

平成20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20年9月30日(火)午後1時30分から午後4時

【場 所】秋田県市町村会館 大会議室

【出席委員】池村会長、谷田部副会長、今井委員、川井委員、小玉委員、中村委員
鳥海委員、村上委員、石田委員、井上委員、小西委員

【欠席委員】和田委員、船木委員、岸委員

【広域連合】最上事務局長、村上事務局次長、松山総務課長、仲山業務課長
平塚会計室長、山崎総務課長補佐、小松総務班長、山口業務課長補佐
菊地電算・資格班長、藤田保険料班長、疋田給付班長、佐藤総務班主事

【傍聴人】一般傍聴人なし、報道関係者5名

【議事概要】

1 開会

2 あいさつ 広域連合長よりあいさつ

3 新委員紹介 谷田部委員の紹介

4 事務局職員紹介

5 報 告

(1) 前回の運営懇話会における意見等への対応について・・・資料1

事務局より、前回の運営懇話会における意見等への対応について報告した。

(今井委員) 本日の協議の焦点は何か、今後の日程を含めて、現に実施されている制度に対して評価すればいいのか。

今後、運営懇話会がこういった形で進んでいくのか、どういう形で意見を集約して反映していくのか、そこを明確にしないと話のしようがない。

(事務局) 本来であればもう少し絞り込んだ形で、例えばこれから広域連合議会

に提案するような内容についてご意見をいただき、当局案に反映していくことを想定していたが、現在、そのような絞り込んだ提案はしていない状況である。

ただ、前回の開催からの間に制度の動向が変わってきている状況である。今後、意見を伺うにしても、制度の動向について説明させていただいて、この見直しの中で広域連合の制度運営についてご意見をいただくために今回運営懇話会の開催をした。

(今井委員) いずれ、窓口担当の皆さんが一番大変なのはわかるが、国の政策の根本が混沌としている。今後、国会が解散総選挙を控えて、選挙に勝つためのアドバルーンをいかにも思わせぶりに、根本的に見直すとか、一部修正するとか、朝令暮改というか、次の日にはすぐにトーンダウンして、所信表明では一部検討し直しますとか、コロコロ変わる。それにどう対応していいのか。

また、10月15日に新たな人達の天引きが始まると、益々不平不満が出てくる。この状況の中で、政局がどう動いていくのかわからないと、制度の良し悪しを判断できない。この場で、話し合っている時間が勿体なく感じる。

(事務局) 確かに、今井委員がおっしゃるとおり、制度は揺れ動いている状況である。しかし、現実的に私達は、今の段階で出来ることを精一杯やりたいと考えている。例えば、国で見直しするといっても、制度が固まるまで、一年あるいはそれ以上の時間がかかる。それまでの間、県内の高齢者の方々の医療が安定して運営されていくように仕事を進めていきたい。

(小玉委員) 基本的には、今井委員がおっしゃったようなことが大変心配であるが、以前は国から示されたことをそのまま事業計画として挙げられていたが、懇話会を通じて、そのまま国の事業計画ではなくて、いくらか心遣いしてくれて改定してくれているようだ。

しかし、この問題はよほど慎重に対応していただかなければならない点があって、国は保険者機能強化を必ずやろうとする。私は医師会側から出席しているので医師会側からの意見となるが、保険者機能が強化された場合、どんなことが始まるかという医療機関の選別が始まる。例えば、同じ疾病なのに、Aという病院では1,000円しかかかってない、Bという病院では3,000円かかるといったようなことがレセプトを突合することで明らかになってくる。そうした場合に、保険者としては、被保険者に対して、BじゃなくてAに行ってくれということが起こりうる。そうするとその患者さん本位のフリーアクセスは阻害されてくる。そのことによってどんなことが起こるかという、医療機関を選別することによって、経営が困難になる医療機関が多くなっていく。そういうことは避けなければならない。その辺は、本当に慎重に対応して

ほしい。

前にも話したが、重複・頻回受診者を訪問する際に必ず主治医に聞いてから行ってほしい。闇雲に回数、点数だけを見て訪問することは避けたい。さきほど対応についての説明があったが、重複・頻回受診者を訪問しても本来の効果は期待出来ずとあるが、本来の効果とは何か。

