

**令和6年度第1回福岡県後期高齢者医療検討委員会
議事録**

1 日時 令和7年2月19日（水） 14:26～15:42

2 場所 福岡県自治会館 2階201・202会議室

3 出席者

- (1) 委員 綾戸委員、小野田委員、高倉委員、濱委員、掛川委員、志土地委員、馬場園委員、谷原委員、和智委員、勝野委員
(欠席：石橋委員、田中委員、川端委員、古田委員、徳永委員)
- (2) 事務局 末永事務局長、長木事務局次長、平木総務課長、福井保険課長、田中健康企画課長ほか

4 議事の要旨

(1) 委員紹介・職員紹介

(2) 事務局長挨拶

委員の皆様には、ご多忙中にもかかわらず、本日の検討委員会にご出席を賜りまして、ありがとうございます。

後期高齢者医療制度は、平成20年度の施行から17年目を迎えました。その間、被保険者の皆様のご理解のもと、安定的な運営ができているものと認識しております。

しかしながら、本県の後期高齢者一人当たり医療費は全国で最も高い水準であり、また、団塊の世代の75歳到達による被保険者数の大幅な増加が、医療費全体の増額に繋がると今後予想されます。

少子高齢化がますます進む中、後期高齢者医療制度を始め、現在の社会保障制度を維持するためには、各市町村と協力しながら、「健康寿命の延伸」や「医療費の適正化」などを図り、積極的に推進することが大変重要であると考えております。

本日は、「データヘルス計画」などについて報告を予定しております。どうか、委員の皆様には、忌憚のないご意見やご助言を賜りますようお願いいたします。簡単ではございますが、私の挨拶とさせていただきます。

本日は、どうぞよろしく願いいたします。

(3) 協議事項

① 第2期データヘルス計画進捗評価について

○事務局 (資料1、その他配布資料に基づき説明)

○副会長 資料に出ている指標について、達成・未達成とあるが、いわゆるプロセスやストラクチャーにより広域連合で頑張れば何とかなるものと、頑張ってもどうしようもない要素のものがある。そこで、プロセスやストラクチャーに関連する指標、またいくつかの講習会開催が未達だった理由について教えていただきたい。

○事務局 フレイル予防講習実施割合が未達だった理由については、市町村の方で実際に講演会を実施するにあたり、広域連合からメイン講師を派遣している中、フレイル予防というテーマを必ずお願いしているということではなかったこと。また、地域の中でフレイル予防をテーマとする講師が育ちきれなかったことが原因にある。さらに、大規模な講演会の中で、フレイル予防をテーマに取り扱っていただけの所が多くなかった。そういったことを踏まえ、大規模な講演会をとらず、一定の実施の中のポピュレーションアプローチにおいて、地域に密着した形での健康教育を取り組んでいければと方向転換したものであった。

○副会長 実質的な内容については全く手つかずではない、という解釈でよろしいか。

○事務局 そのとおり。フレイルについては、重要な課題と考えていただいているので、全く手つかずということではない。

○会長 糖尿病性腎症重症化予防事業について、少し違和感がある。高齢者になるとインシュリンの分泌が弱く糖尿病と診断されることはあるが、そんなに進行は早くない。軽症の患者に対し保険事業を行い、糖尿病にならないからといって成果があった、とすることは必ずしも妥当ではないのではないか。腎硬化症が原因で透析が必要になったにもかかわらず、糖尿病があったために、それを糖尿病が原因と勘違いしている人が多い。高齢になって糖尿病になったとしても、なかなか透析には至らない。そこを考慮し、エビデンスに基づいた評価をしなければならない。故に、高齢者で軽症糖尿病の方に保健事業を行い、透析にならなかったとしても、それはあまり意味がないのではないかと思う。また、現在、マイナンバーカードで処方と診断名がリンクできるようになっている。重複・多受診者などの問題があると思うが、できれば次期データヘルス計画では、それを考慮に入れた対応をしていただきたい。大きな契機となったのは、一昨年だったと思うが、歌舞伎役者の方が自身と両親が自死するため、睡眠薬を飲んだこと。自死するためには、睡眠薬2ヶ月分くらいの量が必要とする。その量を健康保険証で落とすことは難

しい量だった。もしマイナンバー制度が導入できれば、重複処方ばかりでなく重複・多受診者も把握することができるのではと思う。厚生労働省は、ICP計画を発展させ、2028年度には全ての医療期間に電子カルテを義務付けようとしているので、将来を見据えたアウトランを考慮したデータヘルス計画に変えていった方がいいのではないかと提案させていただく。

② 第3期データヘルス計画の事業展開変更について

○事務局 (資料2に基づき説明)

○会長 例えば、医療費削減について、アルゴリズムとしては難しくない。ブランド品とジェネリックの価格差と、数量を掛算するアルゴリズムを作ればすぐにできる。電子レセがあるので、アルゴリズムを作成しプログラムを走らせれば1週間もかからない。

○副会長 1週間で作れるかと言われれば何とも言えないが、よほど特殊な計算式を用いている、あるいはデータ抽出の関係を除いて、なぜ比較できないのかということを確認いただければ。例えば紙のレセプトで扱いが異なる等、構造的な問題であれば、コストがかかりすぎて難しいとなる思う。比較ができない理由を教えてください。

