

## 平成26年度 第1回山形県長寿医療懇談会 会議録

開催日時：平成26年9月19日(金) 午後1時30分～午後3時00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 吉泉吉四郎 折居和夫 斎藤純一  
庄司佳都子 小澤芳子 三瓶典子 本間富美勝 茨木 徹

【事務局】 事務局長 事務局次長 事業課長 会計室長  
企画財政係長 資格管理係長 給付係長 総務係長  
企画財政係主査・主任 給付係主任 総務係主任

### 懇 談

—事務局より説明—

(1) 平成25年度後期高齢者医療制度の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】 それでは委員の皆様方からご意見、ご質問をお願いします。なお、ご発言の際は専門用語につきましても、略さずにご発言いただくようお願い申し上げます。

【委員】 今年度4月から保険料が250円上がりましたが、3月までの収納に対する比較状況、4月の速報値が有り、それに対する前年、前々年に対しての増減等が分かれば教えてください。

【事務局】 保険料につきましては、24、25年度については平均41,626円です。26、27年度につきましては323円増加し、42,036円となっており、約0.78%程度の増加を見込んでおります。市町村等から大きな苦情がきていることはなく、内容についてご質問を受けることはありますが、ご理解いただいていると思います。

【委員】 前回の会議で次期特定期間の保険料率算定の説明を受けた時に25年度までの剰余金が8億7,900万円位あり、それを使って値上げの幅を圧縮しようとお話になったのですが、今回の状況を教えていただきたいと思います。

【事務局】 今回の繰越金につきましては、17億円ほど繰越をしております。その内、5億円ほどにつきましては、来年度の給付費に充てることを見込んでおります。残り12億円につきましては、次期特定年度の28、29年度の保険料引き下げ財源に見込させていただいております。

**【委員】** 平成 25 年度後期高齢者医療制度診療費資料の 1~2 ページですが、市町村別一人当たりの診療費ということで、各市町村で色が違うのですが、前回、低い所はそれなりに色々な施策を設けているとお話になっていたのですが、低い所と高い所の分析、改善等、参考になるものであれば他の市町村にもそういった対策を推奨するなど行っておりますか。

**【事務局】** 今のご質問でございますが、この表のとおり、山形市を中心としたエリアが高くなっております。今年度の市町村別一人当たり診療費は上山市が一番高く、次に山形市、天童市となっております。昨年度と比較すると順位の変動はありますが、尾花沢市や東根市、天童市も高い傾向でございます。医療機関の数をこの地図に起こしますと、医療費が高いところにつきましては医療機関の数が多い傾向があります。広域連合では、特定健診を皆様から受診していただくことにより早期発見に繋げることで医療費削減を期待しており、健診の受診率の向上の為に努力をしていきたいと考えています。

**【会長】** 他にご意見ご質問はございますでしょうか。

**【委員】** 今、事務局の方からジェネリックの話がありましたが、ジェネリックカードを貰っていますが、先生の方に見せても対応させてもらえないような印象があります。そういった動きは捉えているのでしょうか。

**【事務局】** ジェネリック医薬品の 29 年度末の 60%という数値につきましては、国が決めた目標数値ですので、それに向けて周知等頑張っていくなくてはと思っています。10 年の特許期間が切れた薬については、後発メーカーが、同じようなものを安く作れるメリットがあるわけですが、会社によって微妙な調合の仕方や、成分の中で特許が切れていないものがあり、必ずしも先発医薬品と全く同じでない場合もあります。特に癌治療等の先端医療になりますと日進月歩で進歩しておりますので、そういった部分については、ジェネリック医薬品が使いづらいこともございます。ですから急に利用率が上がるということはないかと思いますが、これからも特許が切れて色々な後発医薬品が開発されてくると思いますので、我々としては、今後とも切り替え啓発活動については継続したいと思います。なお、後期高齢者医療制度に加入した最初の年に、ジェネリック医薬品希望カードを保険証送付時に一緒に送付していますが、そういった形で今後とも啓発活動に努めていきたいと思っています。