(事務局) 同じ病気で同じ様な科に複数通院するケースが見られる。そういったことを医療費適正化の観点から統一的な医療に導くのが本来の目的であるとする。

(小玉委員) それがフリーアクセスである。医療機関側にもある程度責任があって、患者教育というのは、保険者側も医療機関側もやっていかななくてはならない。お互い協力して共同作業していかないとうまくいかないところまで来ている。その辺を保険者側から医療機関側にどのように発信していくかが重要になってくる。

また、重複受診することが点数に反映し、患者の負担となってくるセカンドオピニオンという自由診療の部分があるが、そのことについても考えていかないといけない。いずれ、医療機関と保険者が協力しなければいけないのは本当なので、本来の目的としては医療費抑制に直結するのだろうけれど、そればかりに気をとられていると医療は荒廃してくるような気がする。

(事務局) 当然、実施する場合には、医療機関と協力していくことになるので、よろしくお願いいたします。

(小西委員) 健保連の立場ということで発言させていただくが、後期高齢者医療には我々保険者から数兆円というお金が出ている。

また、子どもも含め、加入者一人あたり4万円弱負担している。国によってこの制度が創られたが、負担している我々が意見を言う場がない。懇話会では何かを決めるということには到らないと思うが、制度について何か課題等があればこの場で指摘していきたいと考えている。小玉委員からも意見があったが、保険者機能の強化について、我々健保連も力をいれている。保険者機能の強化というのが何かというと内部的には、医療費の削減イコールその人個々人の健康の質の向上であり、QOLを向上させることが、すなわち医療費削減に繋がるとして内部的に推進している。レセプトを点検することで、今、かかっている病気から、将来何の病気になる可能性があるのかを予想することも可能になると考えている。そういうことをすることによって、被保険者本人の健康の向上にも繋がるし、保険者としても今の医療費を減らすことができる。それから、先ほどの重複・頻回受診者への対応ということについてだが、過去

のデータを見ても、高齢者の特性として重複・頻回受診者が多い傾向がある。これは医療の無駄である。これを排除して本質的に必要な医療を提供しQOLの向上に繋げていく、総合診療というものを進めていきたい。

(今井委員) 私は、自分の健康は自分で管理しようと毎年、基本健康診査を受診していた。今年も受けようと、かかりつけの医師に電話したら、高血圧の薬を飲んでいる方や、その他の生活習慣病の方も含め、健診の対象にならないと言われた。健診を受診できる医療機関の一覧を見ても、去年よりずっと少なくなっている。そういう、健診を受け入れない医師が増えているのではないか。私としては、病気の早期発見早期治療のために健診をして、医療費負担が少しでもかからないようにしようと心がけているのに、そういった人達を健診の対象外にすることにより、国全体としては、4,000億円の削減を目指しているという話もある。一方では健康増進をうたいながら、もう一方では健診を受けさせないことで医療費削減をしようとしているのではないかと残念に思うと同時に不信感を覚える。

(小玉委員) 今井委員がおっしゃったのは、特定健診・保健指導のことかと思うが、そのとおり、高齢者は疾病を有するものについて特定健診の対象から除くというものである。なぜ、今井委員がこの話をするのかというと後期高齢者医療制度、特定健康診断というものはいずれも、医療費適正化計画の一事業であるからで、一つひとつを別々に論じると大変なことになる。医療費適正化計画の一つひとつの事業を総合的に見ながらディスカッションしていかないと変な方向に進むし誤解も生まれる。また、小西委員からも健保連の立場で意見があったが、私の立場からみると健保連は基本的には国にやらされているような気がする。やらなければならない立場に追い込まれている。非常に気の毒だと思う。何故かというと、先ほども話があったが、一人あたりの負担が4万円ほど上がっている。中央の方では二つの健保連が解散に追い込まれ、政管健保の方に加入することになっている。国はそれを目指していて、保険者の一元化という施策にまんまとのせられてしまっている。

