

令和4年度 静岡県後期高齢者医療懇談会 会議録

開催日時

令和5年3月10日（金） 午後2時～午後3時20分

開催場所

ニッセイ静岡駅前ビル2階 会議室 AB

出席者

（委員）	被保険者を代表する者	山崎好信	委員
	被保険者を代表する者	片岡宏之	委員
	保険医又は保険薬剤師を代表する者	小野宏志	委員
	保険医又は保険薬剤師を代表する者	平野明弘	委員
	医療保険者を代表する者	長野豊	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	山本卓男	委員
	学識経験者その他有識者を代表する者	秋山憲治	委員
	学識経験者その他有識者を代表する者	藤本健太郎	委員

（事務局説明員）

事務局長	池田佳隆
事務局次長	村田浩規
総務室長	山田貴弘
資格保険料室長	高川亮
事業企画室長	光本知史
医療給付室長	鈴木竜太
電算室長	小林弘道

(事務局懇談会担当)

総務室主査

大 森 裕 樹

欠 席 者

(委 員)	被保険者を代表する者	藤田 かつ太郎 委員
	保険医又は保険薬剤師を代表する者	小笠原 俊 拓 委員
	医療保険者を代表する者	富 永 伸 彦 委員
	医療保険者を代表する者	石 垣 伸 博 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

事務局職員紹介

2 副会長の指名

3 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
- ・ 医療費適正化・保健事業について

委 員 資料1の保険料収納率の状況ですが、令和2年度に調定額が増えていきますので、このとき保険料が上げられたのだと思いますが、そうだとすると、2年度3年度とも収納率が上が

っているというのは、努力されたのだなと思います。

次のページに広域連合別の収納率が出ていますが、この資料を見て私が感じたのは、全国的に、いわゆる年金天引き以外の普通徴収の割合が高いということです。恐らく国保等と比べてもかなり高いのではないかと思うのですが、その理由が何かあるのかお伺いしたいと思います。例えば、年金で控除しきれないような高額所得者の方が多いとか、何か後期高齢者ならではの特徴があるのであれば教えていただきたいと思いますが、どうでしょうか。

事務局 まず、後期高齢者医療の普通徴収の方については、基本的には特別徴収できる金額が決まっています、その金額以上に保険料のある方は普通徴収になります。普通徴収の徴収については、各市町で徴収をしております。基本的には、国保のように世帯で課税ではなく、一人ひとりに賦課しております。広域としても、市町から徴収に関しての相談に乗るなどしておるところですけれども、普通徴収率が高い理由についてはわからないですが、取り組みとしては、納付されない方に対して、市町から通知を送ったり、場合によっては差し押さえまでしている市町も見受けられますので、そういった理由で、収納率も上がっているのではないかと考えております。

委員 ありがとうございます。確認なのですが、後期高齢者医療にも、所得の低い方の減免制度というものはあるのでしょうか？

事務局 はい、ございます。

委員 ということは、そういった方はここに含まれないということですね。

事務局 そうですね。

委員 わかりました。ありがとうございます。

座長 その他、ございますでしょうか。

委員 冒頭で、事務局長から色々なお話がありました。

一部2割負担になった方がいらっしゃるということですが、最近の医療受診される方の状況を見させていただくと、何となく受診控えされているな、という感じがします。費用がかかるから、というようなことをよくおっしゃいますし、検査は無料なので誤解なのですが、検査もお金がかかるからしたくない、とおっしゃる方がおられます。医療費を抑える必要があるとおっしゃいましたが、実際こういった状況を聞いていると、医療費を抑えればいいというだけの問題ではないような感じがしますので、そこをご理解いただければと思います。

また、今後、検査費用が自己負担になるという話もありますが、検査を皆さんにやっていただかないと、今後公衆衛生上の問題が生じるのではないかと思うところもあり、どうしたものかというところで、もやもやしております。

それと、マイナンバーカードが使えないというお話がありました。まず、マイナンバーカード読取機なんですけど、まだ医療機関に行き渡っていないという状況があります。これは医療機関が望んでいるのではなく、希望しても来ない、機械は来ても設置業者の人手が足りず設置できないということがあり、現在取り組んでいるところですのでご理解いただきたいのですが、実際に医療機関に読取機を設置しても、使う人がいない状況です。これは、医療機関の問題というより、住民の皆さんがマイナンバーカードと保険証を紐付けする、という意識を持ってもらえれば改善すると思いますので、色々なアピールをしていただければと思います。よろしく願います。

