

平成30年度 山形県長寿医療懇談会 会議録

開催日時：平成30年9月27日（木）午後1時30分～午後3時25分

開催場所：山形県国保会館201会議室

【出席委員】（会長）是川晴彦 久連山良夫 岸部滋 多田敏彦 村山敏明
庄司佳都子 菅原京子 金光秀子 加藤信彌 阿部雅人

【事務局】 事務局長 事務局次長 事業課長
企画財政係長 資格管理係長 給付係長
企画財政係主査 企画財政係主任 給付係保健師

懇 談

—事務局より説明—

（1）平成29年度後期高齢者医療制度運営状況等について

—事務局説明後、委員による意見交換—

【会長】ただいまご説明いただいた内容につきまして、ご質問あるいはご意見等ございましたら、ご発言をお願いしたいと存じます。

【委員】ご説明ありがとうございました。いろんな情報をお持ちだと思いますので、少し教えていただければと思っております。

資料1—1の18ページに、2つほど項目ございます。上が健診の年毎推移、下が地域別割合でございます。庄内地区がいつも健診率が高いと見ておりますが、この特段の理由は何なのかなど。倍とは言いませんけども、結構頑張ってるやられている。何か施策が展開されているのかどうか一点。

去年も、お話をさせていただいたと思うのですが、一人当たりの75歳以上の医療費が、資料1—2の2ページに出ております。赤いところが一人当たりの診療費が高い地域ということで、去年は、三川町・米沢市・高畠町の3つがあったと自分は記憶しています。今回、赤い地域が増えていまして、山形市・上山市辺りも入ってきたようでございます。少し分散しているのかなと感じます。去年の3つよりも高いところが増えてきた理由と、一人当たりの診療費は全般的にもっと高くなってもいいかなと思ったのですが、そうでないところもある理由をお聞きしたい。30万円の地域差があるようです。同じ施策をしていくのが大事だと思いつつも、県の中で医療費が倍以上違ってくるというのはなぜなのでしょう。一人当たりの診療費が少ないと

ころは健康寿命が長いというのなら、大蔵村も健康寿命が長いのかということにも繋がってくるのではないのでしょうか。まず、この 2 つを教えていただければと思います。よろしくお願いいたします。

【事務局】 はい、お答え申し上げます。庄内の健診受診率は高いということですが、庄内の方は個別健診を行っておりまして、それぞれ各個人が医療機関の方で健診を行っております。一方、他の地区ですと集団健診が主になりますので、それが庄内の健診受診率が高い要因ではないかと、こちらの方では認識しているところでございます。

【委員】 庄内地区では、集団健診を行っていないのですか。

【事務局】 集団健診も行っていますが、個別健診の割合が他の地区と比べて高いということが要因でございませぬ。

一人当たりの診療費ですが、昨年と比べて山形市・上山市が上がったということですが、要因については、まだ把握していないところです。一人当たりの医療機関が多いというのも 1 つの要因だとは思いますが、これだという要因はまだとらえきれれておりませぬ。

【事務局】 昨年は、山形・上山・山辺辺りが大体 69 万円台の数字でした。若干上がることで 70 万を越えてしまったというのが正直なところでございませぬ。

【委員】 根本的な問題ではないということですね。

ただ、それらの市町村と、大蔵村とか鮭川村は一人当たりの診療費が倍以上違いますよね。少ない所と高い所、それらの健康寿命が同じだったら、次の施策があるわけですね。

市町村単位での健康寿命は調べられているのですか。県の健康福祉部の方でお持ちではないのでしょうか。

【委員】 健康寿命については、今年から保険者協議会の事業として、データを出しているはずですが、オープンでのデータは持ち合わせておりませぬ。

【委員】 どうすればそのデータを入手できるのでしょうか。どこかで見せてもらうことはできますか。別にオープンにする気はないのですが、どのようになっているか素朴な疑問があります。診療費が安くて健康寿命が同じだったら、安い方がいいので、次の施策に展開できますよね。

