

平成27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 平成27年度7月3日(金) 15:00~16:25

2. 場 所 福岡県自治会館 2階 201・202会議室

3. 出席者

(1) 委員 馬場園委員(会長)、谷原委員(副会長)、吉田委員、古家委員、
寺澤委員、今里委員、井上委員、川崎委員、小山委員、茶木委員
【欠席：松永委員、江田委員、船木委員】

(2) 事務局 森事務局長、福永事務局次長、鳥巢医療費適正化等担当次長、
岩隈総務課長、浅井企画財政担当課長、中原事業課長、
吉永資格保険料担当課長ほか

4. 議事の要旨

(1) 事務局長挨拶

事務局長の森でございます。

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誠にありがとうございます。

さて、後期高齢者医療制度は、平成20年の施行から8年目を迎えました。国においては、本制度について様々な議論が重ねられておりましたが、平成25年12月には改革の道筋を示した、いわゆる「プログラム法」が施行され、現在、この法律に基づき、後期高齢者医療制度を含めた社会保障全般の改革が進められているところでございます。本広域連合といたしましては、国の動向を注視しつつ適切な対応を図るとともに、被保険者の皆様が安心して必要な医療を受けることができるよう、一層、健全で効率的な制度運営に努めていく必要がございます。

こうした状況の中、本県の後期高齢者の医療費は全国で最も高い状況が続いており、医療費の適正化など様々な課題の解決に向けた取り組みが必要となっております。

本広域連合といたしましては、「第2期健康長寿医療計画」に基づき、訪問健康相談事業やジェネリック医薬品普及啓発促進事業など各種事業に積極的に取り組み、高齢者の健康づくりと医療費適正化を着実に進めてまいり所存でございます。委員の皆様におかれましては、引き続き後期高齢者医療制度の運営にご理解・ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

さて、本日の議題は、「平成28・29年度の保険料率の算定」等についてございま

す。

本日のご意見を真摯に受け止め、効率的運営にしっかりと取り組んでまいり所存でございますので、委員の皆様からの忌憚のないご意見を賜りますよう、どうぞよろしくお願いいたします。

(2) 議題

①平成28・29年度の保険料率の算定について

〔事務局〕(資料1に基づき説明)

〔委員〕別紙で保険料率算定のしくみが記載されているが、費用の見込額と収入の見込額、それぞれ大体いくらぐらいになるのか。

〔事務局〕前回の保険料を算定した時の状況について説明させていただく。いずれの金額も2カ年分である。費用の見込額は、給付費が1兆3,870億円程度、その他に②財政安定化基金拠出金から⑥葬祭費までについては、55億7,700万円ほどである。収入の見込額については、公費負担分である①国負担金から④市町村負担金の分で6,792億円、⑤の後期高齢者交付金は5,742億円、保険料として課す部分については、2カ年の分として、1,326億円である。

〔委員〕今回剰余金は出るのか。それと財政安定化基金について、教えていただきたい。今、総報酬制が段階的に取り入れられるようになってきている。それが交付金に影響してくるのではないかと思うが、今回から影響してくるのか。分かる範囲内で教えていただきたい。

〔事務局〕今、決算見込みを算定中であり、概ね平成26年度の決算見込みは345億円、国への返還金が概ね200億円ほどとなり、実質的な剰余金は150億円ほどになると見込んでいる。財政安定化基金については、決算を踏まえて県と協議することとなるので、28年度以降の交付については、現在のところ、お答えできない状況である。

〔事務局〕総報酬制については、まだ、検討に至っていない。

〔委員〕150億円という剰余金について、以前聞いたときは60億ほどだったので、今回増えているようだが、そのように増えるものなのか。

〔事務局〕前回の算定に用いたのが、61億円である。今回は150億円ということなので、61億円を差し引いた90億円程度が多くなったということであるが、27年度の医療費がどうなるかということ計画の2カ年度ずつで見ていくこととなるので、剰余金の額が変わることも当然考えられるものである。その辺を踏まえて、最終的にどれだけ活用できるかは、今の段階では詳しくは申し上げられないが、医療費の伸びが鈍化しているということを考えると、前回よりは活用額は大きくなると見込まれる。