それと、医療費の中で、訪問看護費用が急に伸びておりますが、これは何か理由があるのか、分析されているのでしょうか？

事務局 　ただ今の訪問看護費用の伸びのお話ですが、厚生労働省では、2015年以降、高齢者の尊厳の保持と自立支援という目的のもと、できる限り住み慣れた地域でサービスを受けられるような形で推進されていると伺っています。その関係で、地域の包括ケアシステムもかなり構築されてきているということで、県内の訪問看護の事業所数もどんどん伸びておりまして、訪問看護協会の調べによりますと、平成23年には153の事業所がございましたが、直近の令和4年には、276の事業所が設置されています。その状況から、医療ではなく介護の目的で訪問看護を利用される方が、事業所の増加も伴って増えているのかな、というところが、分析といいますか、感じているところがございます。このような回答でよろしいでしょうか。

委員 　この表の訪問看護療養費は医療だけですよね。介護は入っていませんよね。

伺っている話が実態に即しているかはわかりませんが、医師会で訪問看護の人と話をしておりますと、特に医療で訪問看護を利用される精神病患者の患者さんが増えているとお聞きしています。訪問看護ステーションの中でも、精神科の訪問看護ステーションがかなり増えているところがあり、それが費用の伸びにつながっているのかもしれない。

問題なのが、必要のない訪問看護が入っている可能性があることです。必要以上に入っていることで、訪問看護の費用が伸びている可能性もありますので、そこを少し精査された方がいいと思います。訪問看護の指示を出すにあたって、遠

くの病院から指示をもらって入っているところもあると聞いておりますので、少し詳しく調べられた方が、場合によってはいいかもしれません。必要な訪問看護は、もちろん入っていただいているかと思います。入院から在宅へという流れがありまして、それで訪問看護が増えるのは当然だと思いますが、一度実態把握をされた方がいいかと思います。訪問看護の伸びが、精神科の医療費・入院費の伸びを抑えている効果があるのであれば、増えてもいいと思いますし、そういったところも検討されるといいかなと思いました。

座長 ありがとうございます。

今の訪問看護のお話で、精神科というのは、認知症の関係なのか、あるいはメンタルヘルスのクリニックが今非常に混雑しているという話を聞くのですが、どちらでしょうか。

委員 認知症はおそらく介護保険だと思いますので、精神疾患やメンタル的な、鬱とか、双極性障害といった方に対する訪問看護だと思います。

座長 ありがとうございます。

鬱ということになると、コロナで在宅療養が増えた影響も出ている可能性があるということでしょうか。

委員 だと思います。訪問看護の方のお話を聞いていると、大きな苦勞をされている事業所も沢山あり、すべての訪問看護が怪しいことをやっているというわけではないと思いますが、時々そういうことがあるとお聞きしますので、留意していただきたいところです。

座長 ありがとうございます。他はいかがでしょう。

委員 資料 11 ページ長寿健康増進事業の健康診査追加項目費用助成については、4年度に実施した 24 市町で同じ内容なのか、市町によって差があるのかを教えてください。

事務局 健康診査につきましては、広域連合と各市町で委託契約を結び、実施にあたっては、各市町がその地域の医師会や各医療機関等と直接契約していただき、実施されています。診査内容につきましても、各市町の状況によりますので、市町によって差があると思います。市町の財政状況等もあると思いますので、診査内容につきましては、一律にここまでやってくださいと広域連合から申し上げているものではございません。

委員 追加項目については実施していないところもあるということですね。ありがとうございます。

座長 資料を見ますと、令和3年度は25市町が実施していたのが、4年度に1市町減っているのは、やはり財政的な理由なのでしょう。

事務局 1市町減ったという理由までは把握してございませんが、やはり財政状況厳しい折ということでやめてしまったところがあったのか、それとも元々小さいところで、健診を受ける人がいなかったのか、受ける人がいないということはないと思いますので、いずれにしても実施できなかったところがあったということだと思います。

座長 この追加項目というのは、例えば前立腺とか、具体的な検査の内容ということでしょうか。

事務局 その通りでございます。眼底検査であるとか、そういったものになると思います。

座長 例年言われているのですが、検診率があまり高くない、年々下がってきているということで、いわゆる定期健診ですけれども、30%位まであったのが今は27%台で、歯科健診もかなり低くなっていて、予防を重視しなければいけないんだけれども、現実としては健診も受けていないということで、

これでは医療費が増えていくのは当然かと思えます。だから、予防を重視するならもう少し健診を強化すべきかと思うんですが、6ページを見ていただくと、医療費が高いのはいわゆる医療過疎と呼ばれる地域、西高東低とも言われていて、九州など西の方の地域が多くなっています。23ページの表を比較しても、健診率が非常に低いのは伊豆や一部の地域が10%台ということで、やはりアクセスが難しいところ、医療機関が少ないところは受診がしにくいという印象があるのかなと思うんですけれども、いかがでしょうか。被保険者代表の皆様は、ご自身は検診を受けていらっしゃいますか。