ただ、それに健保連も反対する訳に行かないわけで、国民全員が目を光らせて見ていかないといけない。そうしていかないと、後期高齢者医療制度は今井委員がいうような姥捨て山と言われてしまう。ただ、今井委員に一つアドバイスすると、医師が健診を拒否はしないと思う。あくまで、特定健診は40歳から74歳までの健診なので、75歳以上の方は受診できませんよということ。普通の健診はやってくれるはずなので、是非やっていただきたい。

(池村会長) 以上のところは(3)高齢者医療制度の改善についてで何うことにし

て、資料1についてはこれで終わりにさせていただく。概要は目下の状況についてであると事務局から説明があったように、懇話会での要望も今後続いていく。その中に、主治医に相談してから訪問すべしという意見も慎重な対応のなかに含んでいくことも可能であろうと思う。

(2) 業務の経過について(平成19年11月~平成20年9月)・・・資料2

事務局より、業務の経過について報告した。

(小玉委員) まだ、収支を語る時期ではないと思うが、4、5月のレセプトも出ていると思うので、現状の保険料の収支について教えてほしい。

(事務局) 保険料の収支については、年単位で計算しており、保険料の徴収自体が、月々均等ということではない。4月から仮徴収が早めに入ってきて、7月に本賦課決定があり、それ以降普通徴収なり色々な方法で納入されることになる。あくまで年間トータルで収支を判断するので、今の段階でははっきりお知らせできる状況ではない。

(小玉委員) 通常会社経営をするとき、ある程度予算を立てると思うが、予算に対して有る程度結果が出たら、その結果を予算と照合するのではないか。

(事務局) 給付費は実績として予算と比較したものは出ている。4月から7月診療分までであるが、予算額よりは実際の給付が若干下回っている状況である。だいたい、月100億円位を見込んでいるが、実際90億円程度で10億円ほど開きがある状況である。保険料としては、当初の給付予定額に基づいて、保険料率を決定しているので、給付費と連動して保険料が上下する仕組みにはなっていない。

ただ、国、県から交付される負担金について、給付の実績と連動している。保険料の部分は10分の1と少ないので今の段階で影響は見えてこない。

(小玉委員) 一応、確認だが、4月から7月というのは比較的気候が落ち着いていて風邪等の疾病が発症しづらい穏やかな時期だが、これが冬になってインフルエンザが流行ったりすると医療費が増えていくことが予想される。万が一徴収した保険料全額からみて給付金が下回ったとき、その余剰金が出てくると思うが、その余剰金はどのように使うのか。

(事務局) 保険料については、2か年単位で計算する仕組みとなっている。あくまで平成20年と21年のトータルで保険料としてまかなえるかどうかの話になるので、まだ先行きは見えない。

(小玉委員) もし、2年後にお金が余った場合どうなるのか、方針等はあるのか。

(事務局) 保険料の見直しが2年に1回になるので、当然、収支のバランスを考えて、お金が余っているときは保険料を再計算して保険料を下げるということもあろうかと思うが、まだ具体的に国の方からの指示はない。

また、全ての給付を保険料だけで賄っているわけではなく、全体の1割だけの負担であり、他の公費負担や保険者からの負担もあるので、バランスを見ながら今後の状況を踏まえて、早ければ、今年の年末位には方向性が見えるかどうかという状況である。まだ具体的な数字は出せる状況ではない。

(3) 高齢者医療制度の改善について・・・資料3

事務局より、高齢者医療制度の改善について報告した。

(小玉委員) 基本的に、終末期相談支援料については、凍結することで決まっていることなので、これ以上の議論はいらないと思う。

ただ、後期高齢者診療料については、医中協で診療改定を行った年に再度検討に入るといふ異例の事態が起きた。そうとう評判が悪かったのだろうと思う。

しかし、医師会の中で、各県のデータが出てくるが、ある県では9割以上の医師が後期高齢者診療料を算定することに手を挙げているところもある。その真意はわからないが、鹿児島県なんかはダントツに高い。それに対して、茨城県のようにまったくゼロの県もある。医師会の立場からいうと、無下にまったくそれはダメとは言えない。