〔委員〕剰余金が増えることは保険料を下げる要因となるのか。

〔事務局〕保険料上昇抑制のために活用をしていくものである。

(3) 報告事項

①被保険者証の更新について

〔事務局〕(資料2に基づき説明)

〔会長〕資格証明書の交付はゼロなのか。

〔事務局〕厚労省からは、相当な収入があるにも関わらず保険料を支払わない悪質者にだけ資格証明書を交付するよう指導があつている。実際に75歳以上の方で該当する方はいない。なお、全国でも今まで資格証明書を交付したことがないという状況である。

②訪問健康相談事業報告について

〔事務局〕(資料3に基づき説明)

〔委員〕健康訪問の候補者が1,800名いて、実際に承諾が得られたのは1,100名弱ということであるが、承諾が得られなかった理由や承諾が得られなかった方の医療費などを教えてほしい。

〔事務局〕対象者として抽出したのは、約4,000名である。電話番号、連絡先が分かった方が2,000名ほどである。4,000名のうち、2,000名の方の電話番号が分からなかったため、連絡が取れたのは2,000名ということである。そのうち、約半分の方が承諾されたということで、1,100名ということである。辞退された理由の大部分が現状では相談することがないということであり、あとは、忙しいから、時間が取れないから、事業の趣旨が分からないからなどである。なお、辞退された方の医療費については追跡していない。

〔委員〕この事業自体が今年で4年目ということで、昨年、平成25年が2,700名の候補者に対して、1,150名を実施したという報告を前回聞いている。この時に、はずれた1,550名の方は、今回の対象者の中に含まれているか。

〔事務局〕基本的に対象者を抽出する時には当然含まれている。ただし、訪問する際には1度訪問した方は、はずしている。

〔委員〕では、訪問していない方に対して、もう一度声かけをするのか。

〔事務局〕もう一度声かけを行う。

〔会長〕頻回受診者は同一月内に同一の医療機関に15日以上外来受診があり、かつ、3カ月連続する者と書いてあるとおりで、前回寺澤委員が内科でこういう方は少なく、整形外科などが多いのではないかとということで、少し調べてみたが、整形外科については該当する方が多いが、額は多くない。額が多いのは精神科のデイケアである。それが必要か不必要かというのは、例えば病院と比べての比較など、慎重な検討が必要となり、いろいろな吟味が必要だと考えている。

〔委員〕費用対効果が8倍となっているが、毎年このような費用対効果なのか。増えてきているのか。

〔事務局〕おおむね、同程度の水準である。

③ジェネリック医薬品利用案内通知事業報告について

〔事務局〕（資料4に基づき説明）

〔会長〕市町村別を見てみると地域に格差があるが、数値がこれだけばらついているのは何か地域的な特徴があるのか。

〔事務局〕市町村ごとにジェネリック医薬品に対する意識が違うのではないかとご指摘だと思われるが、そこまで詳しく分析するのは今後の課題とさせていただきたい。

〔会長〕井上委員、地域によって調剤薬局などで差はあるのか。

〔委員〕地域差はあると思われる。処方する側の意図、それから我々の区域からの取組、地域住民の意識がすべて関係してくると思われる。お伺いしたいことがあるのだが、これには入院分も入っているのか。外来分と入院分で、全然金額が違っている。もし、入院分が入っているとすれば、大型病院がある場合、大型病院のDPCケースの算定の要因としてジェネリック使用率をかなり大きなファクターとして入れているので、入院分があれば、その部分が切り替わると大きく影響してくる。例えば福岡市だと九州大学病院、それから福岡大学病院、その他大型の病院が多数あるため、これがDPCで変わると、数字が大きく変わってくる。

〔事務局〕今日、示している資料は、外来のみである。入院は含まれていない。普及率52.2%も入院は入っていない。

〔委員〕それでは、普及率とは言えないのではないか。特にこれから先は抗ガン剤のジェネリック医薬品や、生物学的製剤、要するにバイオ医薬品のジェネリック医薬品が出てくるので、そうすると、とても大きな金額が算出されることになるため、その部分についても加味された方がいいのではないか。

〔委員〕福岡大学病院でもジェネリックの率というものが話題になっている。後期高齢者の保健事業、被保険者に対する事業ということで、広域連合からアプローチできるのは外来になると解釈していたが、井上委員の言われる全体としての普及率、入院と入院医療費合わせた利用率というのは違った観点から、今後検討の余地があると思う。

