

平成29年度 第1回
東京都医療費適正化計画検討委員会
議事録

平成29年7月21日

東京都福祉保健局

午前10時 開会

○渡部課長 ただいまから、第1回東京都医療費適正化計画検討委員会を開催させていただきます。

本日はお忙しい中、また大変お暑い中、ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

本検討委員会の事務局を務めます、福祉保健局保健政策部医療費適正化担当課長の渡部と申します。委員長が選任されるまでの間、進行を務めさせていただきますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

本検討委員会は公開となっております。本日は傍聴の方がいらっしゃいますので、お知らせいたします。

では、まずお手元の資料の確認をさせていただきます。本日の会議資料でございますが、資料1から資料8までと、参考資料1から2までをお配りしております。

また、別途机の上に第二期医療費適正化計画と国の基本方針を綴ったファイルを置いてございます。

落丁等がございましたら、事務局までお申しつけください。

続きまして、委員の委嘱でございます。各委員の皆様席上に、本委員会の委員についての委嘱状を置かせていただいております。本来であれば、福祉保健局長からお渡しすべきところでございますが、時間の都合上、申し訳ございませんが、簡略化させていただいております。どうぞ、ご了承いただきたいと思います。

それでは、ご出席の委員の皆様方をご紹介させていただきます。

お手元にお配りしてございます資料1「東京都医療費適正化計画検討委員会委員名簿」をご覧いただきたいと思います。

名簿の順番にご紹介をさせていただきます。恐縮でございますが、お役職等につきましては、名簿のとおりでございますので、お名前のみのご紹介とさせていただきます。

河原委員でございます。

○河原委員 よろしくをお願いいたします。

○渡部課長 島田委員は欠席とのご連絡をいただいております。

古井委員でございます。

○古井委員 古井でございます。よろしくお願ひします。

○渡部課長 石川委員でございます。

○石川委員 よろしくをお願いいたします。

- 渡部課長 平川委員でございます。
- 平川委員 平川でございます。よろしく申し上げます。
- 渡部課長 山本委員でございます。
- 山本委員 山本でございます。よろしくお願ひいたします。
- 渡部課長 永田委員でございます。
- 永田委員 永田でございます。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。
- 渡部課長 渡邊委員でございます。
- 渡邊委員 渡邊です。どうぞよろしくお願ひいたします。
- 渡部課長 加島委員でございます。
- 加島委員 加島です。よろしくお願ひいたします。
- 渡部課長 那須委員でございます。
- 那須委員 那須でございます。よろしくお願ひいたします。
- 渡部課長 矢内委員でございます。
- 矢内委員 矢内でございます。よろしくお願ひいたします。
- 渡部課長 濱中委員でございます。
- 濱中委員 濱中でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。
- 渡部課長 山中委員でございます。
- 山中委員 山中です。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。
- 渡部課長 楢島委員でございます。
- 楢島委員 楢島でございます。よろしくお願ひいたします。
- 渡部課長 須藤委員でございます。
- 須藤委員 須藤です。よろしくお願ひいたします。
- 渡部課長 西東京市の大久保委員の代理として、森谷保険年金課長にご出席いただいております。
- 森谷代理委員 よろしくお願ひいたします。
- 渡部課長 高橋委員でございます。
- 高橋委員 高橋です。よろしくお願ひいたします。
- 渡部課長 佐藤委員は欠席とのご連絡をいただいております。
- また、清水委員からも欠席とのご連絡をいただいております。
- 小竹委員でございます。

○小竹委員 小竹でございます。よろしくお願いいたします。

○渡部課長 笹井委員でございます。

○笹井委員 笹井でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○渡部課長 以上で、委員の方々のご紹介を終わらせていただきます。

続きまして、東京都の事務局職員の紹介をさせていただきます。

保健政策部長、矢内でございます。

○矢内部長 矢内でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○渡部課長 地域保健担当部長、本多でございます。

○本多部長 本多でございます。よろしくお願いいたします。

○渡部課長 このほか、関係各部から職員が出席しておりますが、委員名簿裏面でございます、事務局名簿をもって紹介に代えさせていただきます。

それでは、ここで開会に当たりまして、保健政策部長の矢内から、委員の皆様へ一言ご挨拶申し上げます。

○矢内部長 保健政策部長の矢内でございます。

委員の皆様には、日頃より東京都の保健医療行政に深いご理解とご尽力を賜り、厚く御礼を申し上げます。

また、このたびは東京都医療費適正化計画検討委員会の委員にご就任をいただきまして、誠にありがとうございます。

本日は、大変お忙しい中、また大変暑い中をこの委員会にご出席を賜り、重ねて御礼を申し上げます。

さて、改めて申し上げるまでもございませんが、2025年には団塊の世代が全て75歳以上となる超高齢化社会を迎えることとなります。東京都におきましても、2025年をピークに人口は減少に転じ、2030年には、都民の4人に1人が65歳以上の高齢者となる少子高齢化が、急速に進展する状況でございます。この中で、国民皆保険制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、住民の生活の質の維持・向上を確保しつつ、今後、医療に要する費用が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていくことが必要となっております。

このための仕組みといたしまして、平成20年度から各都道府県におきまして、住民の健康の保持・推進及び医療の効率的な提供の推進に関する取り組みを定める医療費適正化計画を策定し、取り組みを推進してまいりました。

この委員会では、平成30年度からの第三期計画に策定に向けたご議論をいただき、関連計画でございます東京都健康推進プラン21、東京都保健医療計画、東京都高齢者保健福祉計画、国民健康保険運営方針と整合を図っていくこととしております。このため、本委員会には各計画の所管課の職員も事務局として同席しております。

この計画が関連する諸計画と調和し、将来にわたり都民が必要な医療を安心して受けられる体制の確保に資するものとなるように、関連計画の改定等の状況も踏まえながら、策定を進めていきたいと考えております。

委員の皆様におかれましては、非常にタイトな日程でご審議をお願いすることとなり恐縮ではございますが、どうぞ、活発なご議論、ご意見を賜りまして、お力添えをいただくようお願いをいたしまして、開会に当たっての挨拶とさせていただきます。

どうぞ、よろしく願いいたします。

○渡部課長 それでは、資料2の「東京都医療費適正化計画検討委員会設置要綱」をご覧ください。

要綱第5の2により、委員長は委員の互選により定めることとなっております。どなたか立候補、あるいは、ご推薦がございましたらお願いいたします。

○加島委員 関連計画である保健医療計画の改定部会長を務めております河原委員が適任ではないかと思っておりますので、ご推薦いたします。

○渡部課長 ただいま、河原委員をご推薦いただきましたが、皆様、いかがでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○渡部課長 ありがとうございます。

それでは、委員長を河原委員にお願いしたいと存じます。

河原委員長には、中央の委員長席へ移動をお願いいたします。

(河原委員長 委員長席へ移動)

○渡部課長 それでは、河原委員長、今後の議事の進行をよろしく願いいたします。

○河原委員長 ただいまご指名いただきました河原でございます。医療計画等の策定にも関わっておりますので、その分いろいろ経験とか知識があるかも分かりませんが、それをこの委員会にも役立てていきたいというふうに思っておりますので、何卒、よろしく願いいたします。