では、制度的に見たときにどうかという話しになるが、かかりつけ医を持つということは医師の立場から見ても大事なことである。

しかし、かかりつけ医にあまりにも権限を持たせてしまうと、患者が他の医療機関に行きたいと思っても縛り付けられて、他の医療機関に行けない状況がでてくる可能性もあるので、その辺がもう少し改善されればなと思う。私の情報だと秋田県では後期高齢者診療料に対して2件の医療機関が手を挙げて認定はしているが、診療料の算定まではしていないはず。後期高齢者診療料の認定を受けるには必要な講習を受けなければならないのだが、その講習の内容とういうのが健康についても含まれているのだが、主に認知症に関することである。それに医師会は疑問をもっている。厚労省は75歳以上の高齢者に対して持つ患者像として、認知症を持っている方が多いという考えを持っている。

ただ、この後期高齢者診療料の一番のネックは、この診療料を算定している医療機関が仮にあれば、患者が他の医療機関に行ったときに、他の管理料が算定出来ないということであり、他の医療機関に経営上の多大な影響を与えることになることだったが、最近の解釈としては後期高齢者診療料を認定されていても、他の医療機関でも管理料、指導料等が算定できる方向に変わってきている。現時点では、秋田県内は比較的落

ち着いている状況で、特段問題になることはない。

(会 長) 新たな診療報酬の月額6,000円というのはどのような見方をすれば良いだろうか。また、そのことについて、医師としての懸念はあるか。

(小玉委員) 診療料が6,000円ということについて、一つの危惧は6,000円貰えば後は何もしなくてもいい、患者に対して医療をしないという考え方の医師が出てくる可能性があることである。そういう医療機関にとっては、十分な報酬であろう。それとは逆に積極的に治療、検査等をする医療機関にとっては少なめだと思う。

6 協議 広報活動について

事務局より、広報活動について説明した。

(石田委員) 制度が始まって半年が経ったが、制度改正等、国の対応は後手に回っていたと思う。国民皆保険を維持する上で、この制度が必要だという大前提の話を国民、県民に説明していく必要がある。制度の見直しや保険料のことばかり説明しても、なかなか理解してもらえない。本来の制度の必要性が論じられないまま、制度がスタートしてしまったことが残念だ。年金天引きから引き落としへの変更や制度の名称変更など改良しようとする努力は見られるが、制度の根本的な部分の説明が足りない。制度の必要性の部分について、強調して説明してほしい。

(事務局) 我々も、ともすれば国が決めた制度をそのまま運営するというだけの立場に陥り易いが、制度の必要性を説明することは重要と考えているので、今後、説明なりパンフレットを作成する際にその点を十分認識した上で進めて行きたい。

(会 長) 今、石田委員がおっしゃったが、そもそも論ということ。なぜこういう制度に至ったのかという経緯等を含めて、説明をということである。
例えば、前期と後期を分けるということのも老年医学の観点からすれば通常のことであると言われているが、それが一般に通用するものなのかを考える必要があると同時に、その説明すらなされていない。その辺も含めて説明していく必要がある。

(小西委員) 関連してだが、制度が走っているのに、このパンフレットは実務的な内容になりつつあるが、財政のしくみについての説明が少なくなってきたと感じる。このパンフレットにも、この制度は国民全体で支え合う制度というように書かれているが、国民全体で支え合う制度というのがどのような仕組みになっているのかということのを是非パンフレットには反映していただきたい。

また、健保組合全体のことについても発言させてもらうが、今回の後期高齢者医療制度、あるいは前期も入るが健保組合全体で今年度は約6,300億円位の赤字という状況である。これは後期高齢者、前期高齢者に対して前年度から4,100億円ほどの拠出金増加というのがあり、そういう状況になっている。いずれは私どもの保険料を引き上げざるを得ない。10%くらい引き上げしないといけない状況にある。ここでは、健保連だけの話ではなくて、いずれ負担が2年後どうなるのか、そういった基本的な部分をもっとパンフレットで説明していく必要があるのではないかと。財政のしくみを常に周知していただきたい。

(今井委員) 今の話に関連して、資料3の中の今後、与党においてさらに検討すべき課題について、みんな検討する検討すると書かれている。この検討が本当の意味での検討になっているのか。