【事務局】 市町村ごとの健康寿命がないか探したのですが、健康寿命については、きちんとした市町村ごとのデータを見つけられませんでした。平均寿命は何年かに 1 回、市町村ごとに厚労省で出しているのですが、健康寿命についてはオープンなものが都道府県別しか見つけられず、このような資料になった訳ですね。

【委員】 今までの資料はそうだったのかもかもしれませんが、今後こうした方がいいのではないかという議

論があつていいわけですよ。だったら時間は掛かるかもしれませんがそれを吸い上げて検討して頂きたい。この健康寿命というのは、別に汗かいて何かを積み上げていくわけではない、計算値なのです。健康寿命が長い方というのは保険を使っていない方ということですから、正確な計算は難しいため概算値でしかわからないかもしれません。その数値はあまり意味がないかもしれませんが、一応調べれば各市町村別の順番くらいはわかるのではないのでしょうか。それらがあつた方が私はこの議論が活性化すると思いますので、是非、来年度はこの場で議論できればと思っております。

【会長】 全国的なデータがあるのですから、それと同じ傾向がこの山形県の中で同じように読み取れるかどうかとか、医療機関の受診率と医療費と健康寿命率の関係、因果関係がどうなっているかなどを考えることによって、限られた財源の中での効率的な施策や議論が展開できるのではないかと思います。

【委員】 同じことは健診率でもいえますよね。全国の健診率と医療費の問題が資料1-2の6ページに出てきます。それと同じように山形県内各地区でも健診率と医療費の問題があるわけです。個々のデータを個別に見るのではなく、そのようなリンクした考え方でやっていると、次の施策につながるのではないのでしょうか。そこがやっぱり肝かなと思っておりますので、是非、次回はそれがわかる形でお願いできればと思っております。よろしくお願いいたします。

【会長】 いろいろな考え方、仮説があつて、それが本当に正しいのかどうかというのは、データから類推していろいろ考えて行くことが求められると思います。

ちなみに、この庄内が高いというのは、自治体がこまめに呼びかけているとか、そういったことが要因なののでしょうか。あるいはそういう文化があるのでしょうか。

【事務局】 保健事業を担当されている担当者の会議でいろいろ聞いているのですが、担当者も具体的にこれといった理由がわからないらしく、やはり昔からの気質がという事しか聞いていませんので、答えになっているかわかりませんが、そのような話は聞いております。

【会長】 ありがとうございます。では、他の委員から何かございませんか。

【委員】 資料1-1の17ページの庄内の健診受診率ところですが、以前から議論されており、その理由は、特段なかな理由がはっきりしていないという答えでした。今、庄内が他の地域に比べて集団健診よりも個別健診の割合が高いからではないかと最初に事務局の方から説明があつたと思います。しかし、健診のあり方と健診受診率は、本当にループするのでしょうか。もし、個別健診と集団健診を比較する場合、健診コストの面でどのような関係性があるのでしょうか。市町村と医師会の調整になってくると思いますが、先ほどから議論されているように、なぜそうなのかと追究して行って、それによって、個別健診と集団健診の在り方を変えていくことで、受診率が変わり、それが本当に健康寿命に繋がっていくのかということまで分析が出来れば、確かに次の施策に繋がってくると思うので、是非、事務局の方で分析していただければと思

ます。

【委員】 資料1-2の6ページの、健診に関係することなのですが、ご覧いただくと山形県が黄色い帯で出てまいります。線で括って横に見ますと、山形県というのは、大まかにいうと健診をやらなくてもお金をかけないでもある程度健康なのです。一人当たりの医療費をみても、下から5番目6番目の順位がずっと続いていますよね。つまり治療費をかけなくても平均寿命が全国平均に近い数値なのです。これを考えたらお金の使い方をどうするのかという議論出てくるはずですよね。特に後期高齢者ともなると、一生懸命治療することで寿命が延びるのか、というところも出てくるわけです。大きな病気をした時に、この方の寿命と、その病気の寿命は、ほとんど同じ場合があります。その場合どこまで健診を行ったらいいのかという話にも繋がってきます。欧米だと健診を行う上限も大体決めています。そのようなところまで踏み込んで議論すべきです。数字だけ並べて分析してもおそらく行き詰ってしまうと思うので、私の立場で言うのも変かもしれませんが発言させていただきます。委員の皆さま方はこの数字を見てどのようにお考えでしょうか。よろしくお願いします。

