしていますので、そういうような結果もこの場でお知らせして、考えるきっかけにして頂きたいと思います。ありがとうございました。

**【武本委員】**

　非常に良いご指摘ありがとうございます。確かに残薬の問題は我々医療提供側としても反省しないといけない。コンプライアンスに関しては、高血圧で有名なコンプライアンストライアルがあります。１日１回、１日3回、1日2回出す薬だとコンプライアンスが、どれがコンプライアンスが悪いかについて調べたものです。１日１回処方なら例えば、朝飲めば、昼ご飯に薬の持参を忘れ手飲めなかった。あるいは、夕食後、お酒を飲んで、薬が飲めなかったなどは、なくなります。だから、1日1回の内服では、１日2回、あるいは、毎食後3回の内服よりも、コンプライアンスの改善に優れているといったことです。コンプライアンスを改善するのは患者さんの意識とお薬の剤形ですよね。だから、1日/1回の内服薬の開発が進んでおり、最近はもっとコンプライアンスを上げるために１週間に１回というところまで上げることができておりますので、そこの部分は忘れないで頂きたい。その分析の切り口もないとまた間違ったことになるということです。もう一つ、医療費をきちんと適正化するために協力したいと思っていますので、データに関しても医薬品の適正使用の中でも、低額な医薬品でたくさん飲んでいるから額として大きくなるのはその通りなのですけれど、一番忘れてはいけない議論があります。それは費用対効果。薬を飲んでいてどれだけ予防効果ができているか、ちゃんと出ているかも忘れないで評価しないとそれも危ないですよということです。高血圧治療薬で一剤を合剤にしたお薬があります。二剤、三剤を合剤にしたもので、それを見ると不思議なことが起こっているのです。一剤で例えば、アンジオテンシンリセプターブロッカーとカルシウム拮抗薬を別々に出すと、一剤で出したよりも高いのですよ。だから、合剤で出したほうがいいならコンプライアンスも上がるし、そういう風にしたらいい。厚生労働省の中の政策でそうであれば、もっと中央で政策を進めてもらえれば医療費も適正化されるし、コンプライアンスも上がるのではないか。そこのところも、ぜひ、大阪府から中央に意見を上げて頂いたらいいなと思っております。

**【木山会長代理】**

　どうも、ありがとうございました。ほかにないですか。

**【今中委員】**

　2、3点ございます。この資料5の5ページについて、二つあります。一つは医療の効率的な提供の推進に関する事項のところで、医療費を管理していこうという流れがある中で、医療の質とアクセスが崩れていくと問題です。そこで、できる範囲で良いと思うのですけれども、医療の質とアクセスの確保をモニターするというポイントが必要と思うのです。医療費の伸びを抑え、どんどん無駄を削っていこう、効率化していこうという中で、医療が損なわれるといけないので、一方でそれをモニターするというのが本筋だと思いますので、そういう項目を是非立てて頂きたいと思います。もう一つは、住民の健康保持に関係するところですが、今日の議論の中でも医療の利用者側の学習機会の重要性が幾度か出てきました。インターネットや情報通信技術の活用に通じるかも分かりませんが、医療をうまく利用できるようになっていくことも重要です。お話の中にありましたけれど、保険者を通じての啓発とか、学習機会の提供というのもあるかと思いますし、行政的には部署が違うかもしれませんけれども、中学校との協力で医療の財源の重要さとか、皆で医療システム、介護システムを作っていくことの重要さとか、例えば、救急車の使い方とか、お薬手帳の意味とかも含めて薬剤師のお話もありましたけれど、医療を学ぶ場をいろいろな機会を使って推進していくことが今後効率的で良い医療の提供、良い医療が受けられる仕組みにとって重要と思います。医療に係る学習機会というものも、一つ、今日も議論がたくさん出てきましたので、ぜひ、入れて頂きたいと思います。あと、迷っているところは、終末期の問題について議論の出だしをどこかに示しておいてはどうかという点です。国のほうでもなかなか動けない難題です。ここは実力があり、オープンな議論ができる大阪府から発信をするべく、議論の契機となる項目だけでも立てたらどうかなという、一提案です。無理は申しません。

**【健康医療部長】**

　すみません、一番最後のは、例えば、どういう項目として立てたら。

**【今中委員】**

　よりよい終末期医療の検討機会の確保、など一つの案ですが、医療費適正化計画の中で論じるのはとても難しいとは思いますが、論点が出てくるだけでも次のステップに繋がるのではないかと思いました。