しかも、前に比べて大変負担が軽くなっていると謳っているが、将来その軽減策が続いていくのかといえばそうじゃないわけである。2年後あるいは何年後かに保険料が見直されてその度に後期高齢者の場合には何倍という倍率・スピードで上がっていくという数字が野党から指摘されている。野党では制度を根本的に見直してまず一旦廃止して白紙にとという形をとるべきだと言っている。

これに対して与党はそれをやるとまた前のように負担が増えるという論法で制度を継続しようとしている。今後、負担が増えるという数字を表して、それでも皆で負担をしなければ国の医療制度がもたないということを説明しなければ、今のところだけ負担が軽減されて良い制度だと謳っていても実際はこの後不安が残ることになる。高齢者によっては医療制度の負担も大きいと現にそれ以上に切実な問題として物価高もある。灯油を含めた石油・穀物いろいろな値上がりで日常生活が大変なわけで、その中で収入には限度がある。そうすると支出を抑えなければいけないことになり、無理をして医者にかからないようにする。その結果、逆に病を重くしてしまうという矛盾が出てくるのではないかとということが後期高齢者としての不安である。そういう状況を踏まえて全体で考えた中で後期高齢者の政策を国には考えていただきたい。

(小玉委員) 私は広域連合の広報に関してはある一定の評価を与えてもいいと思っている。なぜかというとな全国的にみてもトラブルは非常に少なかったし、患者からも現場で見ていると困った、全然わからなかったということが少なかったことを考えると一定の評価をしていいだろう。

ただ、小西委員がおっしゃったようにこれから繰り返し広報をするというのが大事になってくる。

しかし、制度を理解していただくのはなかなか難しいものがあって、確かに医療財源はないと言いながらも国としては非常に無駄遣いや年金の問題等いろいろあってその話の方が先行したわけである。

ただ今後は制度の理解よりは保険料について詳細に教えてあげることが必要である。なぜ保険料を負担しなければならないのかということ、それから今までと同様の医療を受けられるということ、例えば医療財源がないとしてもおじいちゃんおばあちゃん達あまりお金を使っちゃいけないんだよと言うと当然萎縮してしまう。結果、風邪を我慢して肺炎になって死ぬことだってあり得るわけである。その辺のバランスが非常に難しくなる。もう一点は備考の欄に、平成20年8月から10月にかけてジェネリック医薬品のPRと書いてあるが具体的にはどのようなことか。

(事務局) お手元のファイルの中に医療費通知のサンプルがあるが、支給決定通知の裏面の空いている1ページほどのスペースに医療費適正化という観点からPRを行う予定である。

(小玉委員) それについて一言、この内容はよくある内容で、厚労省が薦めている文章そのままであるが、ただそのまま読まれると後発医薬品は良いものだというイメージしか受けない。問題をひとつ提起しなくてはならないのは厚生労働大臣が製造販売の承認を行っている医薬品は当然そうだが、その前段の部分で先発医薬品と同じ有効成分同じ効能効果を持つものとして書かれてある。これは全て後発医薬品にかかるものではないのである。逆に先発品に適用はなくて後発品に適用になるという薬もあるし全く一緒ではないということを知りながら広報していかないといけない。

医療側はなぜ後発品をすぐに採用しないかを理解する必要がある。例えば需要供給が安定していないかもしれないこと、それから先発品と違って承認されるまでの段階が非常に甘いこと、それからひとつひとつの薬の成分が安定していないことなど、いろいろな問題があるわけである。その辺を理解しながら広報していかないとい逆に誤解を招く可能性がある。

(鳥海委員) 後発医薬品について非常に誤解もあるし、厚生労働省の方で後発医療品というのはどういうものであるのかきちんと議論しないままに医療費の低減策の中で薦めてきた一つの施策になってしまったという欠点があるだろうと思う。

今、小玉委員が言われた内容については厚生労働省から各所に通知が出ていて効能効果についても全部同じにしろという風に後発医薬品メーカーに通知が出ているし、流通の問題にしても、通知制度があって報告をして改善させるということもある。