次第に則り議事の方を進めたいと思っておりますが、本委員会の運営に当たりまして、副委員長を選任させていただきたいと存じます。

要綱の第5の2によりますと、副委員長は委員長が指名することになっております。

副委員長は、東京都保険者協議会の会長の加島委員にお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○河原委員長 ありがとうございます。

それでは、副委員長は加島委員にお願いいたします。

どうぞ、こちらの方にお越してください。

(加島副委員長 副委員長席へ移動)

○河原委員長 何か一言、ご挨拶いただければ。

○加島副委員長 副委員長を仰せつかりました加島でございます。河原委員長とは保健医療計画の改定部会の部会長、副部会長ということで、引き続き医療費適正化のほうも河原委員長をサポートしてやっていきたいと思っております。どうぞ、よろしくをお願いいたします。

○河原委員長 ありがとうございます。

それでは、議事の方を進めますが、その前に、会議録の取り扱いについて事務局からご説明をお願いいたします。

○渡部課長 要綱の第10の規定に基づきまして、会議録及び会議に係る資料は、原則公開することとなっております。

ただし、委員長または委員の発議により出席委員の過半数により議決したときは、会議録等を非公開とすることができます。

○河原委員長 ただいま会議録の扱いについて事務局からご説明がございましたが、この扱いでよろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○河原委員長 ありがとうございます。

今後、今、説明がありましたような扱いにさせていただきます。

それでは、本日の議題の方に入りたいと思っております。

まず議事(1)としまして、第三期計画の概要についてでございます。これは、今般策定する第三期医療費適正化計画の概要でございますが、これにつきまして、事務局からご説明をお願いいたします。

○渡部課長 それでは、資料3「第三期医療費適正化計画の概要」をご覧ください。

第三期医療費適正化計画の概要でございますが、都道府県医療費適正化計画につきましては、高齢者の医療の確保に関する法律第9条に基づき、各都道府県において策定することとされて

おり、住民の生活の質の維持と向上のための適切な医療と持続可能な医療保険制度の確保を図ることを目的として策定しております。

現在の計画は、平成25年度から29年度までが計画期間となっており、今年度、平成30年度から35年度までの6年間の計画期間とする第三期計画を策定いたします。

計画の主な記載事項につきましては、「病床の機能の分化及び連携の推進の成果、住民の健康の保持の推進、医療の効率的な提供の推進により達成が見込まれる医療費適正化の効果を踏まえた「医療費の見込み」、「住民の健康の保持の推進に関し達成すべき目標に関する事項」、「医療の効率的な提供の推進に関し達成すべき目標に関する事項」について記載することとされております。

関連計画につきましては、恐れ入ります、次の資料4をご覧くださいませでしょうか。

医療費適正化計画は、各関連計画等と調和が保たれたものとする必要があるとされております。

各計画と整合を図る内容につきましては、「健康増進計画における生活習慣病対策に関する目標、取組内容」、「医療計画における良質かつ適切な医療を提供する体制の確保に関する目標、取組内容」、それから「介護保険事業支援計画における介護給付サービスの量の見込みに関する事項及び介護保険施設等の整備等に関する取組内容」、また「平成30年度から策定する国民健康保険運営方針における国保の医療費及び財政の見通しに関する事項」、これらと整合をとることとされております。

資料3の方にお戻りいただけますでしょうか。

左側中央の法改正の経緯でございますが、平成27年5月に、医療費適正化の取組を国、都道府県、保険者及び後期高齢者医療広域連合が、各々の立場から進める体制を強化するため、適正化計画に関する法改正が行われました。

主な改正内容でございますが、地域医療構想と統合的な「医療費の見込み」を定めることや、行動目標について見直しがされました。

都道府県は、「地域医療構想に基づく医療提供体制の整備」と「医療保険者の取組の進捗状況管理」を担う立場であり、計画に定める目標を達成できないと認める場合には、その要因を分析し、対策を講じるよう努めることとされました。

策定プロセスの見直しでございますが、関連計画である保健医療計画や介護保険事業支援計画と整合を図る観点から、計画期間が5年から6年間に見直され、毎年度、進捗状況を管理し、次期計画等に反映させることとされました。

また、平成27年6月に閣議決定された「経済財政運営の改革の基本方針2015」におきまして、都道府県別の1人当たり医療費の差を半減させることを目指すとし、そのため、データ分析に基づく医療費の地域差の分析、「見える化」を推進することとされております。

法改正後の医療費適正化計画に関連する国の動きにつきましては、参考資料（2）の1ページから6ページまでに掲載しております。これに関しましては、後ほどお読み取りいただければと存じます。

こうした国における検討を経まして、第三期医療費適正化計画策定に係る基本方針が告示されました。

基本方針の要旨を抜粋したものを、参考資料（1）としてお付けしております。第二期計画策定時と今回改正された内容を対比させておりますが、こちらの方も後ほどご参照いただければと存じます。

右側の基本方針の概略でございますが、医療費の見込みについて、第三期計画では、計画最終年度の平成35年度の医療費の見込みを推計することとされており、国から配付される推計ツールにより、入院と外来に分けて推計することとされております。

入院医療費につきましては、地域医療構想による病床の機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえることとされております。

恐れ入りますが、推計につきましては、参考資料（2）の方で少し具体的に説明をさせていただきます。

参考資料（2）の10ページをご覧ください。

入院医療費の推計につきましては、資料中央<推計式のイメージ>のところですが、平成35年度の病床機能区分ごとの患者数の見込みに、1人当たりの医療費を乗じて算定をいたします。

外来医療費につきましては、この参考資料（2）の7ページにお戻りいただきましてご説明をさせていただきます。

医療費の見込みの推計式の四角の枠の中の入院外等のところでございますが、適正化の取り組みを行わない場合の自然体の医療費の見込みから、右側の後発医薬品の普及80%、特定健診・保健指導の実施率の達成、外来医療費の地域差縮減を目指す取り組みとして、糖尿病重症化予防の取組、重複投薬、多剤投与の適正化の効果額を控除して算出することとされております。

次の8ページをご覧ください。

まず、上の「1. 後発医薬品の普及による適正化効果額」でございますが、平成32年9月ま

で後発医薬品の使用割合を80%とするという政府目標を踏まえ、平成35年に80%を達成している場合の効果額を算定する式となっております。

次の「2. 特定健診・保健指導の実施率向上」についてでございますが、特定健康診査の実施率70%、特定保健指導の実施率45%を達成した場合の効果額を推計することとされております。

特定保健指導による効果につきましては、特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのWGにおける分析結果を踏まえ、保健指導により、単年度で1人当たり6,000円の効果があるものとして推計することが基本とされております。

13ページから15ページまでが「特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのWGの報告書」の概要ですが、後ほどご参照いただければと思います。

次に、9ページをご覧ください。

外来医療費につきましては、一定の広がりのある取組を通じて、医療費の地域差縮減が期待される点に着目して推計式を設定することとされております。

具体的には、①糖尿病に関する重症化予防の取組の推進や、②かかりつけ医、かかりつけ薬剤師・薬局の役割の発揮や、病院と診療所の連携の推進による重複投薬、複数種類の医薬品の投与の適正化などにより、地域差縮減効果が期待されるとして、以下の推計式が設定されております。

下の<推計式のイメージ>のところですが、「糖尿病の重症化予防」につきましては、40歳以上の糖尿病の1人当たり医療費の全国平均を上回る部分を半減する効果額を見込むこととされております。

