

平成 26 年度 静岡県後期高齢者医療懇談会 会議録

開催日時

平成 27 年 2 月 23 日（月） 午後 2 時～午後 3 時 30 分

開催場所

ニッセイ静岡駅前ビル 2 階 会議室 C D

出席者

（委員）	被保険者を代表する者	松 本 庄 次 委員
	保険医又は保険薬剤師を代表する者	紀 平 幸 一 委員
	保険医又は保険薬剤師を代表する者	山 田 徹 委員
	保険医又は保険薬剤師を代表する者	植 兆 満 委員
	医療保険者を代表する者	長 野 豊 委員
	医療保険者を代表する者	白 川 和 男 委員
	医療保険者を代表する者	永 野 義 明 委員
	学識経験者その他有識者を代表する者	中 田 健次郎 委員
	学識経験者その他有識者を代表する者	松 田 正 己 委員
	学識経験者その他有識者を代表する者	西 田 在 賢 委員

（オブザーバー）

静岡県健康福祉部医療健康局国民健康保険課長 後 藤 睦

（事務局説明員）

事務局長	笹 間 靖 弘
事務局次長	牧 野 敏 広
総務室長	山 岡 慶 博
資格管理室長	長谷川 達 巳
保険料室長	望 月 伸 浩

医療給付室長	森川秀幸
電算室長	林欣哉
(事務局懇談会担当)	
総務室主査	山本陽子
総務室主査	福井廉

欠席者

(委員) 被保険者を代表する者 加藤貞子委員

会議内容

静岡県後期高齢者医療懇談会

1 開会

事務局長あいさつ

委員紹介

オブザーバー紹介

事務局職員紹介

2 意見交換

以下、発言要旨.....

(1) 後期高齢者医療制度の執行状況について

- ・ 保険料収納率の状況
- ・ 被保険者数の推移
- ・ 医療費の状況
- ・ 主な実施事業

委員 1 ページの調定額の定義は、何か。

また、収納率は、99.25%と高く、基本的には年金からの天引きと認識しているが、差の部分は縮めることができるのか。

事務局 調定額は賦課と捉えていただきたい。

被保険者の約 70%が特別徴収で、特別徴収の収納率は、100%。

普通徴収の収納率が伸びれば、収納率は上がる。

委員 100%にならない原因は何か。

事務局 納付のし忘れなどがある。

委員 貧困が原因な場合は、別途手当てされるのか。

事務局 保険料の減免措置がある。所得が無い場合や被災された場合は減免対象となる。

委員 今後、高齢者の貧困がさらに問題となり、徴収が難しくなると考えられる。対象がどれくらいの割合になるのか把握する必要があると思う。

事務局 保険料の徴収は市町が行っており、被保険者の生活状況等、折衝を行っているが、今後は広域連合でも状況把握に努めたい。

委員 1 ページの平成 23 年度から平成 24 年度の調定額が増えているが、被保険者数は、それほど増えていない。これは、保険料を引き上げたということか。

事務局 そのとおり。後期高齢者の保険料は、2 年を特定期間として運営している。制度が平成 20 年度から始まり、平成 20 年度から平成 21 年度を第 1 期、平成 22 年度から平成 23 年度を第 2 期、平成 24 年度から平成 25 年度を第 3 期としている。平成 23 年度から平成 24 年度にかけて保険料の改定があり、保険料を引き上げた。

委員 普通徴収が 30%あるのに収納率が 99%以上あるのはすごいこと。

事務局 被保険者の理解によるもの。

委員 収納率について、医療保険制度改革骨子の中で、軽減の特例措置について平成 29 年から本則に戻すという話があるが、収納率に影響がでるのではないか。

事務局 その点について懸念される場所であるが、軽減の特例措置の廃止について国でも検討されている。広域連合においても被保険者の理解を得られるよう、周知していきたい。

