

平成27年度第1回兵庫県後期高齢者医療制度懇話会 議 事 録

1 日 時 平成27年7月24日（金） 午後2時～午後3時30分

2 場 所 兵庫県後期高齢者医療広域連合 会議室

3 出席者

(1) 兵庫県後期高齢者医療制度懇話会委員 12名
(50音順、敬称略)

足立 正樹、荒木 育夫、岩成 孝、笠井 秀一、北川 加津美、衣笠 葉子
久野 茂樹、熊谷 隆良、杉本 欣也、中川 泰彰、弘瀬 智、山下 眞宏

(2) 事務局 13名

事務局長 土井 義和 総務課長 堀 勤一 資格保険料課長 株柳 典昭
給付課長 北出 美穂 他

4 議 事

(1) 平成26年度後期高齢者医療制度の実施状況等について

(2) 国及び兵庫県に対する後期高齢者医療制度に関する要望について

(3) ジェネリック医薬品の普及・啓発について

(4) 保健事業について

ア 重複・頻回受診者訪問指導業務について

イ 健康診査について

5 傍 聴 人 4名

6 議事の要旨

(1) 平成26年度後期高齢者医療制度の実施状況等について

資料に基づき、制度の実施状況として、被保険者数・医療給付費の推移（療養費の給付状況 年度比較、医療費）、保険料収納状況・医療費適正化（医療費通知、レセプト2次点検、ジェネリック医薬品利用差額通知）及び平成26年度後期高齢者医療特別会計決算（案）について説明した。

(2) 国及び兵庫県に対する後期高齢者医療制度に関する要望について

資料に基づき、全国後期高齢者医療広域連合協議会から国へ、兵庫県後期高齢者医療広域連合から国及び兵庫県への要望内容について説明した。

(3) ジェネリック医薬品の普及・啓発について

資料に基づき、ジェネリック医薬品の普及・啓発の取組状況や効果について説明した。

(4) 保健事業について

ア 重複・頻回受診者訪問指導業務について

資料に基づき、重複・頻回受診者に対する訪問指導の実施方法や実施時期について説明した。

イ 健康診査について

資料に基づき、健康診査（歯科健診含む）の実施状況等について説明した。

7 意見等

(1) 平成26年度後期高齢者医療制度の実施状況等について

特に意見等はなかった。

(2) 国及び兵庫県に対する後期高齢者医療制度に関する要望について

(委員) 全国協議会の要望14頁第4項で最後に「将来的な保険制度統合化も検討すること」という記述があるが、これはまた国保との統合を広域連合として将来的な展望として考えているということなのか。

(事務局) ご質問いただいた全国協議会の要望項目については、非常に将来的なことだが被用者保険、国民健康保険の統合、あるいは後期高齢者も含めた統合という保険の一本化ということを目指してほしいということと理解している。

(委員) 今回の法改正を機に後期高齢者医療制度と国保の統一化を考えるべきだと思うが、こういうことを公式に議論する場というのは、どこかあるのか。

(事務局) そういう議論の場は、基本的には、社会保障審議会と考えるが、実際に保険制度統合に向けての具体的な議論というのは、今は行われていないと思っている。

(委員) 全国協議会の要望14頁第5項では、国に対して低所得者等に対する保険料軽減特例措置の維持を要望しつつ、やむを得ない場合は激変緩和措置をとるという表現になっているが、兵庫県広域連合の要望18頁第3項では、保険料軽減特例措置については維持をされたいとなっており、やむを得ず見直しをされる場合は、丁寧な説明と激変緩和という一文の差が出ている。これは兵庫県広域連合とすれば、一步踏み込んだ表現をしているように思えるが、この差について全国協議会と兵庫県広域連合との経過を補足していただきたい。

(事務局) 全国協議会の要望については、北海道・東北、関東・信越、東海・北陸、近畿、中国・四国、九州の各ブロックごとに要望書をまとめて、それを全国の場合で持ち寄って、最終的な要望書にするという過程を踏んでいる。近畿ブロックの会議でも、この件については非常に重要な項目としているため、軽減特例措置廃止方向の閣議決定はされたが、廃止された場合の影響の大きさや、軽減特例措置の定着の事情を考慮して、原則論的にこれまで通り特例措置の維持を要望した。ただ、閣議決定がされているため、どうしても廃止することになった場合には、丁寧な説明、あるいは激変緩和措置をきめ細かに講じてほしいという2段書きになっている。全国協議会の要望と兵庫県広域連合の要望は軌を一にするものであるが、兵庫県広域連合の要望は、特に制度の維持を強く改めて申し上げておこうという趣旨である。そのため、後段の部分について兵庫県広域連合としては考えていないということではなく、前段の部分だけを単独の要望書には記載をしたということである。