〔委員〕後期高齢者の場合、入院されている方がとても多く、しかも、ガン患者が多いと小さい国保連合会などは破綻するような感じになる部分もあるので、そこがジェネリックに替わった場合は額としてかなりの金額になり、それは絶対無視できない話だと思う。

〔委員〕非常に大事なところだと思う。ただし、DPCの場合、丸めなければならないので、例えばレセプトなどで明らかにするのは技術的に難しい。さらに、外来となるとかなり難しい。

〔委員〕現場の実感から言わせてもらうと、開業医の先生は、切り替える先生の場合は大部分切り替えている。今進んでいるのは、大病院の院内の処方箋も含め、院内投与も含めてDPCに大きく影響されて、大きくジェネリック市場が動いているということがあるので、それは絶対加味した方が間違わなくていいのではないかと思う。

〔委員〕保健事業と病院に対するアプローチについて、おそらく、ガン患者で入院されて

いる方には広域連合から手紙が届いても、入院されている患者がジェネリックに替えてくれという申し出はなかなか難しいのではと広域連合が考えているように思う。

先生が言われるように入院分は大きいですが、それに対して広域連合はどうアプローチしていくのか、それは保険者から手紙を送るというアプローチが向いているのか、そういうことを考えて、良い方法を今後検討していく価値があると思う。ご指摘のことについては良く分かるが、現行、保健事業という範囲の枠をよく見直して、もっとも良い方法、新しい方法などが必要かどうかと考えるべきだと感じている。

[委員] 福岡大学病院も大きく、九州大学病院も大きいですが、例えば強心薬の薬というのは、ブランドとジェネリックでは全然値段が違ってくる。ただし、なかなか替えてくれない状況がある。そういう意味では社会的な意見というのが、例えば病院の経営に伝わるような、そういう仕組みがあったら、それは非常に良いと思う。ただし、DPCで丸められているため、説得するのが難しいということはある。

[委員] 井上委員のご指摘は、そのとおりだと思う。

[委員] 私は素人で先生方のご指摘は大変専門的で難しいが、私たちは被保険者として、今ここで話を聞かせていただいて、私たち一般の患者にしてみると、ジェネリック医薬品は以前の薬とこんなに違うということを安いという理由だけでなく、もう少し医学的に分かるように話を聞かせていただきながら替えていくということの方が、替える方も安心して替えられるのではないかと思う。まだ、そのような説明を聞かせてもらえないのが現状である。薬をもらいに行くと、ジェネリックもありますよと、どうしますかと聞かれ、こちらの方が安いですよと言われるだけである。そのような説明だけだと、従来どおりで良いですよと言って帰ってくることとなる。その辺りが、被保険者の立場から言うと、もう少し情報があると思う。また、安い方は、効かないのではないかと思うこともある。

[委員] そういうことは、全くありません。効果がきちんとしたものをお勧めするようにしているが、そこは少し説明不足だと思う。もう1つ付け加えさせていただくと、命に関わるのに絶対肝となる薬があるが、そういったものは我々もジェネリックに変更しづらいところがある。これは、ただお金の話ではなく、患者の命に関わる問題のため、心疾患の薬や、抗ガン剤については替えられないのが我々の原則としてあり、そこは被保険者の方に説明させていただきたい事項だと思っている。

[会長] 日本がジェネリック医薬品に替えられない最大の理由は、欧米の場合は先発医薬品と比較して、ジェネリック医薬品は1割ぐらいの金額である。研究開発にものすごくお金が掛かるわけだが、化学式ができているものを作るというのは研究開発費が要らない、試験など全然要らないわけである。

しかし、日本の場合は高く、先発医薬品と比較して、ジェネリック医薬品は7割の金額である。その辺のところ、高齢者の方や患者がメリットを実感できないというところがある。産業的背景によるところもあるので、そういう意味では厚生労働省でも考え

ていけないといけないところであり、割合を少し下げる方向で国が今動いていると伺っている。

[委員] 別のことになるが、たくさんの薬をいただいて帰って、飲まない方がいるということがテレビで放送されているが、私もかかりつけ医を選定して薬を整理したところ、共通したものをもらっていた場合があり、薬を減らすことができた。そういったことも一般の市民がもう少し考えていけば、変わることもあるのではないかと思う。