委員 何もしないと収納率は下がると思われるため、対策を考えてほしい。

座長 若い世代に比べて、高齢者の収納率は高いが、下がってくる時は注意が必要。

委員 6 ページの重複・頻回受診訪問指導については、大切なことだと思うが、本当に必要で重複・頻回受診となっている人との線引きを保健師が全てできるのか。それが行き過ぎると保険が持つフリーアクセスの利点が制限されることもある。

保健師の力量にもよると思うが、どこまでやれるのか、ちゃんとした担保があるのか伺いたい。

事務局 保健師の力量による場所は多少ある。

重複・頻回受診訪問指導は、受診を控えるよう指導するのが目的ではなく、生活状況等を確認して、市町の保健師や福祉の窓口につながる

が目的。

ただ受診を控えるよう指導するのではなく、各市町の福祉サービスへの引継ぎを兼ねていると御理解いただきたい。

委員 受診抑制ではないということでしょうか。

診療所レベルでは専門化が進んでいる。従来であればどこか1つの先生のところで2つ3つの病気を診察して間に合ったが、現在は、同じ内科でも3か所の病院に行かないと間に合わないということがある。かかりつけ医制度を見直し、総合医療専門医を養成しようと医師会も厚労省もやっているが、それができるまでは、専門医にかかるということがあって、5医療機関以上を受診しているケースも出てくるので、その辺を見極めて指導してほしい。

座長 頻回は、1か月に15回以上、2日に1回になるので、かなり多いと思うが、重複は、1か月に5医療機関だと、私もそういう月がある。内科行って、眼科行って、胃腸科行って、歯科行って、たまに皮膚科に行くと5医療機関にいく月もあるので、見極めが重要だと思う。

8ページに市町別の受診率が示されているが、市町でかなり差がある。それについて指摘はあるか。

委員 市町の並び順に規則性がないので、どういう順番なのか教えてほしい。

事務局 総務省が出している市町村コード順。

座長 コードに意味があるのか。

事務局 あくまでもインデックスみたいなものと考えていただきたい。

市制を引いた順。

委員 受診率が高いところは高いまま、低いところは低い状態で継続されている。昨年も指摘があったと思うが、これはあくまでも市町がそれぞれの状況の中で対応している結果だと思うが、例えばA市の対象者のみの受診率をみると、平成 24 年度が 33.71%、平成 25 年度が 55.58%と 1 年で、受診率が大幅に上昇している。何か特別な指導等しているのか。

事務局 A市の場合であれば、除外対象者を明確に把握してもらったため、受診率が上がったと考えている。

委員 受診率を高めていくことは、県民の健康の確立の上で重要。数字いじりという小手先の事ではなく、受診者を増やすようにするべき。健康診査の問題は重要な位置づけと考えていく必要がある。

事務局 今後も広報関係や受診体制等を市町と調整を図りながら進めていきたい。

座長 A市は、市全体で健康づくりに取り組んでいるため、それも影響していると思われる。

この表は、除外対象者の扱いが難しく、必ずしもデータを比較できるわけではないと感じる。全体の傾向を理解する意味で見ればよいと思う。

(2) 平成 27 年度予算について

意見なし

(3) 保健事業の実施計画（データヘルス計画）案について

座長 18 ページの STEP 3 の目標の目的欄に「生活の質を維持するとともに医療費を適正化するため、被保険者の主体的な健康保持増進を図る。」とあるが、保険というと経済優先というのが強い。しかし逆ではないのか。高齢者の法律というのは高齢者の医療を確保する法律であって、医療費を確保する法律ではないので、医療費を適正化するというよりも、被保険者の主体的な健康増進を図るために医療費を適正化すると逆にしたほうが良いと思う。どうしても医療費を確保するために何かするというと、一般住民から見て、何かお金のために削られると受け取られてしまう。生活の質を維持するためにより主体的な健康保持増進が大切。そのために医療費を適正化するとしたほうが良い印象をもった。