委員 私自身は、健診は受けています。

曜日が合わない場合は、違う地区に行って受けられたり、市でもはかってくれていますので、全体に声掛けをして、皆さん健診を受けましょう、という話はしております。

座長 ありがとうございます。他はいかがでしょう。

委員 今お話にありましたとおり、歯科健診の受診率は本当に低いです。健常な75歳、80歳の方は、定期的に歯科医院を訪れています。義歯を含め、何か口腔内に違和感があったときは、ほとんどの人が歯科を受診されます。他職種の皆様とともに、口腔機能低下、今までのような虫歯だけでなく、歯周病などについて、医科の先生方との医科歯科連携をもとに周知していますが、なかなか普通の生活に浸透しません。歯科にかかっている患者さんは別ですけど、そのあたりは歯科医師会としても考えているところであります。

後は、生活習慣病と口腔内のリスクが重なった方には、オーラルフレイルの電話支援はしておりますが、逆にそこが目標値の倍くらいになっているということなので、対象の方にとっては、継続的な後方支援をしていくので、それ以上の重

症化の予防には繋がっていくのではないかと考えています。
とにかく受診率が低いので、これを何とか変えていかなくては
いけないな、と。例えば、在宅・居宅、あるいは施設等の
高齢者の皆様にも訪問での歯科健診等が可能であれば、歯科
医の先生にも在宅や施設の方の健診に協力いただいている
方もいますので、そういったところへ結びつけると、もう少し
増えるかな、と思います。

座長 ありがとうございます。医療従事者もだんだん高齢化して
いて、私もかかりつけの先生方が私より高齢で、先生が辞め
られると困るなと思うところで、訪問となると更に大変な負
荷がかかると思うんですけども、今後ともよろしくご協力
いただければと思います。

委員 歯科の先生も健診率が低いとおっしゃいましたが、後期高
齢者になると施設に入られている方、訪問診療を受けている
方が増えてきまして、歯科の健診ですと先生が行ってくださ
って受けることができるんですが、医療の健診となると、レ
ントゲンなどもあってなかなか困難です。そういったことも
あって、サービス付き高齢者向け住宅や医療老人ホームも増
えてきていますので、そこに入られている方は、健診を受け
ることがほとんどできていないんじゃないかと思っています。

それと、特別養護老人ホームに関しては、施設の負担で健
診を受けるという決まりになっておりまして、特定健診など
は受けておられないので、恐らくそういうデータはここに上
がってきていないのではないのでしょうか。そういった理由
で、健診率は低くなっているのかもしれない。

座長 ありがとうございます。まだまだご意見をいただきたいと
ころですが、次の案件に移らせていただきます。

(2)のデータヘルス計画の事業評価について、事務局より

説明をお願いします。

(2) データヘルス計画の事業評価について

委員 1つご質問をさせていただければと思います。

ご説明の5番目、重複頻回受診の訪問指導事業についてですが、ご説明いただいたように、新型コロナウイルスの影響の下で、電話の指導しかできないという難しさがあったということは想像がつくところです。改善率が低下したというのはやむを得ないところもあるかと思うんですが、一点気になりましたのは、先程の資料7ページを見ますと、改善率は下がっても、改善件数は令和3年度かなり健闘して戻っているんですね。274件ということで、令和元年度よりも高く平成30年度と同じくらいの件数に戻っていて、そういう意味では非常に頑張っておられると思うんですが、医療費ベースの効果額で見ますとすごく落ち込んだままになっているんですね。この点を何か分析されていたらお話しいただけますでしょうか。

事務局 7ページの効果額の表の下段にも書かせていただいたのですが、令和元年度までと2年度以降で、効果額の算定方法を変更させていただいたところがございます。より適正な本事業の効果額把握のため、2年度より対象期日や対象者の見直し等を行いました。その算出方法として、令和元年度以前は、事業の効果により受診の状況が改善したとは思われないものも金額に含まれていましたので、より精緻な分析をさせていただいた結果、2年度以降の数字になったということがございます。

座長 ありがとうございます。これは、具体的にはどういう疾患が多いのでしょうか。同一の疾病とか薬剤、よく言われるのは、消炎のテープといった、規制がかかっているものに対し