「重複投薬」につきましては、3医療機関以上から同一成分の医薬品の投与を受けている患者の調剤費等のうち、2医療機関を超える調剤費等を半減する効果額を見込むこととされております。

「多剤投与」につきましては、15剤以上投与されている65歳以上の高齢者について、15剤を超える部分の調剤費等を半減する効果額を見込むこととされております。

資料3のほうにお戻りいただけますでしょうか。

計画に定める目標でございますが、特定健康診査等の実施率に関する数値目標、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率に関する数値目標、たばこ対策に加え、予防接種、生活習慣病等の重症化予防の推進、その他予防・健康づくりの推進に関する目標が示されております。

これらの行動目標につきましては、任意とされております。

次に、医療の効率的な提供の推進に関する目標といたしましては、後発医薬品の使用割合の数値目標に加え、重複投薬の是正などの医薬品の適正使用の推進に関する目標を定めることとされております。

なお、第二期計画までは、平均在院日数を目標として定めることとされておりましたが、地域医療構想の策定により病床機能の分化及び連携を推進するということから、平均在院日数につきましては、目標としないこととされました。

次に達成状況の評価ですが、法改正により、年度ごとに進捗状況を公表することとされ、計画の最終年度には進捗状況を分析・評価し、第四期計画策定に活用することとされました。

計画期間終了の翌年度には、実績評価を公表いたします。

基本方針には、新たに「国、都道府県、保険者等の役割」という項目が追加され、医療費適正化の取組については、それぞれの役割のもと、推進していく必要があると記載がされました。

国の取組としては、医療・介護保険全般を所管する国が役割と責任を果たすことを前提とし、国は、都道府県及び保険者等による医療費適正化の取組が円滑かつ効率的に実施されるよう、必要な支援を行うこととされました。

具体的には、生活習慣病の重症化予防の効果的な事例の収集、検証、後発医薬品の医療関係者への啓発、安定供給体制の確保等を行うこととされております。

都道府県は、地域医療構想により、医療提供体制の整備を推進することや、保険者等の取組の進捗状況を踏まえ、保険者協議会を通じ必要な協力を求めるなど、目標達成に向けて主体的な取組を行います。

また、平成30年度からは、区市町村と共に国民健康保険の保険者となることから、保険者機能の発揮という役割も担うこととなります。

保険者等の取組としては、医療保険の運営主体としての役割に加え、保健事業を通じた加入者の健康管理や、医療の質・効率性向上のための医療提供体制への働きかけ等、保険者機能の強化を図ることとされております。

参考資料（2）の16ページをお開きください。

平成30年度から、予防・健康づくり等に関する保険者のインセンティブとして、保険者種別の特性に応じ、市町村国保における保険者努力支援制度の創設、健康保険組合・共済組合における後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し等が行われます。

指標につきましては、保険者種別共通の項目と、保険者種別の特性を踏まえて、保険者種別

ごとに設定するものがございます。

18ページをお開きください。

保険者共通に評価する指標といたしましては、「健康・予防づくりに係る指標」4項目と、「医療の効率的な提供への働きかけに係る指標」2項目の計6項目があり、ご覧のとおり、医療費適正化計画において取り組むべき施策とされている事項が、評価指標として設定をされております。

次の19ページをご覧ください。

保険者協議会についてでございます。高齢者医療確保法では、保険者と後期高齢者医療広域連合が都道府県ごとに共同で保険者協議会を組織し、特定健診・保健指導の実施等に関する保険者間の連絡調整、保険者に対する必要な助言、援助、医療費などに関する情報の調査、分析等の業務を行うことが規定されております。

第三期計画からは、法改正により、都道府県が医療費適正化計画の策定に当たって、この保険者協議会に事前に協議をすること、計画に盛り込んだ取組を実施するに当たり、保険者等に必要な協力を求める場合に、保険者協議会を通じて協力を求めることができる仕組みとなっております。

第三期計画の概要、他計画等の関連についての説明は以上でございます。

○河原委員長 ありがとうございます。

ただいま事務局から第三期医療費適正化計画、それから医療費適正化計画と他計画との関連について説明がございましたが、何か質問とかご意見はございますか。

今後の進め方にも絡んでくると思うのですが、資料4で、他計画との関わりがかなり出てくると思うんですね。他計画が現在進行形か、あるいはできている部分とかいうのもあるので、行政の無駄を省くために、そういう部分、できている既存のものとか、方向性が定まりつつあるものは、どんどんこの計画に入れてきて、施策として実施するのが望ましいかなというふうに思います。事務局もそうお考えだと思いますが、いかがでしょうか。

○渡部課長 健康増進計画、医療計画、介護保険事業支援計画との調和でございますが、医療計画と介護保険事業支援計画は、まさに今年度、同時並行で30年度からの計画策定につきまして、検討されているところでございます。そちらにつきましては、それぞれの、ここに記載のとおり取組の内容等について、熱心にご検討されているところでございます。

また、健康増進計画、健康推進プラン21につきましては、来年度が中間評価の年ではございますが、前倒しで予算要求に向けて、さまざま充実していくもの、課題等々を、整理をしてい

るところでございます。

そういったところと十分連携、協力をいたしまして、取組については、こちらでいただいたご意見もそういったところの計画にも反映させていただいて、こちらの計画にもいろいろと取組内容を持ってくるということで、並行してやっていきたいと思っております。

○河原委員長 ありがとうございます。

では、是非、そのように進めていただければと思います。

資料3、4についてはいかがですか。あるいは参考資料（2）ですか、何かご質問等はありませんか。

では、もしございましたら、後で戻っていただいても結構ですので、次の議題に移らせていただきます。

次が、議事（2）としまして、東京都の医療費等のデータ分析の方向性でございます。これにつきまして、都の医療費の現状も含めて、事務局からご説明をお願いします。

○渡部課長 それでは、東京都の医療費等のデータ分析の方向性と、資料6の東京都の医療費等の現状について、続けてご説明をさせていただきたいと思えます。

まず、資料5をご覧ください。

計画策定に当たりまして、数値目標等の設定、目標達成のために取り組むべき施策を定めるため、東京都の医療費や都民の健康状態、特定健康診査等の実施状況等の現状や地域特性等を的確に把握し、計画に反映する必要がございます。このため、東京都の医療費等についてデータ分析を行う必要があると考えております。

国の基本方針におきましては、医療費の調査分析の視点として、医療費が伸びている要因を分析するため、高齢者の医療費を中心に全国平均値等との比較、全国的な位置付けを把握し、他県との比較等により、原因等を分析すること、保険者等住所地や医療機関所在地、住民ごとの医療費の実績と動向を分析することが示されております。

調査分析に必要なデータといたしましては、国保事業年報等の医療費データや、医療機関の病床数の状況、特定健康診査等の実施状況のデータを活用することとされており、国からもデータを提供するとしております。

資料の右側をご覧ください。

分析に活用可能なデータといたしましては、国から提供されたデータとして、入院外医療費データの社保・国保等別、都道府県別、二次医療圏別、性別、年齢階級別のデータがございます。

具体的には、54疾患別の医療費のデータ、重複、頻回受診の状況、重複投与、複数種類医薬品の状況等のデータとなっております。

また、後発医薬品の数量シェア、切替効果額の都道府県別、保険者種別のデータ、特定健康診査等の実施状況につきましては、都道府県別、性別、年齢階級別のデータが提供されております。