(3) ジェネリック医薬品の普及・啓発について

(委員) 前回の懇話会において前任者が、糖尿病の重症化予防と、ジェネリック医薬品については、当方としても特に力を入れていこうと考えているため、連携できることがあれば一緒に連携させてほしいという発言をしたがそれ以降、何か具体的なものがあれば持ち帰り、検討させていただきたいが、何かあるか。

(事務局) 当広域連合では、ジェネリック医薬品差額通知を発送して、効果額算出までしか実際にできていない状況であり、こちらから提案というのが困難な状況である。もし、一緒に何かできることがあり、例えばデータの提供ということであれば考えられる。

(委員) 生まれてから終末期を迎えるまで何らかの保険に加入している訳であるが、医療法の改正等が行われ、保険者機能強化が言われている昨今、医療費がどのようにかかっていくのかや、元気に終末期まで生きたいというのが一つライフワークとしてあって然るべきだと思うので、各保険者が様々な場で連携したり、病気の重症化を防いでいく施策を一緒に考えて、実施していくことは、重要だと思う。それぞれ後期高齢者へ元気にバトンを渡していけるような施策を実施すべきであり、その足がかりになればということで、前任者がこういう発言をしたのではないかと思う。もしそうであれば、また様々な場で相談をさせていただきたい。

(事務局) 75歳になると、約8割の方が国保から、約2割の方が被用者保険の被扶養者あるいは本人から後期高齢者医療制度に加入するため、75歳以上の方の医療費データは、我々広域連合が一元的に保有していることで、少し情報が、各保険者からすれば切れてしまうところがあるので、ライフステージに応じた施策を打つときには、75歳以上についても十分把握していただくのがいいと思っている。データヘルス計画でも、特に意識したのが41市町、各市町との連携で、国保において国保データベース(KDB)が稼働しており、後期高齢者の医療費データも41市町分、全部登録している。登録すれば41市町からアクセスをして見るができるようになっていく。国保についても、後期高齢者と紐付けをすることで、国保サイドから後期高齢者のデータ、あるいは健診データも含めて見るができる仕組みになっており、先日、情報公開・個人情報保護審査会でそれについて諮問し、了とする答申をいただいた。国保との関係では、そういう形が進んでいるので、被用者保険との連携をどう図っていくかは、これからいろいろ相談させていただきたいと思っている。

(委員) ジェネリック関係だが、国がジェネリック医薬品の数量ベースシェアを60%まで引き上げることを目標とし、広域連合と各保険者に普及・啓発推進を要請しているという背景であるが、それに対して、実質、今期においては5,707万円の費用対効果があったという報告だが、広域連合として被保険者に対する数量ベースが何%かということは把握されているか。

(事務局) 数量ベースで、目標は示されているが、広域連合としてそれがどれだけかというのは、把握できるすべが現時点ではない。兵庫県庁のほうで、医薬目標行政の一環で、その点の数値は、全体で把握されており、兵庫県全体で50%という数値は聞いている。ただ、今回、国保連合会がジェネリックの普及に当たって、数量の面でも把握できるシステムを検討していると聞いている。そのシステムが導入されれば、数量ベースでどれだけ普及しているか把握できるようになると思っている。

(委員) さらに国は、この目標数値を上げようとしているが、今後、この差額通知、現時点では170円以上が軽減される可能性がある方を対象ということであるが、この金額を見直す考えはあるか。

(事務局) 当広域連合では、最初始めたときから2回、まだ繰り返しては発送しておらず、そのために毎年その効果額が下がってきている。ただ、郵送料などの費用を考慮すると、これ以上効果額を下げられないので、今後もう少し効果額を上げるなど検討中である。

(委員) ジェネリック関係で、当方も同様に取り組んでいるが、我々は医療従事者ではないので、少し疎いところがあるが、これは数量ベースで上げていこうということだが、聞いているところでは、ジェネリックは当然安価だから普及してい

くということなのだが、昨今、ジェネリックの単価が上がってきていると聞いている。もともと安価であるため普及しようというところだが、先発と後発の価格差が縮まってくると、その普及のための努力も報われなくなってしまわないかと思うが、そのあたりの情報をお持ちの委員がいたらお願いしたい。