○事務局 こちらに書いている従来システムの効果額の算定方法が、事業開始当初の平成20年1月から通知を送った方について把握し続け、その方達がジェネリックに切り換えたときの効果額の累積を把握していき、毎月出してきていた。それが、過去に遡ってまで追えないと業者が撤退し、その後は、全国で利用している国の汎用システムに切り替わった。そのシステムでは、通知を送った方の1年間の動きを把握し、その対象者が毎月ジェネリックに切り替わったときの効果額の累積を出すようになった故である。

○会長 定義をしてはどうか。私の場合、通知を送付してから3ヶ月単位で変わったかどうかで計算していた。おそらくそういう仕事は副会長もできるのでは。

○副会長 いきなりできるかと言われれば即答し難いが、効果がどれくらいあったかと評価することは大切なので、実際のプログラミングを業者に依頼する際、何を頼むべきか委員会で検討した上で要望し、それにどれくらいコストが必要になるか、特殊な指標を使えば使う程コストアップしていくことにはなると思うので、例えば今お話があったように全国と標準の指標を算定・比較し、何を知りたいのかも併せて検討することが必要ではないかと思う。

○会長 1973年に高齢者の医療費無料化が行われ、それ以降、延命治療がなされるようになった。延命治療も定義が必要であり、望まない延命治療を受ける方も多い。例えば認知症になり透析する、あるいは心不全でペースメーカーを入れる。本当に本人が望んでいるかよく分からない場合がある。そ

ういったものを保健事業に導入しないと、老人医療無料化の時代は1人の高齢者を9人が支える。理由は、団塊の世代は260万人生まれていた。団塊中には200万人生まれていた。ところが、昨年は68万人しか生まれていない。もうすぐ50万人代になる。生活習慣病予防よりは、望まない延命治療を受けないなど、そういう方向の保健事業を行うことも一つのポイントだと思う。生きたいのであれば良いのだが、そうではない方もいる。例えば病院は転倒させないことが1番であり、胃ろう・点滴をし、とにかく動かさない。そこまでして生きたいかというところについて、高齢者のみなさんの意見を反映しないといけないような時代になっているかもしれない。

(4) 報告事項

① 令和5年度医療給付費について

○事務局 (資料3に基づき説明)

○委員 22ページにおいて、福岡県がだんとつに医療費を占めているのですが、何か原因があるのか。

○事務局 福岡県の傾向として、入院の医療費が一人あたり非常に高い。さらに入院外の医療費も割と上位にきており、総合的に全国1位となっている。入院の医療費において疾病別で高いものは骨折であり、入院外では腎不全、いわゆる人口透析の影響が大きいと考えられる。

○委員 入院する方が多いということか。

○事務局 福岡県内は医療機関数が多く、病床数も充実していることもあると思うが、結果的に1人あたり医療費が高い。

○会長 老人医療無料化を1968年、東京都の美濃部氏が始め、それが全国に広がった。日本の病院はガン・脳卒中・心筋梗塞等の重症を入れる所ではなく高齢者を介護する所になってしまった。だが、診療報酬は全国同じであり、東京などは土地代も人件費も高いためにそういった病院は少なく、西日本、特に福岡県は病院が多くなってしまった。もう一つは精神病院が福岡県に多いこと。入院されている方は今は統合失調症は少なくなり、認知症の方が多くなった。認知症の人が亡くなるまで入院すると医療費も高い故、それも福岡県の医療費を高めている。一番良いのは、2011年に始まった社会保障・税の一体改革にあるような高齢者住宅。あんまり機能してないが、そこに訪問介護ステーションをつけたら、より機能するようになり、かかる費用も半分以下に済むので、そういった知識を皆さんにつけてもらい、政治を動かすみたいなことをしないといけないのではないかと思う。

○副会長 西日本では病院が多いという歴史的背景があり、また、北海道も上位にきていることから分かるように、福岡県では炭鉱等で働く労働者の福

利厚生的な背景もある。元々、病床の配置規制がなかった時代、医学部の定員が西日本は多い等が、今になって影響しているのではないかと理解いただければと思う。

○**会長** 結論を言うと、病床が多すぎる。また、基礎年金だけ受給している場合、何年入院しても医療費は毎月1万5千円でいい。これが決定的な理由である。本人は1万5千円でいいし、病院経営者にはメリットではあるが、それを若い世代に強要していいのかという話になる。日本人が好きな現状維持は難しく、5年後・10年後にどうするか考えないと日本の社会制度は維持できない。こういった問題を優先してほしい。政治家が、「誰がどれだけ負担するか」、「誰にどのようなことを捕捉するか」ということの優先順位をつけていかないといけないのでは。

○**委員** 望まない医療について、私自身も自然に任せるという考えを持っている。そういった個人の意志や考えを、例えば遺言書に残す等の証明する方法を、広域連合で啓発するなり情報提供を行っていただければと思う。マイナンバーカードのメリットも、広域連合でさらに広報していただければ。

○**会長** マイナンバーカードの広報はされていると思うが、さらにもう少し具体的に広報いただきたい。自己負担最高額や高額療養費に関しては、マイナンバーカードを使用すれば手続きは簡単となる。こういったこともメリットとなるはず。

(5) その他
特になし