**【会長】** 他にご意見ご質問ございますでしょうか。保険料の収納については、100%達成しているところもありますけど、まだ、所々自治体によっては差がありますが、理由はありますか。

**【事務局】** 先ほど申し上げましたが、保険料の収納方法といたしまして、年金からの天引きの特別徴収と、特別徴収の方が、口座振替を希望された場合、市町村窓口で所定の手続きをして頂きますと自分もしくは家族の口座から保険料の引き落としができる口座引き落としという制度があります。その他、年金の年額で 18 万未満の方、介護保険料と後期保険料の合計が受給年金額の 2

分の1を超える方は、普通徴収といいまして紙の納付書を差し上げるようになっていきます。特別徴収は基本的に100%になりますが、普通徴収の紙の納付書で差し上げている方の収納率が市町村によって違いがございます。見てみますと、昔からの地域のつながりが強くて、税金でも納付組合的なものがありそのつながりが今でもつながっているところが比較的高いと。そういったものが薄れている都市部の方が、収納率が落ちている傾向があるように思います。収納率が低いもしくは前年度と比べて下がった市町村につきましては、市町村を選択し訪問しています。あくまで徴収していただいているのは市町村の納税担当課ですので、広域連合といたしましては、情報を共有し、一緒に進めていくといったスタンスです。

**【会長】** どうもありがとうございます。また、後ほど発言する機会もございますので、それでは次の懇談会の方に入っていきたいと思っております。それでは、(2)のデータヘルス計画についてご説明をお願いします。

## (2) 保健事業実施計画（データヘルス計画）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。ただ今、保健事業実施計画（データヘルス計画）についてご説明がありましたが、ご質問、ご意見等ございましたら是非発言をお願いします。

**【委員】** 私も健康保険組合におりましたので、データヘルス計画をつくらなくてはならないのですが、この中で医療費適正化事業と5ページにあります。データヘルス計画の中の大きな枠組みの中に位置づけとしては、有るということですか。

**【事務局】** お答えいたします。方向性について、我々もいろいろ悩んでいるところですが、国の方では身の丈に合った計画を作りなさいとっております。まずは、現在実施している保健事業・医療適正化事業をベース化した形で、これに何を加えていけるか、今後の計画策定を進めて行きたいと考えているところです。具体的に何をすべきかは検討しているところで、そういった点で皆様の立場でのご意見を頂戴し、参考にさせていただきたいと思っております。

**【委員】** データヘルス計画を上手く乗せていくという形にする時に、保健事業をどのように具体的にしていくかが大きな課題だと思いますが、先程の25年度の後期高齢者医療制度運営状況の資料を見ると、受診率が健診で見ますと約18%ぐらいです。歯周疾患検診の歯科受診に至っては8.8%ぐらいですので、その辺を、どのように具体的に周知して率を上げていくことが、データヘルス計画が軌道に乗るかどうかが大きいと思います。健康診査の実績を見ますと、5市町村の受診率が25%以上で、4人に1人が受診しております。この共通性はなんなのか分析を行えば、他の低い市町村にも波及できますし、もう少し受診率の上昇につなげていけるのではないかとと思うのですが、今後の施策として考えていますでしょうか。

**【事務局】** 先ほど健診の受診率の中で庄内地区が高いと申し上げましたが、庄内地区の一つの特徴といたしまして、酒田市、鶴岡市の大きいところが個別健診を実施しています。山形市も実施し

ていますが、鶴岡市の場合は、集団健診の受診率の倍ぐらい、個別健診の受診者数があり、そういったことが健診の受診率を押し上げていると考えています。昨年と今年と優良市町村事例として市町村に紹介しているところですが、実際実施するとなると市町村で各医師会と契約書を結んで実施する必要性があり、また医院の方でも受け入れられる設備・キャパシティがないと簡単にできるものではないとのことです。広域連合としてこういう方向で進めますのでお願いいたしますとは、なかなかいかない厳しいところがあります。ただ、方向性としては、市町村にお願いできればと考え、複数回に渡りまして情報提供をしているといった現状です。