てよく言われると思うんですが、何か思いつくものがあれば教えていただけるとありがたいのですが。

事務局　そこまで細かい分析等は行っていませんが、事業を実施した結果の報告等を見ますと、精神疾患などが若干多いような印象を持っております。それ以外の病気については、申し訳ありませんが、そこまでの分析はしていません。

委員　先程湿布とおっしゃいましたが、そういったものは確かに多いと思いますし、胃薬も割と多いのかなと思います、処方に関しては。

あと、重複受診者というのは同じ疾患で医療機関を受診した、これは処方の有無にかかわらず、レセプトにデータがある場合ですね。複数の医療機関で病名を共有することがあるんですが、これは結構問題になっているのでしょうか。例えば、大きな病院から高血圧か何かで紹介をもらった時に、両方かかっているということになるのですが、やはりそういう時は重複受診者という扱いになってしまうんですかね。

事務局　恐らくそういうことになると思います。

委員　そうですか。受診が重複していても、必要があってそうなっている場合とそうでない場合があると思いますので、その辺りを分析していただけるといいかなと思いました。

それと、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施ですが、これは国保でも色々話し合いはされていますし、これから高齢者が増えていく中で必要なことですので、更に協力を進めていただきたいなと思います。この資料7の表のアウトカム指標の平均自立期間というのは、健康寿命とは違うんですよね。

事務局　国の指標で平均自立期間というのが定められておりますが、国保の基準と違うのか、という点はこの場で詳細はお答

えできません。申し訳ございません。

色々なところで、健康寿命の延伸ということで、健康寿命を何歳延長させるといった色々な目標値もありますので、長期的にはそういったところを一つの目標にされてもいいのかなと思います。

委員 それと、循環器病対策基本法が制定され、循環器病対策をすることで健康寿命が延伸されるということで色々な取組が始まっていますので、今後、データヘルス計画の中の項目の一つとして入れていただいてもいいのかもしれないと思っています。

あと、静岡県の場合、東部・中部・西部で疾患の状況とか、健康寿命とか、血圧や塩分摂取量などかなり違いますので、そのようなところも見ていかれると、医療費の抑制や健康寿命の延伸にもなってくるのかもしれないと思います。

座長 ありがとうございます。

委員 広域連合さんだけで保健事業を進めてもなかなか難しいものがあるというのは承知しております。まず被用者保険の方が国保に入ってきて、それから、75歳になると広域連合さん、といったときに、もう既に疾病に罹っていて、そこで広域連合さんで保健事業をやると言っても、もう手遅れという方もいらっしゃるかと思います。そういったことで、今保険者協議会というものを立ち上げているんですけども、被用者保険、国保、広域連合さんも入って、一体的なデータ分析に取り掛かろうということで、若いうちから予防というものに取り組みながら進めていこうじゃないかということで、始まるところでございます。そういったことで、広域連合さんだけの働きかけで平均寿命延伸というのはなかなか難しいと思いますので、私共も協力してまいりますので、今後ともよろし

くお願いします。

座 長 ありがとうございます。

今のご質問にあった平均自立期間というのが、資料7では男性80.4、女性84.7、これは年齢ですかね。それで、後ろの参考資料のところにお達者度というのがあるんですが、これが似たような指標で、65歳からの自立期間ということで、男性18.3で65歳からだと83.3歳で、3歳位ずれるんですね。これは、まったく同じ指標ではないということなんですかね。お達者度というのは最近ですかね。以前は健康寿命という指標があったかと思いますが。また次回で結構ですので、ご説明いただけると助かります。

事務局 お達者度というのは、県が市町の健康寿命ということで、65歳以上の平均自立期間を算出しているもので、算出方法が異なるのかもしれませんが。その辺りは、またご説明をさせていただければと思います。

委 員 一つ質問なんですが、第2期データヘルス計画、16ページの4番と7番の目標値なんですが、4番の11市町とか7番の10市町という目標はどういう根拠で立てられたのかというのを教えていただきたいです。1期からの関係でこれだけ増やしてみようという目標を立てられたのか、あるいは手上げ方式なのか、というのは、6年度から第3期が始まりますので、第3期はどのような目標を立てられようとしているのか、という意味でお聞きしたいのですが。

事務局 こちらの市町の実施の目標というのは、それまでの実績等を踏まえまして、1期から2期の計画を立てるときに、このくらいまで増やしていきたい、ということで立てたものと認識しております。この次の令和6年度から始まる第3期データヘルス計画につきましては、国の方から策定の手引という

ものが案として示されまして、今までのデータヘルス計画では市町、県によってバラバラの指標等を使っていたところを、ある程度標準化していこうということで、様式等も一緒のものを使ってください、というような形になっておりますので、その辺りも踏まえながら、計画を策定していきたいと思っております。そちらにつきましては、県や市町、3師会、医療機関等の方々からご意見を伺いながら策定していきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