(委員) あくまでも、知識の範囲ということで話させていただくと、薬価基準で価格を決める制度において、後発品の最低価格が2種類あり。低い方が5円60銭で、高い方が9円70銭、それを下回らないルールというのが一つある。先発品は、パテント(特許)が切れて薬価が下がった場合に、先発品の薬価が薬価改定で10円10銭まで引き下げられる。ところが、後発品がそのルールに従って9円70銭で下げ止まりしているのです。これを保険のルールでいくと、一手で集約されてしまい、利用者の方にインセンティブが働かない、幾ら頑張っても、また医師会の理解があって変更可になっても、実際、患者には、その経済的恩恵が与えられないということになると、非常に苦しい場面があり、そのあたりは、協会、団体通じて国へ制度の見直しを訴えている。

(委員) 今、保険者から、ジェネリックの話が出たが、実際、我々一番気になるのは、新薬の薬価が非常に高いこと。最高1錠6万円という薬が出ているから、それを見たら、片方でジェネリック、ジェネリックと言いながら、行政は新薬に非常に高い薬価をつけている。それは理由があるが、それでは何をしているのかわからないというのが実際のところである。後期高齢者医療広域連合も汗をかいているが、170円の差で、果たして患者がジェネリックでよろしいと思うか。やはりその差がもっと高いものに狙いをつけてやるべきだと思うし、その中で、6種類、7種類の薬をもらっている人が1種類だけジェネリックにしたから、それを1人としてカウントする仕方はおかしいと思う。やはり実額でいかないと。それでこの差が23%になったと言われても、納得しかねる。実際、効果のある方法をとられるべきと思う。また、調剤薬局の場合、技術料という問題もあるので、全てが患者の負担が減るというわけではないので、そこは実際の状態というのをよく考えて、薬剤師会の先生はよく御存じと思うが、そういうような問題があるのではないかと思うし、総医療費の削減額と、これが全部薬というふうに我々は思っていないので、他の医療費もある程度削減しているわけであるので、このジェネリックだけ取り上げて、これで効果があったと考えるのは安易過ぎると思う。やはり、もっと厳しく考えていただきたい。

(4) 保健事業について

ア 重複・頻回受診者訪問指導業務について

(委員) 今、国民医療費は大体40兆円近くになっている。入院と外来、どちらに多く使われているかと言えば、この間まではずっと外来の方が少し入院にかかる医療費よりも多かった。それはなぜかと言うと、診療所が病院の数の10倍ぐらいあり、こつこつ診療所にかかるからである。40兆円近くの医療費のうち、国民4人に1人、100人中25人の65歳以上の人が使っている医療費が60%近く。そして、25人のうち大体12人の後期高齢者、75歳以上の人が使っている医療費が20数%であり、基本的には、後期高齢者も含めて医療費は年齢が高くなればなるほど高くなっている。

1人当たりの医療費がどのように決まっているかと言えば、例えば、10代、20代、30代といった刻み毎に、1人当たりの医療費と国民全体に占める人数の割合を掛けたものを足し合わせたものが全体の医療費ということになり、

年齢1人当たりの医療費というのは増えていくことになる。さらに、高齢化の進展、40代、50代も増えるので、基本的に、医療費というのは、いろいろやっても減らすことは無理である。

それから、今、訪問指導の話が出たが、この効果測定などというのは、やめておいた方がいい。そんなに簡単には効果は出ない。また、訪問指導というのは、老人保健法の時代に初めて保健事業の中で出てきたが、一生懸命されている保健師の方には悪いが、やはり訪問指導と訪問看護は別で、その後に訪問看護、いわゆるナースステーションというものができて、全国の入院と外来の1人当たりの医療費などを調べたところ、医療費を決定する要因とえば、やはり医療の供給量が一番大きい訳である。

保健予防活動とか何かが医療費を下げたらとても美しい話であり、全国にはそのような市町村もあるが、それはどちらかと言えば、医療費を下げるための保健事業をやっているのではなくて、そういう保健事業を続けたことで副次的に医療費が下がったということではないかと思う。資料の訪問指導の最後のところでこういう書き方をしているのはどうかと思う。少なくとも訪問指導による効果なのかどうかも分からないし、訪問指導による効果を医療費絡みにしたいのだろうけど、サンプル数も少ないし、やはり入院が決めての医療の供給量、受診率が影響するので、表現の仕方は少し考えた方がいいと思う。