【会長】 数字だけで考えれば、投入した資金に対して寿命がどれくらい延びるのか、そういう議論もあるわけですからね。それが、どの年齢のどの方にどれだけの資金を投入すれば寿命がどれだけ延びるかとか、そういったいろいろなデータが出てくるはずですし、どこかにあるとは思うのです。

【委員】 そうですよね。

【会長】 委員の方から集団と個別の割合について議論をする必要があるのではないかという意見と、投入と成果の関係、費用対効果を医療の面でどのように捉えるかという提案、意見をいただきましたが、事務局の方から何かありますか。

【事務局】 ご意見をいただいた部分については今後の施策の参考にさせていただきます。直ぐ結論を出すのは難しいと思うので、収集できる範囲で情報を収集して、対応したいと思います。

【委員】 大事なのはデータですよ。独自の仕様でもいいので、年代別に10年間隔でデータを入手して、その間の健診受診率や健康寿命等を調べ分析できれば、もっとわかりやすいのではないのでしょうか。お金掛けた分どれだけ寿命が延びるのかというところにも繋がってくると思います。高齢者になると病気の余命と自然の余命が殆ど同じというところもありますから、健診してどれだけ効果が表れたか、そのバランスを年代ごとに見ていくような知恵が見られればなと思います。ザックリ見てもよくわからなくて。国は今後お金なくなりますから、段々大変になりますよ。その前に山形県はこうするというものがあると、国も考えるのではないかと思います。よろしくお願いします。

【会長】 いろいろデータがあって、それをどういうふうに活用して、どういうふうな切り口で

分析していくのか、いろいろあると思いますから、今後様々な研究データもあるかもしれませんが、参考にしていただければと思います。

【委員】 事務局の方にお伺いしたいのですが、資料 1-1 の 1 ページの被保険者数の数が 192,928 人とあるのですが、5 ページを見ますと被保険者数が 204,874 人となっています。この数字の相違には何か理由があるのでしょうか。また、以前頂きました資料に第 3 次広域計画がありますが、これには平成 32 年で 191,386 人という推計になっているわけですよね。ほぼ 191,000 人となりますと、この推計にほぼ近づいている気がするのですが、その辺、数としてどうでしょうか。

【事務局】 今のお尋ねいただきました、資料 1-1 の被保険者数の違いですが、1 ページの被保険者数というのは、その時点での被保険者数の数でございます。5 ページの方の被保険者数は賦課対象者ということで、途中でお亡くなりになった方も含みでの延べの人数になりますので、それで被保険者数に違いがあるということでございます。

【委員】 わかりました。

【委員】 資料 1-2 の 11 ページなのですが、山形県は保険料が一人当たり 3,867 円で全国 43 位、東京の方を見ると一人当たり 8,094 円で全国 1 位、この大きな差というのはどうなっているのかと思っているのですが、高齢者の一人当たりの所得に関係するものか、お聞きしたいと思います。なぜ 8 千と 3 千の差が出るのでしょうか。

【事務局】 11 ページの一人当たり保険料の金額ですが、昨年この会議で示させていただいた保険料率改定の話になってしまうのですが、算出の根拠となる医療費の水準が東京都と山形県では違うということがあります。均等割りと所得割の 2 つがあるのですが、同じ所得割のパーセントを掛けた場合、東京都の方が山形県より所得水準が高いことがありまして、額的には東京都の方が高くなるといった結果に出てきます。

【会長】 平均なので、例えば、東京で凄く所得の高い高齢者がいると、それに引っ張られて平均値が上がってくるということはあるでしょうか。

【事務局】 それも勿論あると思います。全体に所得水準が東京の方が高いというのが、まずあると思います。

【委員】 保険料を払う個人としては、山形の方が東京よりも所得が低い訳ですから、負担感強いですよ。資料 1-2 の 4 ページを見ると東京の高齢者の一人当たりの所得が、山形の高齢者の 3 倍位となっていますね。それで保険料は 2 倍しか違いが無い。だから、山形の高齢者の方が負担感を感じているのではないかと。そのような考え方もあるのではないかと。