委員 歯科は、今まで命に直接関係ないと思っていたが、生活を支えるということで歯科が頑張ると良い成績を残すと、健康寿命が延び、重い病気をすることがなく、医療費も下がると言われており、そこが歯科の売りにもなっている。座長からもお金の問題について意見があったが、先立つものが中心に見られてしまう。我々も順番が違うと思うが、最終的にはお金がないとうまくいかないと言われてしまい、痛し痒しのところがある。

資料を見ると、静岡県の医療費が非常に少ない。それは入院をしないからだということと歯科の頑張るところが無くなってしまいが、全国的にみて静岡県の平均寿命はどうなのか。

また、歯科健診は秋から始まると聞いている。歯科も協力していきたい。

座長 肺炎を原因とする死亡率がここ 10 年位で上昇してきている。他県の後期高齢者広域連合で歯科健診を重視している。ぜひ歯科健診を重

点的に取り組んでいただきたいと思う。

委員 全国的にみても肺炎が死因の3位。

委員 静岡県の場合は肺炎も少ない。

座長 全体的には下がっているが、数的には多い。

委員 肺炎の増加は、誤嚥。

委員 医療費は下から3番目、健康寿命は女性1位、男性2位。これ以上どう頑張れば良いのか。他の都道府県はどうすればよいのか。

健診については、東部は受診率が高いが、西部は低い。しかし西部の方が長寿の方が多い。東部は脳血管疾患が多く寿命が短い。多分お茶を飲まないせいとだろうと言われている。

健診の受診率を上げて頑張っているようにみえるけれど、データにあまり力を入れなくても良いと思う。

座長 腎疾患の医療費は全国的に大きな問題になっている。腎透析の課題ということで、腎臓病については、腎透析よりも腎臓移植の方が、予後が良いと言われている。腎透析をすると15年位で予後が悪くなると分かっているが、移植が進まないでこういう状況が続いている。

全国平均に比べて静岡県が高いのは意外。

委員 ここにきて糖尿病の薬が多く出て、発達し、糖尿病の治療も進んでいるので、今後減っていくと思う。糖尿病に対する考え方も変わってきている。市町でも健診でGFRが基準以下の人を対象に指導をするなどの対策を講じているところもあるので、今後改善されていくと思

う。

委員 20 ページの「目標に対応した重点事業」の中の重複頻回受診者指導の方法として民間事業者（委託）の訪問指導とあるが、民間事業者というのは保健師等の資格を持った者以外の者も含まれるのか。民間事業者とはどういうものか。

事務局 専門家が訪問する。資格の無い者は訪問しない。
民間事業者に雇われている保健師や看護師が訪問する。

委員 訪問看護ステーションの保健師や看護師を使うのか。

事務局 県内にいる保健師や看護師で休職中の方などを雇っている民間業者に委託している。

座長 今年度も重複頻回受診者指導事業を実施しているのか。

事務局 実施している。

座長 健診などの外部委託と同じか。

事務局 同じ。

委員 静岡県の健康寿命は女性 1 位、男性 2 位で、これを維持していく上で様々な事業をデータヘルス計画で考えられているが、ウォーキングやストレッチなど体力づくりや健康維持のための事業はありえないのか。他の都道府県で大学教員等の専門家が指導した結果、数値が高まったという報告がある。

事務局 広域連合は医療保険者なので、できることは限られているが、今回の計画でいうと「市町との連携事業」の中で広域連合のデータを提供して市町の健康増進事業に役立ててもらい、協働事業として実施することは可能と考えられる。

座長 約15年前は、A県やB県が健康に関して注目されていたが、現在A県の状況が悪くなってきている。静岡県は、現在健康寿命が日本一だが、これを維持することを考えていかなければならない。