これは、非常に微妙な問題が内在している。しかしながら、これはうまく使えば医療費の低減策になって厚生労働省のもくろみ通りだろうし、逆に患者負担、あるいは医療費の負担いわゆる保険料の負担というものの低減策にもつながっている。私が最初に危惧していたのはむしろそういった部分だけではなくて、医療経済薬業経済のところの問題である。

既に外国企業が日本に参入してきている。

したがって、日本の中における製薬産業というものが衰退していくのではないかということ非常に危惧していたが、今後、その方向性に向かっていってくださると思う。薬業界の中がある意味で混乱してきつつあると感じている。

それから、同一ではないけれども同等だという非常に曖昧な表現を使わざるを得ないところがあるわけだが、これだけを見てしまうと非常に誤解が生じてくるので、患者に理解してもらえればいいが、一番最初に製薬メーカーが流したコマーシャルは最悪だということだけは付け加えさせていただいて、医療費の低減策というところだけで考えないでいただきたい。

(村上委員) 私の周囲の若い年代、学生達には後期医療者制度はなかなか関心、理解等が得られていないというのが現状かと思う。このパンフレット等も非常によくできていてわかりやすいと思うが、75歳以上の皆さんへということで、いかにもこの方々が対象だという印象を受ける。国民全体で支える制度であるので、こういうパンフレットを利用しながら若い人たちにも理解していただく必要があると思う。

併せて先ほどの資料に出ていたが、うちにも後期高齢対象者がいて被保険者証をいただいたがほとんど字が見えないという。既に検討されているかと思うが、これは是非変えて頂きたい。

(小玉委員) 要望が一つあるが、パンフレットを発送する際に、有識見者である医師会等を通していただきたい。そうしないと、突然医療機関に送っても協力が得られない可能性がある。

前にも発言したが制度を説明するのは医療現場がほとんどなわけである。当然医師会を通してくれれば協力をお願いしたい等の文言を付けて送ることもできるし、協力も得られ易いと思う。私もいきなり、制度周知ポスターを見つけて驚いたことがある。そのようなことがないようにしていただきたい。

(鳥海委員) 75歳以上という年齢の区分があるので、退職後のいわゆる60～74歳の医療はどうなるのだという問い合わせが非常に多い。継続の方もいるだろうし退職者保険制度を使っている方もいる。いろんなケースがあるのだが、国の問題として退職した後75歳になるまでの間どのような保険制度の中で運用されていくのかというのが全く抜けてしまっている。この部分に関しては、恐らく退職時に説明しているんだろうけれど、この辺についてのPRも厚労省に要望していただきたい。

(会長) 給付支給決定通知書の体裁について、右側にいわゆる法律的に教示と言われる部分に、取消訴訟に関することを丁寧に書いてあるが、大きく

書かれている。

しかも、更に問い合わせ先と書いていて、人によって受け取り方は違うかもしれないし、行政処分なので当然書かなければならない内容ではあるが、非常に高圧的な印象を受ける。先ほど、小玉委員も言われていたが、個別の説明も今後大事だということになると給付支給の決定について疑問な点等があったら、こういうところへお問い合わせ下さいというような書き方をして、教示についてはこんなに大きくしなくても良いと思われる。被保険者証の話のように小さい文字でも困ると思うが、もう少しポイントを下げるといった方が印象としては良いのではないか。

それでは、いろいろ広報について意見をいただいたが、まず、広域連合が行う広報活動及び説明用パンフレットについて、基本的な部分では異論は無いが内容面及び方法について、いくつか要望が出された。内容面としては、制度導入の必要性、具体的に先立つ説明、財政のしくみについて、同等の医療が受けられるということについて、医療全体の中での位置付けについても説明が必要であるという要望が出された。

また、広報の方法としては、繰り返し説明を行うこと、若者も含めた対象者への説明、広報と同時に個別の高齢者への説明が必要であるという要望が出された。その他付随して、ジェネリック薬品について医療費軽減という方向性だけでなく、共通認識がないままの説明に慎重になってほしいという要望が出された。