【事務局】 ただ今のご質問ですが、保険料を個々に算定する際には、均等割の保険料と、所得に関係

する所得割の保険料とがございませぬ。それぞれを使ってお一人お一人の保険料を算出してありますが、東京都と比べますと均等割は当然ですが山形の方が低いと。所得割の率も山形の方が低いということとございませぬ。結果的に出された保険料がその方にとって負担感があるかどうかにつきましては、それぞれの人によってとらえ方が違うと考えているところとございませぬが、高いと思われる方もけっこういらっしゃるのではないかと感じております。

【会長】 所得割の部分があるから、所得が少なればその分は少なくなるし、多くなればその部分で調整が出てくるからということですよ。例えば山形なら所得割率 8.01%なら、そういったところですからね。ここは、平均で見るのと個別で見るのとの問題でもありますから。

【委員】 ということは、山形の広域連合より東京の広域連合の方が財政的に潤っているということですか。数値がないのでわかりませぬが。というのは、資料 1-2 の 6 ページをご覧くださいと、一人当たりの医療費は山形県が 37 万 9 千円、東京都が 40 万円位です。確かに東京の方が一人当たりの医療費は若干高いですが、37 万 9 千円と 40 万の差いで、ほとんど差がありません。しかし、月額平均保険料額が 3 千円と 8 千円の差があるということは、東京の広域連合の財政は結構余裕があるのかなと。保険料の数値からも、お金というのは、算出するフィードバック、逆フィードバックみたいなことがあると思います。

【会長】 山形県と東京都では人口の問題もあるでしょうけどもね。一人当たりで見れば確かに。

【委員】 確かにそうですよね。

山形の方が、東京都と比べると分が悪いということになります。
だからこそ、どこにお金を掛けるのが大事になってくるのかなと。

【事務局】 保険料については、算定の都度、私共も算定する際になるべく低く抑えたいと、どこの県でも東京都でも同じだと思います。結果として、広域連合の医療費の財政に余裕が出るかどうかは結果論になってしまうところがあります。ただ、算定する際には、なるべく負担を抑えたいというのは、どこの県でも一緒かなと思っております。

【委員】 毎年、翌年度のフィードバックあるのですよね。

【事務局】 はい。

【委員】 わかりました。

【会長】 都道府県別にみると、1-2 の 3 ページで、高知県と山形県を比較すると、一人当たりの医療費にはで 30 万円位差が出ていますね。どこで違うのか更に 5 ページを見ると、入院費のところ違います。そうすると長く入院するような理由が、山間部だからなかなか、家に戻りづらいとか、いろいろ私も理由を考えてみたのですが、そうすると今度は山形の大蔵村とかそういうと

ころが高くならなきゃならない可能性も出てきます。その辺どのような理由なのでしょう。特に、福岡、長崎、北海道辺りで、何か共通するところで何かあるのでしょうか。いろいろこれを見て思ったところがあるのですが、事務局で何かわかることはありますか。

【事務局】今の答えになるか、わからないのですが、最近の傾向として、山形県だけではないと思うのですが、1件当たりの入院日数が、年々下がって来ています。一方で、1日当たりの入院医療費が、かなり高騰してきています。診療報酬改定があったのですが、例えば、医療費算定の仕方など、国の制度で変わってきていると聞いておりますので、包括的な算定のせいもあるのかなとこちらの方では思っております。