健康保持、増進を目的とするなら、保健事業の中により積極的な体力づくり健康づくりも位置づけるほうがよいと思う。

委員 健康寿命と平均寿命について、B県が健康寿命日本一と聞いたが、これは、健康寿命の定義がいくつもあるため。

現在は、平均寿命と健康寿命の差を縮めることに視点が移っている。差についての都道府県の順位を調べたところ、男性ではC県、女性ではD県が、一番差が小さかった。

今後、どこに注目するかも検討していただきたい。

静岡県内の市町単位で差が見ることができれば、高齢者の皆様と詳しい話ができると思う。

委員 病気にならない、重症化を防ぐことに尽きると思う。そのために健診受診率を上げていただきたい。

また、重複・頻回受診訪問指導は健康寿命を伸ばすことには関係しない。これは医療費適正化の問題だけ。医師会としてはあまり好ましいと言えない。

先ほどの回答の中で、退職中の保健師や看護師を雇っている民間業者に委託しているとのことだが、こういう指導は経験のあるベテラン

の保健師等でないと正しい指導はできない。マニュアルどおりにやっても難しい。

経験豊富な者を雇っている民間事業者なら賛成するが、休職中の有資格者なら考え直してほしい。

委員 重複・頻回受診訪問指導について4ページに「指導後、一定の医療費削減効果は確認できた」と表現されているが、医療費削減効果の中身については検証したか。例えば受診回数が減少したから単に医療費が減少したのか。

複数の医療機関を受診すると重複投薬の問題が発生してくる。ジェネリック医薬品が処方されていると保健師だけでは、分からない部分もあると思う。市町の薬局にも求められているところでもあるが、薬の使い方は、如何なのか。飲み残しの問題は、どうなのか等含めて、しっかり知っていただきたい。

高齢者の方ではないが、B市で重複受診により向精神薬を詐取するようなケースも出ている。健康を損ねるような薬剤もあるかもしれないので、薬剤の部分で考えるのであれば、薬剤師の利活用も考えてもよいのではないか。

委員 健康寿命をさらに伸ばしていくためにどうするかということで、協会健保のデータに気になるものがあったので紹介すると、年齢階層別に1人当たり医療費を入院、入院外、医科歯科別に表した結果、静岡県の医療費は、全体的に全国平均より低いが、65才から69才の入院外の医療費が全国平均に比べて高い。協会健保だけのデータになるが、先の県別医療費1位のE県より高い。10年後、15年後、これを放置していたらまずいのではないか。国保でも同じような傾向があれば、後期高齢者になる前に手を打たなければならないと思う。市町のがん検診と協会健保の特定健診の同時実施等の重要性を感じた。

座長 データヘルス計画については、既に国保や保険組合で取り組まれている。後追いするかたちで後期高齢者医療保険でも取り組みだした。今回は他の保険者の取組やデータの取り扱い方、先行事例を紹介していただきたい。

委員 他の広域連合の保健事業の状況や保険給付適正化事業の資料を今後提示してほしい。

先ほど、収納率の話があったが、収納率が高いが、全国に比べて静岡県は低いのではないか。そういった点も資料として無いと十分な意見交換ができないと思うので、今後資料の提示をお願いしたい。

座長 老人クラブ連合会から意見はあるか。

委員 高齢者という認識を団塊世代が持ってくれない。勧誘に行くと、まだ年寄扱いをしてほしくないという言葉が返ってくる。老人クラブの目的は、健康保持。自分の健康は自分で守る態勢を取ってほしい。

座長 今回初めてこのようなデータが提示されて静岡県の後期高齢者の状況が把握できるようになったのは、大きな進歩だと思う。データがあれば、またそれだけ気になる部分が見えてくると思うので、今後も継続的に議論を続けていきたい。

他の健康保険組合もこのようなビッグデータについて経験があると思うので、ぜひその経験も生かしていきたい。

委員 自分の健康は自分で守る「自助」という言葉がしきりに言われているが、保険でそれが最初にでてきてしまうのはまずいのではないか。公的なもので守る必要があると思う。

後期高齢者で短期保険証が発行されているケースはあまりないと思うが、今後も避けてほしい。

座長 保険組合は互助だが、その基礎には老人クラブのような自助が前提にある。その二つは相互的なものであると思う。

社会情勢が厳しい中、公的な責任をないがしろにしていけないという意見だと思う。

その他意見がなければ、意見交換を終了する。

.....

3 連絡事項

4 閉会