以上が国から提供されているデータでございますが、医療費につきましては、入院外医療費のみとなっておりますので、区市町村と後期高齢者広域連合のレセプトのデータを1カ月分お借りしております。

分析の課題でございますが、被用者保険の加入者住所地別医療費等の状況が把握できないということがございます。

右側の分析の方向性（案）についてでございますが、保険者により年齢構成は異なりますが、第一期医療費適正化計画策定の際に、健保組合と共済組合それぞれ1団体ずつ保険者にご協力をいただきまして、分析をさせていただいた際、年齢階層別の疾病の出現状況はおおむね同様という結果を得ております。

今回も、入院も含めた市町村国保及び後期高齢者医療のレセプトデータを中心として、年齢階層別の医療費を分析し、都民の健康課題の抽出、地域特性等を把握してまいりたいと考えております。

左下の主な分析事項でございますが、医療費分析につきましては、地域別、性別、年齢階級別の医療費を疾病大分類別に分析するとともに、生活習慣病関連の疾病、新生物、精神疾患等につきましては、疾病中分類での分析をさせていただきます。

特定健康診査等の実施状況の分析結果も含め、特定健康診査・保健指導等の円滑な実施に向けた取組、生活習慣病の重症化予防の取組等、住民の健康の保持の推進に係る取り組むべき施策の検討に活用していきたいと考えております。

後発医薬品の数量シェア、切替効果額の薬効別、疾患別の状況の分析につきましては、保険者等の後発医薬品の使用促進に係る取組の支援等の検討に活用してまいります。

重複投与、複数種類医薬品投与患者の分析につきましては、保険者等による医薬品の適正使用の取組の推進の検討に活用してまいります。

続いて、資料6をご説明させていただきます。

東京都の医療費等の現状についてでございます。国の資料等、現時点で持ち合わせております資料、第二期までの分析結果からまとめたもので、全部で36ページございますので、ポイン

トをご説明させていただきます。

まず、1ページでございます。

東京都の医療費の現状でございますが、左側に都の医療費と後期高齢者医療の推移についてお示ししてございます。厚労省から出されております国民医療費の都道府県別の額でございます。国民健康保険医療費と後期高齢者医療費は、患者住所地別データで都民分ということになりますが、被用者保険医療につきましては、患者の住所地別データがございませんので、患者の住所地別推計患者数を医療施設の所在地別推計患者数で除した率などを用いた調整率を用いて、患者住所地別医療費を推計しているものでございます。

この都道府県別医療費は3年ごとに公表されるため、20年度から3年ごとの推移になっており、26年度の都の医療費総額は3兆9,679億円、うち、後期高齢者医療費が1兆2,244億円と、30.9%を占めております。

右側のグラフは、毎年度の伸び率を参考に見るため、都内に所在する医療機関分の医療費の集計値の推移を見たものでございます。そのため、26年度の額は2,311億円多くなっております。

おめくりいただきまして、2ページでございますが、1人当たり医療費の全国比較でございます。

こちらは、国民医療費を都道府県別の人口で単純に割り出したものでございます。平成26年度における都民1人当たりの医療費は29万6,000円で、全国平均の32万1,000円よりもやや低く、40位となっております。なお、年齢補正前の値でございますので、高齢者人口比が他県よりも低い東京都の場合、低目になってまいります。その点をご考慮の上、ご覧ください。

3ページから、後期高齢者医療費の状況でございます。

まず、1人当たりの後期高齢者医療費ですが、26年度における全国比較で見ますと、東京都は92万1,000円で、全国平均の93万2,000円と同程度であり、22位となっております。

右側の折れ線グラフは、都の総人口、高齢者人口の将来推計ですが、2005年から2025年までの20年間で、75歳以上の人口が2倍超になっております。

ページをおめくりいただきまして、4ページをご覧ください。

後期高齢者1人当たり医療費の入院、入院外、歯科の全国比較になりますが、入院は、1人当たり約41万2,000円で30位となっておりますが、入院外は、1人当たり約44万7,000円で8位、歯科は、1人当たり3万8,857円で4位という状況でございます。

続きまして、5ページをご覧ください。

平成26年度における後期高齢者1人当たり医療費の都内比較でございます。相対的に区部が高く、都内平均91万9,350円より高いのは、全て区部という状況になっております。

1枚おめくりいただきまして、6ページが1人当たり後期高齢者医療費の入院、入院外、歯科の都内比較になりますが、島嶼地区につきましては母数が少ないことによる影響がございますので、その旨を含めて見ていただければと思います。

次に、7ページでございますが、医療施設数の状況になります。

他県と比較して都はどうかというところを見てまいりますと、人口10万人当たりの医療施設数では、一般病院が40位と少ない状況でございますが、一般診療所は5位、歯科診療所は1位という状況でございます。また、精神科病院は45位となっております。

8ページをご覧ください。

人口10万人当たり種類別病床数でございますが、一般病床、療養病床はそれぞれ42位、精神科病床は46位と、他県と比べますと低い順位になっております。

9ページをご覧ください。

全国保険制度別年齢構成と疾病構造の状況でございます。医療費データは保険者別になっており、保険者ごとに加入者の特徴がございます。年齢で見た場合、国民健康保険は前期高齢者の加入率が高く、高齢者層の占める割合が大きくなっておりますが、55～59歳までは、同じような折れ線になっております。

引き続き、10ページから12ページが、全国保険制度別疾病構造の疾病大分類別構造の医療費となります。

まず、入院を見ていただきますと、全体として「新生物」の占める割合が最も高く、次に「循環器の疾患」という傾向は、被用者保険と国保は同じ傾向となっております。ただし、国保は3番目に「精神及び行動の障害」の占める割合が多くなっております。また、前期高齢者の加入率が高いため、「循環器の疾患」が被用者保険より多く、後期高齢者医療はさらに高い割合を占め、疾病構造も変わってきております。

11ページをご覧ください。

入院外の医療費になりますが、被用者保険におきましては、「新生物」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「循環器系の疾患」の割合がほぼ同じ傾向でございますが、一番高い割合は「呼吸器系の疾患」となっております。これは、被扶養者の年齢層が若い方の「呼吸器系の疾患」が高いことが影響していると考えられます。国保は、入院と同様、「循環器系の疾患」の割合が多くなり、後期高齢者医療になりますと、さらに多くなるという状況になっております。

次の12ページでは、入院と入院外を合わせた医療費となりますので、ご確認いただければと思います。

13ページから20ページまでが、都の国保疾病別医療費データから見る疾病状況でございます。疾病大分類別に見た概況でございますが、レセプト件数の構成の18年5月診療分と24年5月診療分を載せてございます。ともに「循環器系の疾患」が17%と最も多く、「呼吸器系の疾患」14%と続き、次に、18年では3番目の「眼及び付属器の疾患」と5番目の「内分泌、栄養及び代謝疾患」が、24年では逆転しておりますが、1%の差で、各疾病の構成割合は大きくは変わっておりません。

おめくりいただきまして、15ページは、年齢階級別に見たレセプト件数の構成でございます。若年層におきましては、「呼吸器系の疾患」が多く、50～54歳から高齢になるにつれ「循環器系の疾患」が多くなっております。

おめくりいただきまして、17ページの入院外では傾向がより強く出ております。

お戻りいただきまして、16ページでございますが、年齢階級別に見たレセプト件数構成の入院となりますが、「新生物」の割合が、24年では、高齢になるにつれ、さらに多くなっております。