【委員】今の事務局の説明、わかりにくくて私の頭にはさっぱり入らないので、私をもっとわかりやすく説明いたします。資料1-2の4ページを見てください。この表では高知が1番目で、山形県は42番目に載っています。会長の質問は、なぜ高知の医療費が高いのかです。そこで1番わかりやすいのは、病院の数、病院の病床数。これを見ると、高知はどう考えても断トツです。いいですか、次に平均在院日数を見ましょう。高知は46日、山形は27日、厚労省がどんどんどんどこ減らせと言っている在院日数が、高知はまだ40何日です。これでは、お金が一杯掛かりますよね。つまり病院数が多くてベッドが一杯あるものだから、何とかしてベッドを埋めないと自分達の病院が生き残れないわけで。ちょっと違うメカニズムが動いているようです。

【会長】経営面の判断が背後にあるのではないかと言うことですね。

【委員】そうですね。結構深刻なのだと思います。必要な医療以上の物をやっているのではないかと。いうところも、おそらく厚労省は見ているのだと思っています。

【会長】多いから行きやすい、入りやすいというよりは、多くて空いているが故に、とにかく埋めたいという気持ちも働くのではないかと。

【委員】そうですね。一杯ベッドがあるものですから。人口減少によって病院に入院する数はだんだん減っているわけです。でも、ベッドはあるわけですから。奪い合いと言うのですかね。病院間でそれがかなり激しく起きているのかなと推測できるデータだと思います。

【委員】私立の病院と公立の病院とでの違いというものがありますか。

【委員】いい質問ですね。山形県というのは、全部のベッド数の約50%が公立病院のベッド数になります。これは日本で1番です。断トツに高い値なのです。東京都は確か15%です。つまり、公立病院がベッドをいっぱい持っていると効率がいい。掛詞ではないのですが。儲けを度外視して、一生懸命汗をかくような医療を行っているのです。私立の病院がいっぱいあるということは、別のベクトルが動きますから。公立の病院とは別なことになるのかなと。だから、逆に言うと、山形県みたいに医療を公立病院が頑張っている県というのは、公立病院の赤字になって

いるのです。赤字をどうするかという一般財源を補填とか、全く別な金を使うのです。結局、どれだけ医療費を使うのか、税金を使うかの話であって、何を大事にしているかというところで私立の病院と公立の病院は違う。この数字見ると公立病院がベッドを持ってやっているという事は、決して悪いことではないかなと。だからと言って公立病院は赤字でいいと言っているわけではございませんが。結構難しい問題です。

【会長】 こういったところも、後の訪問指導事業のところ、重複診療とか長期化診療といったところと関連することもあるのかなと感じているところがございます。

議論が活発になっているところがございますが、この項目につきまして他にご意見ございますか。また後で、お気づきのことがありましたら、後程頂ければと思います。

(2) 訪問指導事業について

—事務局説明後、委員による意見交換—

【会長】 ありがとうございます。ただいまご説明いただいた内容につきましてご質問などありますでしょうか。

【委員】 ご説明ご苦労様でした。2つありまして、1つは、重複・頻回受診者等訪問指導事業の件です。この会議は公開になっているはずなのですが、医療機関名がしっかり載っていますが、掲載理由は医療機関に落ち度があって載っているのか、そうではなくて載っているのか、この医療機関名をそのまま公開してしまうことに問題はないのかというのが1点です。それからもう1点は、重症化予防等訪問指導事業で平成29年度に行って9人しか効果が出なかったということですが、残りの方はそのまま見捨てるのか、それとも平成30年度に同じ方にもう1回訪問指導を行っていくのか。資料2の13ページの「平成30年度事業実施について」を見ますと、平成29年度と同様の内容で実施としか書いてないので、また別の方をやるのかなと読み取れるのですが、その点お願いします。

【事務局】 被保険者の医療機関名ですが、本来であれば医療機関も伏せなければならなかったと思います。申し訳ございません。重症化予防等訪問指導事業ですけども、今年度は、基準の方は昨年度と同じ基準で抽出しますので、違う方が抽出されております。ただ、昨年度効果が見られなかった方につきましては、各市町村の保健師さんをお願いして、引き続き経過観察ということで、気にかけていただくようお願いをしました。