7 その他（自由発言）

（井上委員） 先ほどからいろいろお話があったが、75歳以上ということで区別をされている印象を受ける。うちの方の婦人会の会合でも話し合いになったが、私達は今年度年金から保険料を引かれるが、私達はそんなにもっていないのだけれども、家庭の和を考えて、孫が何か欲しいなと言った時には千円でも二千元でもあげたい気持ち。また嫁さんにエプロン一枚を買ってあげる。そういうお金も今度はなくなってしまうのだとすれば家庭の中からも私達は追い出されてしまうのではないかなというような深刻な話になった。

それで、以前から新聞にも出ていたので、今度総理大臣も変わったから良い方向に変わっていくのではないかなというような期待感を持っている方々もいる。本当に深刻な時代になってきたと感じる。若い人達のところに負担をかけないように私達は医療費を払っていかなければというようなことも言われているし、若い人達に負担をかけたくないのだけれども、その年金が引かれるというのはひどいなという話がたくさん出た。この制度がもっともっといい制度になるよう期待している。

それから、広報についてだが、まず高齢者は若い人達から、じいちゃん、ばあちゃん達のことだから見た方がいいと言われるが、活字も難しいし、カタカナも書かれているのでわからないという印象がある。

(川井委員) ここにお医者様方もいらっしゃるのではお話ししたいが、今から5、6年前に白内障で入院したことがあったが、その時、看護師さんに最初の目の手術がとても痛かったのだけどどうなのだろうとたずねたら、70歳以上になったら麻酔はあんまりかけないのだと言われた。すごく驚いて、今後、大きな病気をして麻酔が必要になったらと考えると不安になった。先ほどからお話に出ているジェネリック薬品なども関係しているのだろうか。

(小玉委員) 関連して言うと、広域連合の広報の手法にも繋がる部分ではないかと思われる。看護師はそういう意味で言ったのではなくて、やはり高齢者になると体に負担がかかってくるので、麻酔薬を注射する量を加減しなければいけない。その辺を話したのであって、高齢者に麻酔が効かないとかそういうことではないし、麻酔を効かさないといいわけでもない。目の手術でも、痛みをある程度伴うこともあるし全く痛みがなくて手術出来ることもあるけれども、やっぱり川井委員のようなケースもあるわけなので、それは全然心配ない。今まで通り元気でいらっやって、何かあればちゃんと心配なく治療を受けられる。

(鳥海委員) 一番危惧しているのが包括医療である。包括医療というのは病院の中である一定金額の中で治療を行わなければならなくなった時に、非常に後発医薬品が利用されるのだが、後発品と先発品の違いが何かというと費用である。治療学的な同等性みたいなものは、違うかということとやっぱり違う。費用の面で包括医療の中で患者さんの同意も得ないで後発品に全部変えてしまうのは怖いと感じる。

それがきちんと治療が行われればいいが、医師会等では、ちゃんとアンケート調査をして先発品か後発品かで、どういった違いが出てくるのかを調べているのだけでも、厚労省は大抵調べない。そうやってしまうと不安の声だけが助長されてしまって、これもまた違った理解で誤解されてしまうので非常にそれが微妙なのだが、うまく使うこと、うまく使うにはやはり患者さんの勉強が必要になってくる部分もあって、それが小玉委員の言われた麻酔の件もそうだが、看護師は決してそんなつもりで言った訳ではないけれどもやはり言葉一つ足りなかった。

だから常にそういったコミュニケーションが患者さんと医療提供側がきちんと出来てればいいんだけどもそういったコミュニケーション不足が誤解を生む。特にジェネリックの面ではいろんな誤解が生じてくるのだろうなということを危惧している。

(中村委員) 後期高齢者医療制度というのは、出来上がった時からいろいろ変更があって、スタートする直前まで恐らくその後も振り回されている状況だと思う。これはやっぱり厚労省の準備不足、内容の研究不足がすごくあるように感じる。それとまた制度がもしかしたら変わるかもしれないということで、広域連合事務局には2、3年ご苦労をおかけしなければならないのか

などお察しするが、頑張っていたきたいと思う。不満はやはり、広域連合事務局に向かっていくと思われる。そういうことをどんどん秋田県として国に言うべきではないだろうか。ただ決まったからこういう風にというのではなくて、こういうことを我々は言われて苦労しているのだという現状をやはり言わなければ変わっていかないと思う。その辺り勇気を持って頑張っていたきたい。

8 閉会