**【委員】** 教えていただきたいのですが、保健事業実施計画（データヘルス計画）についての資料で、5ページ目、最後のページ、(1) 計画の保健事業の3番目、「健診受診勧奨事業」につきまして、今年度から行うということで、もう少し詳しくお聞きしたい。一定期間受診してない方をピックアップして勧奨するとのことですが、今までの事業では、受診率を上げる為に、色々あり、地域を限定してお金をかけて費用対効果があるのかなどありましたが、この度の26年度からの勧奨事業を具体的に説明をお願いします。

**【事務局】** 受診勧奨につきましては、勧奨した人数でございますが、1,026人です。7月25日に勧奨通知を発送しております。対象者は、基本的には75歳から80歳までの方、昨年度1年間健診を受けてない方、その他の医療機関を受診していない方、この3つの要件で拾い上げました方1,026名の方に通知を差し上げました。制度の内容として、このように実施させていただきました。

**【委員】** 3年間同じようになさる予定ですか。

**【事務局】** 基本的には、来年度以降も継続して実施する予定です。

**【会長】** 他にご意見ご質問等ございますか。

**【委員】** データヘルス計画の最も根本となるところが健診結果とレセプト等のデータ等の突合等、データの活用となると思うのですが、後期高齢者医療制度は被保険者数が19万人と県内最大の保険者でもありますし、実際システムを使ってやるとなると相当大変ではないかと。システムでできる分析も限界があつて最終的には専門的な知識のある方が判断して指導に繋げるということが必要になるかと思いますが、将来的にどのようにして行こうとお考えですか。

**【事務局】** KDBデータを扱うわけですが、基本的にKDBデータというのは国保データシステムということで、市町村国保のデータがベースになっているシステムです。ですから、広域連合の方でデータを閲覧しようとしますと現時点ではシステムで表示されないものもあり、また介護データは見ることはできないようになっております。市町村よりも我々が見ることができるデータが現時点では限られているという現状がございます。今おっしゃられた通り専門家もおりません。広域連合には、医療情報の分析ができる専門家が組織内にいない問題点もございます。

来年度につきましては、システムの内容についてどこまで見られるのか、どういったことができるのか、行政サイドとして検討させていただきます。それを踏まえ、データを分析してどうするかを考えます。次期の特定会計年度の28、29年度に専門家を雇用するとなりますと、特定年度の保険料にその分を入れる必要が出てきますので、27年度については、雇用は考えていません。28、29年度以降につきましては、現時点では未定です。ただ、必ずしも保健師という形ではなく、先ほどの説明の中にもありましたが、業者を活用した外部委託、そういったことに対する国の補助事業等もあるかもしれませんし、これからの国、県からの指導、他の広域連合の状況等を勘案しながら進めて行きたいと思っております。

**【委員】**今の事に関連して、膨大なデータであることと大切な分野ですので、分析に関しては、私の意見なのですが、人を雇うということまでしなくて、既存組織との連携ということでも良いと思います。一番の専門は山形大学医学部の公衆衛生学講座です。県立保健医療大学、東北文教大学にも専門の方がいらっしゃると思います。そういう方々と保険者の保健師とか、そういうところとの連携で、何らかしらの形で集中してアドバイスを貰う形だと、お金もそれほどかからずに、身の丈の予算で身の丈以上の効果が期待できると強く思います。是非ご検討ください。