【会長】 医療機関名が出ていることもありますので、資料の方のお取り扱い、ご注意なされるようお願いいたします。他に御意見はございますか。

【委員】 重複・頻回受診者等訪問指導事業の数字ですが、重複受診候補者数が62人に対して実施者数17人ですね。全体の27.4%です。それから頻回受診候補者数の方ですと、81人の候補者に対して実施者数は5人ですね。全体の6.1%。山形市、鶴岡市、庄内・酒田等は候補者人数が多いのですが、この辺が実施されていないということには理由があるのでしょうか。事務局の方

からリストを渡して、山形市では大丈夫だといった返事をもってこのような数字になっているのでしょうか。その辺どうなのでしょう。

【事務局】 まず、事業開始前に各市町村に対して、あなたの市町村にはこれだけの人数の対象者が居ます。そこで、この事業を受けて貰えますか貰えませんかということ、まず、照会いたします。確かに、山形市や米沢市等は対象となる方が多いですが、各保健師さんに事情を聞いてみると、実際は、国保の方の対応で手一杯らしく、なかなか後期の方の対応まで手が回らないというのが実情だそうです。それで実際、うちの町で事業を実施できますとっていただいた市町村に対しては、対象者が1人とか2人とかしか居ないという市町村に限られてしまっているのが実情です。

こちらから照会する場合は、業務を引き受けることができるという回答、事業は受けられないが、対象者の名簿だけ必要という回答、事業も受けられないし対象者の名簿もいないという回答、この3択で回答していただいています。殆どの受託出来ない市町村は、受託はできないけども、対象者の名簿は欲しいという回答をいただいております。その後、各市町村でその名簿を使って保健指導をされているかまでは追跡はしていませんが、おそらく各市町村の保健師さんが名簿に乗っている方を訪問し直接指導していたり、気にかけていただいていたっているのかなとは、想像しております。

【委員】 そうしますと、保健師さんが訪問指導を行うということになっているわけですが、重複・頻回受診をしてしまう理由は人それぞれだと思えます。保健師さんが訪問指導する内容というのは、基準のマニュアルのようなものがあるのですか。

【事務局】 事務局の方で訪問指導時の報告書の様式を定めております。現在の家族状況について、普段の食生活についてなど、そういった統一の様式を使っています。それにドクターが聞き取りしたこと、現在の重複・頻回になった理由、実際に指導した内容と結果、そういったものも統一した様式を用いています。ある一定の統一した基準を基に訪問していただいております。

【委員】 ありがとうございます。

【会長】 ご出席の委員の皆様から広く意見を伺いたいと思います。

【委員】 初めてこの会に参加しますが、資料があまりにも複雑で量もあり、今、すぐに意見はうかばないのですが。医療機関には、私も後期高齢者でだいぶお世話になっているので、この資料を見ながら今後の参考にしていきたいと思います。

【委員】 私も今年度から初めて参加させていただきまして、大変勉強させていただきました。私の認識が違うかもしれませんが、受診率と医療費というのは、基本的には関係がないということになるのでしょうか。受診率が高いからと言って医療費が下がっているということではないということになるのでしょうか。

【会長】 健診の受診率についてでしょうか。

【委員】 はい。健診の受診率についてです。先ほどからお話を伺っていると、受診率と医療費というのは関係がないと議論されていたようですが、まだ結論には至ってないのかなど。

私は岡山県出身なので、山形の事情についてわからない部分もありますが、山形県は高齢化率が高いと伺っていました。でも、本日の議論を聞いていると、山形県はお金を使わなくても、平均的な健康寿命を維持しているということを理解させていただいた感じです。なので、健診受診率と医療費との関係についてもう一度お聞きしたいと思います。

それから訪問指導事業の説明の中で、今年度の新規事業の低栄養の指導について質問させていただきます。受託を受けなかった市町村の代わりに民間の事業者へ委託される予定ということですが、どのような業者さんに委託するのでしょうか。

【事務局】 委託する民間の事業者のご質問ですけれども、東京都に本社を置く全国的に保健事業、訪問指導などの事業を展開している事業者となります。

【委員】 事業者名を教えてくださいても大丈夫でしょうか。

【事務局】 東京都に本社がある保健事業を展開している事業者としかお答えできません。

【委員】 もう 1 つ質問をさせていただきたいのですが、最低 1 回以上の訪問指導ということですが、これは、1 回で大丈夫という前例や先行研究があるのでしょうか。