18ページをご覧ください。

疾病中分類別に見た24年5月診療分のレセプト件数ランキングでございます。「高血圧性疾患」が最も多く、次に「その他の内分泌、栄養及び代謝疾患」、「糖尿病」、「屈折及び調節の障害」、「皮膚炎及び湿疹」という順番になっております。

19ページをご覧ください。

医療費になりますと、「腎不全」がトップになり、次に「高血圧性疾患」、「その他の悪性新生物」、「統合失調症」、「糖尿病」という順番になります。

20ページが受診率ランキングでございますが、レセプト件数と同様の順位になっております。

21ページをご覧ください。

都の生活習慣病疾病別1人当たり医療費、国保と後期高齢者医療分でございます。まず、40歳～74歳では、「高血圧性疾患」、「腎不全」、「糖尿病」という順位になっております。

22ページをお開きください。

65歳～74歳でございますが、「高血圧性疾患」が最も多く、次に18年、19年は「腎不全」が高くなってございますが、21、22年は、「糖尿病」が来ており、23年はまた「腎不全」が高くなってございます。

23ページが、75歳以上になりますが、後期高齢者になりますと「脳梗塞」が上がります。また、「高血圧性疾患」も5,000円と、65歳～74歳の約2倍になっております。

この経年比較のデータでございますが、20年、21年が低く安定していないため、今後の数字を医療費分析で見たいと思っております。

24ページが「高血圧性疾患」の年齢階級別受診率ですが、入院では60歳～64歳から65歳～69歳で一気に2倍に高くなっております。

25ページが、「糖尿病」の年齢階級別受診率でございます。

26ページから、こちらは国が、社会保障審議会医療保険部会で報告をいたしました糖尿病外来医療費の分析でございます。

全年齢・男女計の1人当たり医療費、受療率、1人当たりの日数、1日当たりの診療費の全国比較でございます。

26ページの①全年齢・男女計でございますが、1人当たり医療費、受療率、1人当たりの日数は、全国平均よりも東京都は低い状況でございますが、1日当たりの診療費は全国平均より高くなっております。

27ページが40～64歳の男女計になりますが、同じく1人当たり医療費、受療率、1人当たりの日数は、全国平均より低くなっておりますが、1日当たりの診療費は全国平均より高くなっております。

28ページの65歳～74歳の男女計におきましても、同様の状況でございます。

29ページが75歳以上の男女計になりますが、1人当たり医療費、受療率、1日当たりの診療費が、東京都は全国平均より高くなっております。

続きまして、30、31ページが、特定健診・保健指導の実施状況でございます。

特定健診実施率は、平成26年度東京都におきましては62.1%で、全国1位となっております。平成20年度から26年度まで全国平均を大幅に上回っております。

一方、31ページが特定保健指導の実施率でございますが、東京都は15.5%、全国39位と低く、平成20年度から26年度まで全国平均を下回っております。

32ページをお開きください。

メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合となっております。東京都は、該当者、予備群割合ともに全国平均をわずかに下回っております。

33ページがメタボリックシンドローム該当者と予備群の減少率ですが、東京都は24年度から順調に減少率を伸ばしております。

34ページをお開きください。

後発医薬品の使用状況となります。27年度の薬効別の数量シェアは、東京都は59.1%、44位という状況でございます。

35ページが、後発医薬品に置き換えた場合の切替効果額の最大値と最小値を集計したものでございます。

下の段には、今回、厚労省から示されたデータとなりますが、国保の後発医薬品薬効別の切替効果額となっております。

最後に、36ページをお開きください。

国の社会保障審議会医療保険部会で報告されました医薬品の投与状況に関する分析でございます。

左側のグラフは、同一月に同一の薬効の薬剤を複数医療機関から処方を受けた患者の割合を、都道府県別に示したものでございます。上段の国保と後期高齢者と下段の社保を比べますと、社保のほうが重複投与の割合が高いことが分かります。また、国保と後期高齢者、社保ともに大半を占めておりますのが、2医療機関から重複投与された患者の割合でございます。

右側のグラフは、同一月内に5種類以上の薬剤を投与された患者の割合を、都道府県別に表しております。上段の国保と後期高齢者と下段の社保を比較いたしますと、国保と後期高齢者の方が全国的に多剤投与された患者の割合が大きいことが分かります。また、10種類以上の薬剤を投与された患者の割合が多く、特に10～14種類、15～19種類投与された患者の割合で見ると、それぞれ2倍近くの差がございます。

医療費等のデータ分析の方向性（案）と都の医療費等の現状につきましての説明は、以上でございます。

○河原委員長 ありがとうございます。

ただいまのご説明に関しまして、何か質問、ご意見はございますか。

どうぞ。

○永田委員 資料6の34ページの後発医薬品のところは、仕事柄、関係が深いと思って見させていただいているのですが、(1)のシェアの27年度というところで、28年度の調剤報酬改定で、かなりシェアが変わっているはずなんですね。新しいデータに切り換えるということは可能なんでしょうか。それでも、まだ東京都は44位程度ぐらいの範疇で推移をしているということでしょうか。

○渡部課長 今、これは全国比較のシェアになっておりますけれども、こちらの方は、まだ厚

労省から新しい28年度の実績が出ておりません。ただ、保険者、それから、それぞれ取り組みを積極的にやっているところがございますので、伸びているというところは、厚労省からも伺ってはおります。

○河原委員長 ほかは何か、ございますか。

どうぞ。

○山本委員 歯科医師会の山本でございます。

資料6の4ページ目でございますけれども、1人当たりの後期高齢者医療の歯科の全国比較というのが第1位ということで、これは単純に見ると、非常に多いなというふうに見られるのですが、その横にある1人当たりの医療費の価格等を見ていただくと、医科の、例えば、入院外は1万4,000円であるのに対して、歯科は6,000円ということで、半分でございます。

それから、もう一つ、7ページの、歯科の診療所の数ということを考えますと、第1位ということで、東京には約1万軒ございます。全国で6万8,000軒のうちの1万軒ということですので、大体、7分の1が東京に集中をしているということから考えますと、やはりこうした部分では、後期高齢者の患者数も増えてしまう。

それから、たしか2年前ですけれども、東京都の、いわゆる患者調査の中で、8020の達成者を見ますと、既に54%。先日、厚労省が発表しました8020達成者は、たしか51.4%で、東京では8020を達成していた人が多いということは、歯の本数も増える、それだけ治療する歯数も増えるということになりますので、どうしてもこの辺は致し方ないのではないかというふうな気がしております。

以上でございます。

○河原委員長 確かに、今度の適正化計画の中に医療費の地域差の分析とか、差を半分にするとかありますけれども、離島のところが医療費は安いですね。離島というか、伊豆諸島の。長崎県でも離島の医療費は安いです。つまり、医療施設があるか、ないかという社会的要因にも左右されるということで、このお示しいただいている資料プラス、社会経済状況も踏まえて検討しないと、歪んだ結果が出るような感じもいたしますね。だから、そういう部分も見ながら検討していきたいと思えます。

ほかに何か、ご意見はございますか。

どうぞ。

○古井委員 資料6の30ページ目、31ページ目でございますが、今回の医療費適正化計画は医療費の構造をしっかりと明確にするということと、それから、健康と医療は両輪で、被用者保