**【事務局（健康医療総務課　課長補佐）】**

　すみません、今中先生にお伺いしたいのは、一番最初におっしゃって頂いた損なわれないようにモニターする仕組みというのは具体的に何か、どういうイメージというのがもしあればお教え頂けるとありがたいのですけれど。

**【今中委員】**

　例えば、脳卒中になってどこかに障害が起きたら早くリハビリをして機能を回復したい。ところが、早期にリハビリテーションを受けられる割合が地域によってかなり違います。必要な医療をしなければ、医療費も削減されます。そういう問題はありますので、例えば、必要な手術ができているかとか、必要なリハビリができているかとかを数字で出しておいて、それが悪化していないかをモニターする試みが重要だと思います。

**【武本委員】**

　大賛成でよくイメージできています。NHSのイギリスの健康保険制度の中で自己負担はなくても、入院するまでに1カ月かかるとか、外科医に診てもらうまでに3週間かかるだとか、そういうことが日常茶飯事です。そういうのが嫌だったらお金を出して別の病院にかかりなさいというところがあります。医療費適正化計画の中には、医療制限でかかりたい医療にかかれないところの問題が出てくるところをきちっと評価し、そうならないようにしてほしいということだと思いますので、それは大賛成です。

**【健康医療部長】**

　例えば、今おっしゃった脳卒中で早期リハビリできる病院って大阪府は極めてたくさんあるのですけれど、例えば、tPAを使った率とか早期リハビリの率と。心筋梗塞の後の心カテまでの時間とか心リハまでの時間とか、そういうものはある程度保険者の方と詳細なデータの提示を頂ければやっていける可能性はあると思います。ピンポイントであってもいくつか脳卒中のｔPA、心リハ、早期がんの手術率とかそういうようなもので見ていくだけでも一定の医療の質は示せると考えても。

**【今中委員】**

　そうですね。大事なものをすべて数値化するのは難しいので、できるところの一部分を医療提供者側の専門家から見てもおかしくないなというようなものであればそれをモニターしていくのが重要なのかなと思います。

**【健康医療部長】**

　ありがとうございました。あと、2番目の健康教育もまさに問題意識を持っておりまして、大阪府は教育委員会と私学教育を一緒にやって教育庁という組織になっていますが、教育庁とも連携し、各市町村の教育委員会にも働きかけているのと同時に医師会の学校医さんにお願いをして、学校医さんの健康教育の機会にも子どもの病気のことだけではなく、大人になってからの病気や社会保険制度なども教えてほしいということを今、お願いをし、働きかけているところです。そういう意味では、医師会の先生方とも一緒になって健康教育をもっと取り上げていきたいと考えておりましたので、一つ項目として立てさせて頂ければと思っておりますが、お願いします。

**【生野委員】**

　適正化のための終末期医療の議論ではないですよ。でないと、この間大橋巨泉が怒りましたね。病院から帰って、さあこれから頑張ろうというときに医者が来て、あなたの終末期はどうされますかと聞いてね、冗談じゃない、俺は元気でこれからやっていこうと思っているのにと。それから落ち込んでしまって大橋巨泉が死んで、それをNHKが取り上げて、皆が、そうだ、そうだと言っているのです。だから、終末期医療も難しくて、色々削減するためではなくて、選択。だから、皆も、もうちょっと議論を上手く動かさないと。終末期医療だけでここから入ってくるのは危険だなと思ってちょっと質問したのです。