(事務局) この効果検証は、国の補助申請の基準に基づき実施しているので、どうしてもこういう形になる。実際には、やはり訪問指導については、まだまだこれから検討しながら実施していく必要があると思っているので、いろいろな課題が、今回、初めて実施して見えてきたので、今後、また検討しながら実施していきたい。

(委員) 訪問指導が医療費にどういう効果を及ぼすかということは、多分、100年実施しても答えは出ないし、その答えは無い。個人的にはまず数量化できないと思う。

(委員) 私は以前から申し上げているが、重複受診者に対する指導というのはいいが、頻回受診者に対する指導については問題があると思っている。頻回に行ったからその回数分だけ医療費が増えるかと言えばそんなことはなく、頻回に行く人は、1回当たりの医療費が非常に低くなっている。現に、逆に増えているという結果がここに出ている。だから、頻回受診が悪いというわけではない。

以前にも、このようなことがありますよと保健師の方に言ったことがある。「この頻回受診者に行くなと言って、もし何かあったら責任とれるのか」と。「それぐらいのつもりで言わないと、受診してはいけないというようなこと、回数が多いいというようなことは言うべきではない」と、はっきり言ったことがある。

また、先ほど後期高齢者の話の中にデイサービスという言葉が出たが、こういう人をデイサービスへ押しやったら、介護保険の費用は増えてしまう。デイサービス1回行ったら、幾らかかると思うか。非常に高い、医療機関の何倍ものお金がかかるから、医療費を介護費用のほうへ押しやるということでは、全くおかしな話になってくるので、そういうことは言わない方がいいと思う。そういう指導をしている保健師がいるのなら、辞めていただきたい。保健師による指導は非常に微妙なものなので、気をつけなければならないと思う。

(事務局) 私の説明不足だったので補足すると、デイサービス、実際には家族の方が要介護状態なのだが、本人が介護サービスを受けたくないなどの場合に、介護に

についての助言をしたものである。

(委員) それは、介護の必要性の問題である。必要性がある人は介護サービスを使われるべきだが、必要性まで分からないのに、一方的に介護へ行けというようなことは言うべきでない。

(委員) 今、委員の言われた中には、非常に重要なポイントがあると思う。むやみに頻回受診や多受診を奨励するわけではないが、本当に数字などをいろいろ見ていたり、ずっと現場で医療に携わっていたりする人にはわかることだが、今、全体の流れは受診の抑制みたいなことになっているが、65歳以上の割合がかなり高いのに、寝たきりがほとんどいない地域を含めて、全国を回ったところだが、多受診も、うまくすれば、入院に至る前の外来の段階で留められることがある。

結局、医療費がかかるのは入院なので、外来での適度な頻回受診で、チェックをしていけば、医療費が嵩まないということがあるが、逆に受診が抑制されるようなことで、入院になってしまえば、結局、医療費が嵩むということになってしまうということだと思ふ。

(事務局) 1点補足だが、この訪問指導は、受診回数を抑制することが一番の目標では勿論ない。また、こちらから強制的に入っていくわけではなくて、あくまでも事前に電話で希望を聞き、希望する人のところに保健師が訪問してアドバイスや現状を踏まえた御相談をさせていただいているものである。一定の受診をされている方をリストアップした上で、電話番号の捕捉が困難な中、電話で意向を確認し、訪問できた被保険者は、昨年度は、全体が68万人という中で1回目が60人という、本当にわずかな方であり、いわば試行的な形であったと思っている。今年度は、訪問対象市町の範囲を広げて、対象者も増やした上で、この方法がいいのかどうかということも含めて検討していきたいと思っている。なお、広域連合が実施する方法としては、このように外部の事業者に委託する形をとらざるを得ないが、基本的には、各市町を通して実施するのが理想ではないかと思っている。

イ 健康診査について

(委員) この実績を見ると、各市町によって対象者や周知の仕方など、その差が、こういう形で如実に表れているのかもしれないが、例えば明石市と西宮市を比べると3.93%と39.04%で10倍となっている。西宮市の受診率が一番高く、明石市の受診率が一番低いようだが、重症化予防における健康診査が非常に重要であるという観点から、こういう市町に対して受診率の向上を促すような指導又は助言を広域連合としてされているのか。