[会長] 大変貴重な意見である。患者が来られて、頭が痛い、眠れないなど、いろいろなことを言われる。そうすると、医者、ついつい薬を出すという傾向もあり、そういう意味では患者がどう考えるのが非常に重要かと思う。

④平成25年度医療費（確定値）について

[事務局]（資料5に基づき説明）

[委員] 資料5の全国都道府県別の分で、都市部や各地域など、そのような集計の仕方をしてみてはどうかと思う。この表の平成25年度の中で、都心に近いわりに千葉県が比較的順位が下なので、千葉県は何か取り組みをしているから低いなど、要因の把握はしているか。

[事務局] 千葉県のご指摘を受けて初めて気づいたところだが、千葉県は私が研究した限りでは千葉市辺りは都心に近く非常に都会であるが、南房総辺りになるともう過疎地域のようなところもあり、千葉県というのは特殊な地域であると思う。これは私の個人的な意見だが、東京都市圏は別として、都市圏は人口の割に医師数が不足していると聞いており、そのことも影響しているのではないかと思っている。

[会長] これは医療政策の分野で非常に有名であり、千葉県の南北問題と言われている。北の方は急性期病院も診療支援もあるが、南の方は急性期病院が1つしかない。そういう意味では、南の方は非常にアクセスが悪く、千葉県ではその格差をどうするのかといういろいろやっているようだが、なかなかうまくいっていないのが現状である。医療費については、県も総じて変わらない。自治体別も変わらない。それは何を物語っているかという、医療費適正化の努力や情報提供以外の公共的なものを考えていけないことを示唆している。

[委員] この数値を出すということは、単に総医療費を人口で割っているのか。加入者数で割っているということなのか。

[事務局] 総医療費を平均被保険者数で割っている。

[委員] これは何か意味があるのか。会長が言われたように、千葉県は医療機関が少なく、すごく有名なところだが、首都圏が近いので、北千葉の方たちは、みんな首都圏の大型病院に行く。ただ単純に総医療費を被保険者数で割って、医療機関の密度とか、人口密度とか、ファクターを作った計算式なりファンクションボックスを作って本物の医療費を出すなどを考えていかないと。高知県と福岡県が並んでいるが、高知県は医療機

関の入院がすごく多いところであるが、大学病院は県下に高知医大1つしかなく、いろいろな要因があるので、この数値を出すことに何か意味があるのか。

[会長] それは、そのとおりである。病床も公表がなく、病気の名前も何がくるか分からない。いろいろ難しい問題があつて、単純に被保険者の数で割るというのでは、分析はできない。入院で使うレセプト病名というのは、入院の場合は数が多いので、全体の診療内容を鑑みながら、分析するのは難しい。では、どうすればいいのかというと、どういう症状に対してどういう診療行為をやっているか、今後有用な診断名を見つけていかなければならない。これからレセプトの電子化が進んでいって、若干のノウハウも集まって、直結データなど、外国ではどんどん進行しているので、日本でもそうなる可能性がある。

[委員] 県全体として丸めてみると、こういう比較は、なかなか難しい。私は国保運営協議会の委員として、一人当たりの費用の分布を細かく検討するというプロジェクトを担当しているが、調べてみると皆さんが高い医療費を使っているのかどうかというと、例えば、特定のガン患者のように一人二人少数の方が高額な医療費を使われているために平均を押し上げているケースがある。分布などを検討することで、より問題点を明らかにしていき、それに対して保健事業を行っていくのがいいのか検討していく、そういうプロジェクトである。先ほど会長が言われたように、電子化する前にはできない分析だったが、今後そのような問題点を踏まえながら、より実態に沿った現実対応可能な問題点を導き出して、それについての保健事業の対応ということが今後の課題である。ただ、現状ではご指摘があつたように、これで何ができるかという、なかなか大きな問題があるが、それは学術的なところでは、どんどん課題が解決に向かっているのではと考えている次第である。