【事務局】 仕様書上は最低 1 回と記載しているのですが、訪問が 1 回、訪問して指導した内容がどれだけ達成されているかということを確認する上での電話での確認が 1 回となっております。ただ、仕様書上 2 回以上となっているので、2 回訪問されても 3 回訪問されても差し支えないのですが、訪問 1 回、訪問指導の内容が実践されているか電話での確認 1 回となっております。

【委員】 ありがとうございました。

【事務局】 先ほどの健診の受診率と医療費について質問がありましたが、全国的に健診の受診率が高いところは医療費が抑えられる傾向にあり、必ずしもイコールではないのですが、事務局ではなるべく受診率を上げていきいと考えています。

【会長】 資料 1-2 の 4 ページの表を色の割合で見るという感じですかね。
他に何かご意見ございませんか。

【委員】 資料 1-2 の 6 ページの健康寿命との相関関係を見ますと、山形県も東京都も健康寿命平均が

約 73 歳、平均寿命も 83 歳位で同じなのに、1 人当たりの医療費が 15 万と 17 万と違ってくるのは、疾病の内容によるものかなと思いました。

【委員】 いろいろ勉強させていただき、ありがとうございました。ご説明を聞きながら、国保の方の医療費適正化の値表と重ねていろいろ考えていました。国保の方について言いますと、特定健診受診率は、山形県は全国的にかなり高い状況でございます。これが直接医療費の抑制につながっているかという点、必ずしもそうではないかもしれませんが、ですが、県としては、病気の早期発見と重症化予防のために、まず、リスク者を早く抽出した上で、早めに手当てしていく必要があるということです。例えば糖尿病になってしまうと、相当 1 人当たりの医療費は高いので、それに対してなるべく手当てしていきたいというのが、かなり大きなポイントとしてあると考えております。医療費適正化を図ることがこれからの取り組みにかなり重要になってくると思いますので、いろいろ情報いただきながら取り組んでいきたいと思っております。ありがとうございました。

【会長】 事務局より訪問指導事業についてご説明いただきましたが、それについて何かありませんか。

【委員】 訪問事業について質問です。まず、重複・頻回受診者と重症化予防の訪問事業については、市町村の保健師の立場に立ってみると、訪問対象者の名前が情報としてもらえるということは、大変重要な点だと思います。これを指導事業として受けるかどうかというのは、次の段階に入ってくると思うのですが、この事業を市町村が受けたとした時は、事務局から訪問する人に対しての旅費などの費用面の支援はあるのでしょうか。市町村は情報をもらうだけなのでしょうか。それと同じように低栄養等訪問指導事業に関しましては、民間の事業者さんへの委託となりますと、情報を渡すだけでは足りないと思うので、こちらの方には何らかの旅費なり保健指導料なり事業予算をどう組んでいらっしゃるのでしょうか。

【会長】 持続性に関わってきますよね。

【事務局】 市町村の方にお願ひする件につきましては、実施する前に各市町村と個別に契約しまして 1 件当たり幾らと契約を締結してやっております。それは民間企業とも同じで、1 件当たり幾らという単価契約ですけれども契約して、家庭訪問していった場合には出来高、こちらからお願ひしたけど向こうから来ないでくださいと言われた方については対象から除外しますので、そういった方には委託料は支払わないということで契約しております。

【委員】 わかりました。ありがとうございました。

【委員】 訪問指導事業についてお聞きしたいと思います。資料 2 の 5 ページ頻回受診者訪問事業実施結果のところですね。これを見るとそもそも月 20 回受診している方がいらっしゃいますよね。このレセプトは審査の際全部フリーパスで通るのですか。理由があるからだとは思いますが 1 日置き以上、月 20 回も同じお医者さんに掛かっていることになる。このレセプトは問題なく審