険とか国保とか、それぞれの環境が違いますので、保険者種別の受診行動、健診や保健指導の状況は対策を立てる上では、重要な基礎資料になると思います。

○河原委員長 ほかは何か、ご意見はございますか。

どうぞ。

○矢内委員 協会けんぽの矢内でございます。

先ほどの資料の6ですけれども、永田委員からもお話がありました。34ページの後発医薬品の数量のシェアというグラフがございます。こういう状態というものは分かるのですが、これから先、どのように後発医薬品に関して打ち手を打っていくのかとか、対策をとっていくのかということになりますと、もう少し具体的に突っ込んだ、現状を分析した資料がないと、なかなか手の打ちようがないということになるのではないかと思うのですが、資料5には、厚労省から提供される資料とか、そういったものを分析するというようなお話もございますが、東京都独自としても、もう少し具体的に打ち手を打つ場合に参考になるような資料を提供していただけるとありがたいと思います。

○河原委員長 どうぞ。

○渡部課長 ありがとうございます。

後発医薬品のこちらの方のデータ分析については、国から、先ほど資料3でご説明させていただいたように、データセットで提供されております。ですから、これに基づきまして、第2回の検討委員会に向けて分析結果報告をさせていただいて、ご議論いただくこととなりますが、そこで十分分析をさせていただきたいと思っております。

○河原委員長 ちょっと参考に教えていただきたいんですけども、後発医薬品の数量シェアというのは品目のパーセントなんですか。100医薬品があれば、そのパーセントなのか。これは、例えば売り上げベースの、金額ベースのシェアが出ないのかとか、いろいろ切り口があると思うんですが、数量シェアの定義を教えてくださいなんですが。

○永田委員 恐らくこれは健康保険法上の数量シェアになっていると思いますので、後発品のある先発品と、それに付属する後発医薬品、それを合わせたものを分母にして、分子がその後発医薬品だけ、その数量ベースで計算されていると思います。ですから、保険でやっていますので、いわゆる、過去からある薬局法上に載っているような古い医薬品に関しては、後発医薬品の対象から外れていると思います。

○河原委員長 ありがとうございます。

ほかに何か、ご質問とかご意見はございますか。

どうぞ。

○山本委員 資料5の右側の方でございますけれども、分析に活用可能な医療費のデータ等ということで、今回、28年11月分の市区町村国保、それから後期高齢者医療のレセプトデータが出るということでございますので、特に私が知りたいといえますか、東京都歯科医師会として聞きたいのは、やはり歯科訪問診療がどれくらい行われているかということで、ぜひ、歯科訪問診療の1、それから歯科訪問診療の2、歯科訪問診療の3というふうな点数がございます。

歯科訪問診療の1というのは、主に居宅をベースとしております。それから、歯科訪問診療の2というのは、多分、グループホーム等の9人ぐらいの方が住んでいるところの診療費になります。それから、歯科訪問診療の3というのは、多分、大規模な介護施設だというふうに思っていますので、そういうところにどれくらい訪問歯科診療が行われているかということが分かりますと、今後の2025年以降の後期高齢者が在宅に移ったときに、どれくらい需要があるのかということが推計できると思いますので、是非、お願いをしたいと思っております。

以上です。

○河原委員長 ありがとうございます。

よろしいですか。

○渡部課長 どのように出せるかどうか、分析できるか、検討させていただきます。

○河原委員長 ほかは何か。

特に資料5と資料6の説明がございましたけれども、資料5が今後のこの会議でのデータ分析の方向性（案）となっておりますので、この（案）をちょっと修正、あるいは確定しないといけないわけですが、何かご意見とか、ここはちょっと考えるべきだとか、そういう点はございませんか。

○石川委員 今までご覧いただいたとおり、資料6に関しましても、非常に大量のデータがこれから先出てくることになると思うんですが、是非、ある程度重点的に対象、取り組むべき項目、あるいは優先順位、時期等に関しまして、少し計画的に取り組んでいただければいいというふうに思っているんですけれども、いかがでしょうか。

○河原委員長 お願いします。

○渡部課長 ありがとうございます。

国からいただいたデータも54疾患別。これを全て分析を、54番目の医療費の疾患まで分析をするということになりますと、相当の期間をかけて、それでも、それに対してどういう取組ができるかというところもございますので、ある程度重点的に、例えば医療費で10番目まで、上

位10番目までかかっている疾患に、そこを重点的に、年齢階級別に、性別に、こういったところで、それぞれ保険者、東京都がどのように取り組んだほうがいいとか、そういう課題を整理するに当たっては、ある程度、今、石川委員からいただいたようなご意見も踏まえて、重点的に、メリハリのある分析の報告を次回させていただきたいと思っております。

○河原委員長 ぜひ、その方向でお願いします。

例えば、インパクトが大きい疾患とか、施策、そういうものを中心にやったほうが効果的だと思います。残りが対策を講じなくていいわけではなくて、やはり一つずつ抑えていって、次というふうなことで進めていったらいいかなと思います。

ほか、どうぞ。

○古井委員 生活習慣病の医療費というのは高額になると厄介だということと、予防の対策が重要なのですが、研究結果からは服薬している方が重症疾患になっており、高血圧とか、血糖が高い方が、お医者さんに行くのが遅いという示唆が得られています。したがって、特定健診を受けて、その結果は高いんだけど、なかなか医療にかかっていないという方が、現役世代を含めて多いと思います。

また、服薬中の方でも暴飲暴食をしている方も少なくありませんので、特定健診の値が高いんだけど、治療をしていない未治療の方がどのぐらいいて、服薬をしている方でも値がコントロールされていない、生活習慣状況が悪いというところを見ていただくと、対策に反映がしやすいと思いますが、いかがでしょうか。

○渡部課長 やはり、生活習慣病に罹患した後に、速やかに医療機関の受診を勧奨するとか、そういった重症化予防をするための取組として、保険者の取組のインセンティブの6つの指標の中に糖尿病の重症化予防を積極的に取り組んだところに、例えば国保でいえば、保険者努力支援制度を創設して、そこに交付金がくる、それから、後期高齢者支援金の加減算のところでも、重症化予防の取組を積極的に推進していくということがございます。

そういった中で、それぞれ、例えば国保の保険者の場合は、28年度からそういった取組が前倒しでされておりますけれども、そういった取組が、今、積極的にやってきているという状況を踏まえまして、どのようにデータとして出せるかどうか、検討をさせていただければと思います。

○河原委員長 ほかに何か、ご意見はございますか。

○加島副委員長 保険者の立場から言うと、医療費適正化をどんどん進めなければいけないという背景があるんですけども、何か国がやっている数値をばんばん出していって、その数値

が全国平均で東京都はこれだから、もっと上げなきゃいけないとか、東京都の適正化計画ではそういうふうにはしたくないなと思っているんですね。

今、古井先生がおっしゃいましたけれども、古井先生が埼玉県で調査なさったときに、外来の件数が多いところ、外来を受けていたら入院費がかなり少なくなる。早目にかかっている部分で重症化を予防していくような効果があるという調査をなさったりしたわけですね。こういうのだと、外来の数だけ出す、入院だけの数だけ出すと、全国平均でこうだ、こうだというふうになってくると、その関連が出てこないような気もするんですね。