委員 ありがとうございます。私達も、当然データヘルス計画を作っているわけですがけれども、先程お話があった通り、働き盛り世代から、国保に移って、それから後期高齢者になっていくわけですがけれども、やはり県民ですから、一体で考えていく必要があると思うんですね。ですので、相談をさせていただきながらやりたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

座長 ありがとうございます。

それでは、お時間が参りましたので、次の案件に移らせていただきたいと思えます。(3)の令和5年度予算について、事務局から説明をお願いします。

(3) 令和5年度予算について

委員 予算の内容に関しては、十分なことがなされていると思えます。ただ、日本人に日本の医療に満足しているかというアンケートを取ると、満足度が世界中で見てもかなり低いところにあります。これだけの医療を受けていて、健康寿命も長くて、いろんな検査もできる中で、何となく、医療を受けている方が、医療を受けてよかったと思える感じが少ないような印象を受けています。それが何かは分析はできていませんが、予算編成の基本的な考え方を見させていただきますと、

健全な財政とかですね、そういったことに重点があてられていて、本来医療は、一般の方々、国民の人達が安心して医療を受けて安心して暮らしていけるためのものであると思いますので、そういった目標を前面に出して、皆さんの幸せな生活のためにやっているんですよ、ということアピールすると、もっと医療を受けておられる方が受けてよかったと思えるかもしれないと思うんですが、その辺はいかがでしょうか。

座長 今のようなご意見はもっともだと思うのですが、被保険者代表の方いかがでしょうか。もう少しアピールした方がいいんじゃないとか、何か感じてらっしゃることはありませんか、何でも結構ですので、お聞かせください。

委員 今の質問とちょっと食い違っているかと思うんですが、コロナ禍で、後期高齢者の負担が増えたと思います。本当に、十分医療は受けていると思うんですが、去年の秋の改定でまたがっかり来てしまって、何だこんなに増えちゃうのか、というのがほとんどの声で、皆さん今までちゃんと受けられているんですけど、にもかかわらず、そういったことを思っているのが、今の後期高齢者の人達じゃないかと思っています。そういう意味で、PR ということですかね、皆さんに知っていただくというのは、色々な方法でやっていただけたらいいと思うんですけど、何せ後期高齢者ですから、難しいんですよね。書いて説明してもそんなに簡単にわかるわけじゃないと思うので、そういう点で、何かいい方法があれば PR していただければいいんじゃないかと思うんですけど、いずれにしても、ちょっと上がると、凄く敏感に反応しますので、そこら辺を一つ、よろしく願いできたらと思います。

座長 上がったというのは、自己負担率ですかね。

特に費用が上がったときは、それに見合う分だけ何かがな

いと、おっしゃるように、感じるころはあるかと思うんですけど、非常にいい制度なので維持をしていかなければいけないんだけど、日々の生活が段々変わってくると、そうも言えなくなってくるのかなと思うのですが。何か、この辺りでご意見はございますか。

事務局 先程の予算の方針、重点項目につきましては、総務室が主で作ってはいるのですが、やはりその辺りを表に出して、また、先程の被保険者代表の方の質問に対しましては、やはり丁寧な説明というのが大事だと思いますので、その辺りをもう少し考えて、来年度以降は作っていきたいと思いますので、よろしくをお願いします。

委員 色々工夫されて、予算を組まれて活動されているかと思えます。

それで、歳入のところで伺いたいんですけども、21 ページですね。悩ましいことだと思うんですが、例えば、国庫支出金とありますが、恐らく用途については相当縛りがあるのかなという気がするんですが、つまり縛りが強ければそれだけ裁量の余地はないですよ、受け取る方からすると。その辺のところはどうですかね、特に国庫支出金ですね、受け取る側として、裁量の余地があるのか、縛りが決定的に強いのか、教えていただきたいと思います。

事務局 国庫支出金につきましては、主には国の医療費の負担分になっていますので、縛りが強いところです。我々が幅を持たせられるところは、21 ページに書いてあります調整交付金、こちらにつきましては、各広域連合の色が出せると思いますので、そこで今後、そういった静岡県らしさというものを出すような内容ができるのではないかと考えております。

委員 そういうものを何かの足しに、追加的に使うといいますか、

例えば、先程色々ご意見の出た、歯科を含めて健診の受診率が低いというようなところに重点的に配分するとかですね、そういった対策にある程度は使えるのかなという気もしましたので、質問させていただきました。ありがとうございます。

5 連絡事項

6 閉会