査を通ったということですか。

【事務局】 そうですね。正当レセプトだけを抽出した物ですので、レセプト自体は正当なものとして通っています。

【委員】 よくあることなのですね。20回ということは初めて見たのですが。

【事務局】 結構あります。

【委員】 普通のことであれば、凄いことですね。レセプト審査の方で情報共有をお願いします。

資料2の7ページの、重症化予防等訪問指導事業ですが、これから重症化する方を抽出する作業は大変だと思います。ただ、自分が思うに、もう少し施策を考えてみる必要があると思います。先行事例ですが、岩手のある町で、血圧の高い方を減らすための指導がありました。その町でやったのは、各住民の方々に1日2回血圧を測ってノートに自分で書いてもらうだけです。同じことも体重で行われました。自分で体重計に乗って自分でノートに書いてもらいました。それだけでその町の対象者は血圧が下がったのです。複雑な基準を設け、十把一絡げに事業をやろうとすると結構大変です。先行事例を考えて、もっと簡単に施策をして、長続きさせることが大事かなと思っています。

それからもう1点。資料2の13ページ。この低栄養等予防訪問指導事業はとても大事かなと思っています。後期高齢者は低栄養が問題になってきます。是非、栄養指導をしっかりしていただき、運動療法も一緒にやっていただくといいのかなと思っています。ロコモ・フレイルですよ。

あと、次の施策で考えられていると思いますけども、薬剤指導というのはどうでしょうか。20種類飲んでいる方に対する指導は我々の病院でもやっています。入院した時に20種類飲んでいる方というのは、徹底的に削減して半分にして返しています。減薬は診療部の先生方をお願いしております。これをやり始めて2年半位になりますが、うまく動いています。だから退院してまた増えて来るようなら、在宅で抑えていくような施策をやれば、病院と一緒に地域もよくなるのかなと思っていますので、知恵と協力をお願いしたいと思っています。よろしくお願いたします。

【会長】 ご意見を頂戴したということで、よろしくお願いします。

因みに、頻回受診者訪問事業の所ですけども、通常お医者さんに行くのと次の予約を入れる形をとりますが、頻回受診者の方はそれにもかかわらず心配になって行ってしまうという解釈なのでしょうか。

【事務局】 保健師さんの話によると、精神的に不安を抱えており、病院に行くことそのもの自体が精神の安定剤になっている方が、結構いらっしゃるみたいです。いくら口頭で病院に行く必要がないと保健師さんが説明しても、絶対行かないと駄目なのだと思っている方が多いようでした。

【会長】 ありがとうございます。そういった頻回受診者の方もあれば、重症化予防で血圧に問題があるから検査した方がいいと言われても、診療に行かない方も多いなど、いろいろな方がいらっしゃいます。個々の対応が複雑かもしれませんが、どうぞよろしくお願いいたします。

【委員】 お尋ねします。先日、ガンの3年・5年の生存率が発表になりました。その中で、すい臓がんの生存率が10%から15%で極めて低く、すい臓がんになると駄目だという感じがするのですが、これは山形県の後期高齢の方に何か影響はないのでしょうか。それともう1つ、ガンに対して、事務局の方では被保険者に対してのPR的なものを行っているのでしょうか。

【事務局】 すい臓がんにつきましては、後期高齢者だけでなくどの世代においても発見が難しい病気だと聞きます。後期高齢に影響がどれくらいあるかについては把握しておりませんが、他の年代とそれほど変わらないというふうに考えています。

がん健診もそうなのですが、事務局では特別PRしていません。各市町村において保健師の健康活動の中で、年齢を区切らないで取り組んでいるところが多くございますので、こちらの方で力を入れているということは特段ございません。

【会長】 それぞれご専門の立場から貴重なご意見ありがとうございました。こういったデータを見ると、受診する側立場から考えることもありますが、医療機関側からの事情があるなど、いろいろなご意見をいただきまして、非常に充実した話し合いができたかなと思っております。

(3) その他

－事務局からなし－

【会長】 以上で、懇談を終了しましたので、議長の任務を解かせて頂きます。ご協力ありがとうございました。