特定健診についても、特定健診の受診率が大きければ、特定保健指導の母数が変わってきますよね。だから、単純にこの数値を比較して表に出していくと、全国で東京は特定保健指導の実施率が少ないとか、そう言われるのはちょっと何か気になるところです。

やっぱり東京は、いろいろ東京としての役割なり、首都ということもあって、色々な医療機関も高度な医療機関があるとか、いろんな条件があると思うので、その辺を方向ベースにしなから、適正化計画を立てるべきかなというふうに思います。

また、あえて言えば、我々、東京都の保険者協議会としては、毎年、厚生労働省に特定健診・特定保健指導に対して意見書を出しているんですね。今年もやりますけれども、効果の出し方も、先ほどワーキンググループで出していますけれども、このワーキンググループの効果で本当に何千円とか、本当にこの検証がここまで行けるのかどうかということもすごく疑問に思って、その件についても那須委員のほうから今回ありまして、厚生労働省に出していくんですけれども。

もう一つ言わせてもらえば、被保険者に対して、健診を国民として受けなさいというようなことを書かれていないわけですよ、高確法とか、そういうのに対して。国民の責務というんですか。東京都は、保健医療計画の中にちゃんと都民の役割として、健診を受けなさいというように入れているわけですね。そういうのを、やっぱり国が主導をとってやってもらいたいと思うので、がん対策基本法にはちゃんと健診を受けることとか入っているんですけれどね。そういうことも、国の立場として広報を充実するとかやってもらいたいなと思って、また、保険者協議会としていろいろ言っていくんですけれども、そういうことも合わせてできたらどうかと思います。

○河原委員長 確かに、資料4のところ、他の計画との兼ね合いが書いていますが、今、医療計画にしる、健康増進計画にしる、策定したり、策定途上ですが、要するに、医療費適正化計画というのは、今の東京の、例えば医療体制に基づかないといけないわけですね。健康増進

体制に基づくとか。だから、もう器はそちらの他計画の器の中でその東京の特性を生かしながらやるしかないと思うんですね。

だから、やはり加島副委員長がおっしゃったように、全国一律で考えるというのは、ちょっと私としてもしたくないなと思っています。

それから、冒頭に申しましたように、医療機関があるか、ないか。これ、供給者誘発需要みたいですが、あるか、ないかにも左右されますし、1人当たりの医療費。だから、そういうふうなことを東京として、東京の特性として見て行って、それで分析していきたいというふうに思います。

いかがでしょうか。そういうふうなスタンスでよろしいですか。

基本的には、そういうスタンスでやらせていただきます。

それから、私もちょっと思うのは、例えば後発医薬品を80%やっても、今、医薬品8兆円でしょう。何年もつんですかね、この効果、80%にしても。

だから本論は、入りの部分です、やっぱり。出の部分もあるけれども、入りの部分をどうするか、財源の負担をどうするか。それから、出の部分もちろんありますよ。何か後発医薬品というのは、傍流の傍流みたいな感じがしますね。

それは、私の個人的な考えですけれども。ここに書いていますから、やるのはもちろん必要ですけれども。

ほかに何か、ご意見はございますか。

どうぞ。

○石川委員 今、河原先生からもご指摘があったと思うんですけれども、恐らく、今回、その資料3のところの上の基本方針の中で、国から求められている医療費の見込みの計算の部分というのは、もうこれは本当に入り口の入り口、初歩的なものだと思います。

ただ、多分、これを過ぎないことには、その都の独自の議論というのもできないと思いますので、是非とも、うまく時間を扱えるように、国の医療費の見込みの部分に関しては、早目に出していただいた上で、その現状を報告していただいて、それを見た上でやらなければいけない施策が検討できるようにしていただければいいかと思うんですが、どうでしょうか。

○河原委員長 いかがですか。

そういうふうな要素も勘案しながらやっていきたいと思っています。

それから、加島委員がご指摘したけれども、そうは言ったけれども、ワーキンググループの計算式とかいうのは、信憑性といったら怒られるけれども、どの程度あるんですかね。

例えば、特定健診・保健指導、あれで6,000円か何か書いていたけれども、例えば保健指導を受けなければ、仕事ができるわけですよ、その時間。だから、期間費用が発生するわけで、そういうのを加味したらどうかなと思いますけれども、一応6,000円の差を尊重しますけれどもね。

だから、式を見ていないから、どこまで考えているのか分かりませんが、経済的に分析するというのは、立場が変われば非常に難しいんですよ。逆にもなるので、一つの参考にしかならないかなとは思いますが。

ほかに何か、ございますか。

平川委員、何かご意見はございますか、提供者側の立場として。

○平川委員 数字がたくさん出ているので、一遍に見切れないんですけども、いろいろ疾病大分類に分かれています、高齢化に伴ってかなり疾病構造が変わってきていて、1人でたくさん病名を持っているとか、認知症が背景にあるとか、そういう複合要因があるので、それをどう、この中で分析していくといいのかなというのをさっきから考えていました。きれいに1個1個の病気があって、1人に1つの病名がくっついていて、その線引きで進んでいくような分析で可能かどうか。様々な病気が複合的に足を引っ張る場合もあるので、クリアには見えるんですけども、そのままでいいのかなという印象は受けました。

○河原委員長 やっぱりそうですね。社会背景がありますよね。

だから、在宅死亡が一番多いのは東京都ですね。それは、東京都が在宅医療体制が発達しているからかどうかわかりませんが、多分そうじゃないと思うんですね。だから、社会経済状況で、かなり医療の姿への影響をされると思います。

それから、資料6の13ページ。これは5月のレセプトになっていますけれども、あんまり影響ないけれども、例えば、季節性の影響のある疾患。例えば、12月のレセプトだったら風邪とか多いとか、3月だったら花粉症が多いとか、ちょっとは季節変化の影響を受けますので、あんまり大勢には影響ないと思いますけれども、そういうところにも注意していただければと思います。

ほかに何か、ご意見はございませんか。

どうぞ。

○矢内委員 資料4です。医療費適正化計画と他の計画との関連ということで、この計画はいろいろな他の計画と関連づけながら検討され、解決されていくべきであろうということはよく分かるのですが、その中で、医療計画との調和というのが(2)のところにございますが、医

療計画との調和ということになると、その医療計画の一部に地域医療構想という構想がありますが、この地域医療構想に於いても、病床機能の分化とか、連携とか、効率化と、こういったことを検討しているわけですが、これとの関連というのはどのように考えておいたらいいのでしょうか。この適正化計画を検討している過程で同時進行で医療計画が検討されているので、それを関連づけるというのは非常に難しいという、そういう技術論なのか、そのほかにどういふことがあるのか、もし関連付けるということが言えるなら、この医療計画との調和というところに地域医療構想も含めてとか何かあると分かるんですけども、そこに含めていないように感じるんですが、どういうものなのでしょう。

○榎本課長 ありがとうございます。

医療計画との調和ということでございますが、今回、第6期、7期の医療計画策定に当たっては、地域医療構想も一体化させていくということになってございますので、その地域医療構想の考えに基づいて、医療計画もあわせて策定していくということでございます。ここには地域医療構想のことは触れてございませんが、医療計画の調和となれば、地域医療構想も含まれてくるということでご理解いただければというふうに思っております。