[会長] 私は電子レセプトを分析し始めて6～7年になるが、おそらく高齢者医療費の医療費適正化や質の改善で優先すべきは入院問題だと思う。非常に長く入院していると動かないため、2～3カ月で廃用症候群などが起こり、トイレに行くのに看護師に連れていってもらふ必要があるため、コストが非常に高くなる。2番目に、本人が望んでいるのであれば良いが、延命治療だと思う。例えば、胃ろうをつけて生き長らえさせるなど、これを本人が望んでいるかも考えていけないといけな。3番目に認知症の高齢者に、これだけ多くの薬が要るのかという薬の対策だと思う。今後、後期高齢者医療検討委員会は、諮問会議の役割を果たしているので、そのような問題をどのように解決していくか知恵を出し合つて対策を考えるように出来れば良いと思う。高齢者にとって必要なプライマリ・ケアを通じて、病気の進行の予防や生活の支援など、自分の意志を尊重した人生の支援が今後重要になってくると思われるので、そういう話が出来れば良いと思う。

[委員] 私は介護保険広域連合にも委員で出ており、地域包括ケアのように後期高齢者医療でみる費用の部分なのか、介護保険でみる部分なのか、その辺の境目にいる方が多いと思う。例えば、医療の視点からみると、認知症という診断名がついて、認知症の投薬

も含めた医療的ケアをすることとなる。介護保険の視点からみると、認知症の症状を改善していくためには、毎日デイケアに行くようなことをやっていけば症状はかなり改善されていくわけである。行政は常に縦割りで、後期高齢者医療広域連合と介護保険広域連合は全く別物で動き、内容が同じ様な事業を重複し、広域連合ごとにやっているわけであり、そうであればその接点の部分をどのようにしていくのかを考えていかないと、現場はもう持たない状況に近づいていることを考えていただければと思う。

〔委員〕今、ご指摘があった医療と介護がそれぞれ別々に動いているという問題だが、私はある町に関わっているが、なんとか個人単位で医療と介護を合算したデータを集約して、問題を検討するというプロジェクトを担当している最中である。今、ご指摘があったように医療と介護を両方同時に見ることで、医療としてのアプローチ、介護としてのアプローチ、どれが最適なのか、費用対効果としてどれが向いているのかどうか、あるいは、本当に住民の方のためになるのは何なのかということが、そういうことが行政の側にも必要だと思う。広域連合が後期高齢者の医療制度の対応に追い回されて、そこまで手が回っていなかった気がする。最近やっと、医療と介護と合わせたデータで考えていこうという動きも出てきている。今、ご指摘があったようないろいろな問題を検討委員会で考えていく場になればと思っている。

〔会長〕確かに高齢者の病気と障害というのは難しいところがあって、薬を飲んで治癒できるかという、できない。先ほど認知症の人の精神科のデイケアを介護の枠でできないかという、BPSD（認知症に伴う行動障害と精神症状）などであれば、医療の方が良く精神科の方が良いことがあるが、それは何ヶ月もという話ではない。例えば、認知症の人でBPSDを悪くするのは簡単である。強い薬を使って、眠らせるのが本当に良いのかということを経験として、かなり考えなければいけない。家庭環境や介護の環境などいろいろあるが、そういう意味では病気として考えると、おそらく高齢者のケアというのは難しいところがあるのではないかと。その辺りをよく考えて医療を高めていかないと、医療費の適正化もできず、高齢者のQOLも守られない。そういう意味では介護の認定、介護というのは生活の支援のため、生活の支援や他の人たちとの関係性を整えるというのは、介護であって、医者は医療には強いが必ずしも介護に時間が使えるわけではないため、そういう意味では今後議論していった方が良く思う。

〔委員〕医療と介護の同時改定に向かって、地域支援事業ということで市町村が動かざるを得ないような状況になってきており、そこで今、医療と介護といろいろなものが分けられて進められてきたと思うが、今後医療の中の分析というものを事務局で対応していくべきだと思う。歯科も遅ばせながら、その中に入りたいと考えている。

〔会長〕歯科の方も分析して、効率化を押し進めていただけたら、ありがたい。

（４）次回の検討委員会について

次回開催時期は、11月頃を予定しており、時期が近くなったら再度連絡する。

(5) 議事録署名委員の指名

会長から古家委員（被保険者代表）、今里委員（医療機関団体代表）を指名した。

議事録署名

福岡県後期高齢者医療検討委員会委員 今里 憲弘

福岡県後期高齢者医療検討委員会委員 古家 和子