(事務局) 昨年度、データヘルズ計画を策定するに当たって、各市町の保健師の方にも集まっていただき、広域連合と各市町の意見交換会などを行い、各市町の保健事業の取り組みなども紹介した。その際も、全市町に対し20%に引き上げていただくようお願いはしているが、各市町、財政面での事情や、様々な要因があるのが実情である。当広域連合としては引き続き、各市町との意見交換の場で、他の市町の取り組みを紹介するなどして、健康診査受診率向上に努めていきたい。

(委員) この10倍の明石市と西宮市に関して、重症化することによって医療費が増大するわけだが、そのあたりの効果の差に関するデータはないのか。そういうものがあれば、例えば診査のための費用が必要になったとしても将来的に医療費の削減につながるということになるので、もっと積極的に市町に対して働き

かけができるのではないかと思います。

(事務局) 各市町への働きかけということだが、今般策定したデータヘルス計画、これには全体計画があり、これに加えて、41市町それぞれが地域の実情に応じて保健事業を実施しているの、それぞれの自治体ごとに健康診査受診率の向上計画を立てていただきたいということを、各論の計画としてお願いしているところである。全体では老人保健法時代の20%までには戻していきたいというのが目標である。

この健康診査については、老人保健法時代には、自治体が基本的に実施義務を負っており、財源も国が3分の1、県が3分の1、市町が3分の1ということで実施をしていたが、その後、後期高齢者医療制度ができたときに健診の制度が変わり、特定健診ということで、実施をする主体が各保険者になった。被用者保険ならば、各健保組合や都道府県ごとの協会けんぽが実施し、国保もそれぞれ保険者として実施している。なお、こちらの方は義務化されており、保険者が必ず実施しなければならないということになっている。その受診率によっては、後期高齢者支援金の負担割合についてペナルティーを科すという制度があるため、各保険者はこれには力を入れられており、41市町の国保の特定健診の受診率は、これほどの差がなく、大体30%を超えている。

一方、75歳以上の健康診査は、法律上は努力義務とされ、財源は、国が3分の1を負担するが、残り3分の2は保険料で賄うこととなり、県の負担も市町の負担もなくなった。その結果、各市町の財政当局の発想として、努力義務ということであれば、何が何でも負担しなくてもいいだろうと、言うなれば、力を入れる余裕がないのではないかというようなところもあり、実際にはばらつきがある。なお、従前までは、各市町へは県全体の数字しか示していなかったが、昨年あたりから41市町別の受診率を示すようにしている。これには、各市町の後期高齢者医療担当課が財政当局に医療費を要求するときに、自市町の位置がどのあたりかを知ってもらって、予算を確保いただけないかなという思いがある。ただ、実施の方法が、集団健診であったり、個別に医療機関に行ったりとか、周知の方法が、受診券を対象者に個別に送付するところもあれば、財政的に厳しく、広報紙に掲載して、それを見た希望者が申し込むというところもあるので、一律の比較が難しいところがある。ただ、制度としては県単位でやっているの、各市町において受診率が一定のレベルに達していただきたいと思っている。

それから、効果についてだが、1人当たり医療費は、県平均が平成26年度で91万6千円ほどである。市町別では、西宮市が97万円ほど、明石市が93万円ということであり、1人当たり医療費の違いは、健診率の違いほどあるわけではない。ただ、健康診査と医療費の相関関係もいろいろ研究されており、一律に言いがたいところもある。

当広域連合としては、県全体で20%に持っていきたいということで、各市町にも努力をお願いしたいということで臨んでいる。

(委員) 本日の内容をもう一度確認しておきたいと思う。まず、平成26年度の制度の実施状況等については、制度発足から7年が経過したが、収支状況を含めて安定的な運営がなされているように思う。引き続き円滑な運営に努めていただきたい。次に、国及び兵庫県に対する要望について、被保険者の負担軽減を図るべく、国及び兵庫県への財政支援の要望に引き続き取り組んでいただきたい。

次に、ジェネリック医薬品の普及・啓発と重複・頻回受診者訪問指導業務並びに健康診査の実施状況について、急速な高齢化に伴って医療費がますます増大し続けている。この状況は今後も続く見込まれるので、後期高齢者の生活の質の維持・向上を図るために、ジェネリック医薬品の啓発や重複・頻回受診者に対する訪問指導について、その適切な実施のあり方の検討を含め努力を続けていただきたい。そして、本年4月、5月に策定された第1期データヘルス計画での目標にも掲げられているが、健康診査の受診率20%への引き上げや、歯科健診の全市町での実施に向けた取り組みに努めていただきたい。以上で本日のまとめとしてよろしいか。

(異議なし)