○河原委員長 どうぞ。

○石川委員 テクニカルに少し補足の説明をさせていただきますと、資料3のところに書いてありますけれども、右上のところにある医療費の見込みの中で、入院医療費に関しては、「病床の機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえる」と書いてあるんですが、まさにこの部分が実は地域医療構想と直結している部分です。数値目標としての医療費の見込みを立てる部分に関しては、地域医療構想で設定されている4機能区分ごとの病床数の目標というのを使った上で、医療費の見込みを立てますという形なので、まず地域医療構想で決定済みの必要病床数のところが、この医療費の見込みに入ってくるというのが1段階目になります。

ただ、それが実際に実現できるかどうか、病床の機能の分化と連携の部分がどう進められるかという部分に関しては、保健医療計画、地域医療構想の具体的なその推進に関わる事項と連携して、対策を考えていくという形になるので、可能であれば、他のものもそうなんですが、医療費の見込みとしての数値目標を立てていく部分と、その数値目標を実現していく部分との2つに大きく分けた上で、整理していただけると、恐らく今後の議論が楽になるのではないかなというふうに思っています。

○河原委員長 ありがとうございます。

ほかに何か、ご意見とかご質問はございますか。

よろしいですか。

それでは、今後の進め方ですが、資料5のデータ分析の方向性ですが、この原案を基本に、先ほど申しましたように、東京都として、他県と全国の中で比較するんじゃなくて、東京都として特性を生かしながら、この医療費適正化計画を策定していくというふうなことをベースにして、この資料5に書いていることを個々の項目としてデータ分析を行っていきたいと思いますが、そういう方針でよろしいでしょうか。

はい、ありがとうございます。

それでは、一応、(案)のほうは取らせていただきます。

それでは、次に議事(3)が第三期東京都医療費適正化計画策定のスケジュールについてです。

これにつきまして、他計画、健康増進計画、医療計画、介護事業支援計画、国民健康保険運営方針、こういったものと、先ほども議論がありましたが、調和を図りながら策定するということになっております。他の計画が走っていますから、それに合わせて、整合性を持つということで、他の計画にもかなりこちらの計画のスケジュールが左右されるというふうを考えられますので、今後の計画の策定スケジュールにつきまして、事務局からご説明をお願いします。

○渡部課長 それでは、資料7のほうをごらんください。

第三期計画策定のスケジュール(案)でございます。本日いただきましたご意見等を踏まえまして、国保・後期のレセプトデータや、国から示されたデータ等の集計・分析を進めてまいります。

第2回検討委員会は、9月頃を予定しておりますが、医療費等の分析結果のご報告をさせていただき、計画に定める目標をどのように設定するか、ご議論をいただくとともに、骨子案についても提示をさせていただき、ご意見を賜りたいと存じます。

第3回検討委員会は、10月から11月頃を予定しておりますが、骨子案を確定させた上で、計画原案についてご議論いただく予定です。

第4回検討委員会は、12月を予定しており、計画原案を固めて、その後、区市町村、保険者協議会への意見聴取を行い、パブリックコメントを実施し、30年2月頃の第5回検討委員会におきまして、計画案を固め、3月末までに決定、公表といった形で進めさせていただきたいと考えております。

続けて、資料8をご覧ください。

こちらは、関連計画等の現時点でのスケジュールとなっております。

先ほどもご説明させていただきましたが、医療費適正化計画につきましては、これらの計画に定める取り組み内容と整合を図って定めていくものとなります。

各計画に定められる取り組みにつきましては、それぞれのご専門の委員が入られた委員会等において、検討が行われているところでございます。

今後、医療費等のデータ分析による都の医療費等の状況を踏まえ、各計画に盛り込まれる取り組みのうち、結果として医療費適正化に資すると見込まれるものを中心に、医療費適正化計画に盛り込んでいく形で進めていければと考えており、各計画の進捗状況も踏まえながら、検討を進めてまいりたいと考えております。

説明は以上でございます。

○河原委員長 ありがとうございます。

ただいま、今後の進め方のご説明がございましたが、何か質問とかご意見はございますか。よろしいでしょうか。

では、スケジュールのほうは確定させていただきます。

それでは、本日の議題は一応これで終わりですが、何か全体を通じて、ご質問とかご意見はございますか。

どうぞ。

○永田委員 一つお願いしたいことがございまして、資料5に関わります今後の分析に使用するデータなんですが、後発医薬品と、あとは、それ以外にも15種以上の重複投薬ですか、そういった多剤投与に関係するデータなんですが、東京都内の各保険者ごとに出すことは可能でしょうか。

例えば、協会けんぽさんは、多分出されているんですよね。あとは健康保険組合、共済組合、国民健康保険、高齢者医療、そういった形で、疾病ごとに出されているデータと同じような感じで、後発医薬品の使用率等を出すことは可能でしょうか。

あるいは、3医療機関、15種類以上の薬剤の使用、それに関係する資料等は出せますでしょうか。

○渡部課長 今現在は、保険者種別ごとにというところでは把握をしておりますませんが、どういうふうにできるか、厚生労働省等、確認をさせていただきたいと思います。

○河原委員長 それでは、那須委員からお願いします。

○那須委員 今ので、私は健保組合の者なんですけれども、健保組合でいいますと、どうしても東京だけと限ってでは出ないんですね。全国にあります会社も東京で健保組合の所属になっ

ているものですから、それをそこまでの、東京だけに限るというのはできないですけども、東京だけの健保組合で、東京だけでという限定はちょっと難しいかなと思うんです。全体的な健保組合、全体はそれはもう出ています。それは健保組合として出ます。

○河原委員長 石川委員、どうぞ。

○石川委員 私もほぼ同じような意図のご説明を差し上げようかと思っていたんですが、国が行っております、NDBをベースにした今回の医療費適正化計画に向けたデータブックの中では、残念ながら、地域別、保険者別まで細かく行った検討というのは行っていないというふう聞いております。

ですので、もしも東京都として各保険者ごとの状況を知りたいということであれば、これは大変恐縮なんですけれども、都がやるのと同時に、各保険者の方々がもしも検討している結果がありましたら、それをお持ち寄りいただくという形になるかもしれない。それが先ほどの健保組合の、組合ごとにはわかるけれども、東京では分からないとかという状況にもつながるのかなというふうに思います。

○河原委員長 では、また、資料が出るかどうかというのを検討してください。

ほかは、よろしいでしょうか。

では、事務局にマイクをお返しします。

○渡部課長 ありがとうございます。

次回の日程でございますが、調整をさせていただきますして、開催通知を送付申し上げます。

最後に、地域保健担当部長の本多より、一言、ご挨拶申し上げます。

○本多部長 本多でございます。

本日は、大変熱心にご議論をいただきまして、ありがとうございます。非常にタイトなスケジュールとなっております。委員の皆様におかれましては、大変お忙しい中を恐縮でございますが、引き続き本委員会にご出席いただき、ご意見を賜りたく存じます。

よろしく、お願いいたします。

○河原委員長 それでは、これをもちまして第1回の会議を終了したいと思います。

どうも、ありがとうございました。

○渡部課長 申し訳ございません。事務局から2点ほどご連絡をさせていただきたいと思っております。

まず、席上に用意をいたしました基本方針等の入りましたフラットファイルは、そのままお返しをお願いいたします。

もう1点は、本日お車でいらっしゃる方は、駐車券をご用意してございますので、事務局のほうまでお知らせください。

事務局からは以上でございます。

本日は、ありがとうございます。

午前11時26分 閉会