**【木山会長代理】**

　よろしいでしょうか。私も啓発は非常に大事だと思いました。昔からこの仕事を30年以上やっているわけで、地域、職域、学校は基本的に大事だと思っています。特に、問題になっているのは若年者。20代、30代の方の健康保持・増進をどう図っていくかは、やはり子どもさん中心のPTAはものすごく大事な意味があると。その中で学校はいつも高いハードルでなかなか超えられない部分があるのですけれど、そこはやはり学校医の先生方は非常に重要な役割があるのではないかと考えてきたと。そして、小さな市町村の場合は組長さんが、やれと言ったら、もうそのまま行けるというのは結構あるんですけれど、ある程度以上の規模の市町村になるとなかなか学校というのはハードルが高くて、なかなか上手く行かないというふうなところもありますので、その辺りをどういうふうに啓発していくかというところは非常に難しいというか、そこのところをきちんと取組んで行かないと健診の受診率とかというのは上がって行かない理由の一つとして我々は考えて行かないといけないというふうに思います。それと、意識として大阪人の特性かも分かりませんけれど、何にも悪いところ無いのになんで受けなあかんねんと思ってはる人がかなり多いです。それともう一つは、我々が健診をしていても思うんですけれど、いや、受診しているからええねんというふうに思いはる方も、これがまたかなり多いというふうなとことで、そういうところで健診の受診率が下がっているというのは、これは火を見るより明らかというか、我々もデータとしてもっているわけですから、そういうふうなところをどう改善していくか。これもやはり医師会の先生方のお力を借りなあかん部分になるかと思うんですけれど、そういったところの啓発を含めて、健診を受けていますかというふうなことも、やっぱり院内に掲示しているところとか、なにかそういうふうなところで受診率を少しずつでも上げていければというふうに思っています。ただ、難しいのは、先ほど山口委員さんのほうからのお話にありましたけれど、健診受診率の向上のために色々我々も調べてやっているんですけれど。たとえば、受ける時間がないとか、休日や夜間にやってくれというふうな話もあるんですけれど、休日・夜間やったところで来る人が居ない。昼間でも来る人がほとんど居ないんですよね。下手をするとお酒を飲んで来はるんです、休日や夜間になると。そうすると、もうデータとして無茶苦茶になってしまうというふうなのがあって、そこら辺の扱いというのは今まで見ていますと非常に難しいなというふうなところがあったりして、人件費のことも考えないといけませんし、効率のことも考えないといけない部分がありますので、その辺の模索が我々もずっと続いているというところでなかなか答えが出て来ないというところがあるんですけれど、一つ大事なのはやはり地域ぐるみというか、その地域での啓発、誰々さんが行くから、私も行こかみたいなところや自治会活動とかそういうものを通じての一つの啓発というのも大事なのかなと思います。それがやっぱり地域というふうなところだと。ですから、地域・職域・学校というふうなところでの一体とした取組というのができるような啓発とかなにか、そういうふうなことができればありがたいかなというふうに思っています。

**【木山会長代理】**

ほかにご意見等がなければ、時間もそろそろ迫ってきたところでございますので。

**【武本委員】**

　僕は学校医も担当していましたが、学校医活動を通じて健康啓発をきちっとやって行きたいと思っていますし、大阪府医師会もそのような流れです。患者さんへの病院での啓発に関してもポスター等の話をぜひ行政と一緒になって取り組んで行きたいと思いますので、プロジェクトを組んで頂ければやっていきたいと思います。あと、特定健診の後の保健指導について、市の職員が土曜日・日曜日返上で実施したのですけれど、来る人が１，２人で効率が悪く、何のためにやっているのかとなる。これは保健指導を行う開催時間だけの問題ではないと思います。その解決には、医療を受ける側の山口先生、医療提供側、行政で一緒に考えてもっと良い知恵をださなければいけないと思います。よろしくお願いします。

**【今中委員】**

　どうも、ありがとうございました。コンビニと組んでコンビニの駐車場に肺がん検診車を置いてPRしたら肺がん検診の受診が増えたという事例もありました。また、啓発のツールで、たとえば脳卒中関係では国立循環器病センターの先生方が監修をされてFASTという2ページぐらいの漫画を作っておられて子供でも分かりやすく、たとえば、Face・Arm・Speechですね。Face・Arm・Speechがおかしいと脳卒中が考えられるから救急車を呼びましょうということで、TimeのTとなります。これは世界的に使われている標語ですが、その分かりやすい漫画を作られています。いろいろな啓発ツールが色々なところにあるので、そういうものもどんどんと普及することが重要だと思います。そのリソースはあるけれど、普及はできていないというのが現状ではないかなと思います。

**【木山会長代理】**

　どうもありがとうございました。最後にこれだけは言っておきたいというか、お願いしたいというか、ご意見はございますか。それでは、最後の議題に移らせて頂きますが、「その他」として事務局から、なにかございますでしょうか。

**【事務局】**

　特にございません。

**【木山会長代理】**

　はい。それでは、本日の会議はこれで終了したいと存じます。事務局にマイクをお返しいたします。

**【司会】**

　ありがとうございます。それでは、次回につきましてなんですけれど、先ほどの資料No.7のスケジュールでご説明をさせて頂きました通り、本年の夏頃を予定しております。また、こちら改めて日程調整等をさせて頂きまして、ご案内を差し上げますのでよろしくお願いいたします。それでは、本日はこれで閉会とさせて頂きます。ありがとうございました。

**【会場】**

　ありがとうございました。