**【会長】**既存組織との連携というところ、非常に大切な進め方だと思います。他にご意見ご質問等ございますか。

**【委員】**先ほど、質問があったところに関連して、歯周疾患検診ですか、平成22年にこの会で歯科代表の委員が発案しました。後期高齢者の方々に歯周疾患検診を受けていただくシステムは、今年度から全国47都道府県でするようにと他県でも拡がり、山形県では先駆けて実施されたということを非常にありがたいと思っています。ですが、その割に受診率が10%切るという状況で寂しい限りなのです。全国的に比較してみますと、歯科医療機関に行って検診をするというスタイルでの検診は10%はかなり高い方で、平均的には7.8%の状況になっています。集団型で検診が出来ればぐっと上がるのですが、そうすると費用の面等、どのように集めるかといった問題が出てきますので今後の検討課題だと思っています。22年から5年が経過しましたのでPDまでは来たので、今度はチェックということで過去にこの歯周疾患検診を受けた方々の健康状態が今どんな状況か出来れば調べて頂けたらありがたいと思います。調べるのに手間暇かかるかもしれませんが、簡単な例では、受けた方々のその後の医療費がどのくらいかかっているかはレセプトである程度わかると思いますので、その辺りを突破口にして調べて頂けたら非常にありがたいと思います。

**【事務局】**貴重なご意見ありがとうございました。PDCAの中で検証というのは大切なことですので、十分に皆様の意見、参考にさせていただきます。可能であれば実施したいと思います。それ以前にできるかどうかはわかりませんので、保留にさせて頂いて、ご了承頂きたいと思っております。

**【会長】**ご意見ありがとうございました。

### (3) その他

#### ―事務局説明後、委員による意見交換―

**【会長】** それでは次第の(3)その他のところですが、せっかくの機会でございますので、まだ発言されていない方を中心に、今日の感想等でも結構ですので、ご意見頂戴いただければと思います。

**【委員】** 資料、制度運営状況資料の17ページ、年間あたりの診療日数と診療費が下がった原因がわかればお願いします。

**【事務局】** 今のご質問ですが、診療費、要するに医療費についてご説明いたします。1人当たりの費用が年々下がっていることですが、基本的には、国の方が入院日数短期化ということで、なるべく早く日常に戻すということで、入院日数を短くしようということが一つあります。もう一つは在宅医療の推進で、在宅介護ステーションの整備をしたうえで、なるべく自宅で療養静養していただくといったことで入院日数が短くなっている事が要因になっています。

**【委員】** ジェネリックの方の話ですが、患者主体のような気がしますが、実際携わってみて感じることは、ドクターが意識していただかないと進まないと思います。患者さんはお医者さんの言う通りなのです。ジェネリックに切り替えても前の方が良いですと言われ、お医者さんがジェネリックに替えていますというとな納得するのです。あくまでも今の日本の現状は、ドクターの意識改革や理解がないと進まないような気がします。一般名で書いていただければ、私たちもジェネリックに進めやすいです。ジェネリックも進んでおり沢山あるのですが、私としても、処方する時、ジェネリックではなく先発の方が良いと思う時がありますが、ドクターの理解が大きな壁だと思います。

**【委員】** ジェネリック医薬品と先発医薬品について、厚労省の方は同じだと言っていますけども、実際は全く同じとは言えないと思います。効果や使い勝手、副作用等から、自己負担が高くても先発に戻してくれと言う患者さんもいます。薬によってはジェネリックの方が使いやすいものもあります。同じだと一括りにしている厚労省のやり方は問題があると思います。私達は基本的には違う薬と考えると扱った方が良いと思っています。良いところもあればマイナスのところもあると。そうしなければ、個々のケースには対応できないと思います。山形県の取扱い方としては、両方解った上で、間を取ってうまくやっていくといった、過渡期の対応をしていただきたいと思います。医師の中には頭ごなしにジェネリックは駄目だと思い込んでいる人もいます。全く同じだと思っている人はあまりいないと思われれます。厚労省が同じだというものですから、違いを研究する窓口がないのです。患者さんが混乱をきたさないように、言葉を和らげていただいて、同じではないことを滲ませていただかないと、やり方が非常に強権的になってしまいます。患者さんがハガキを持って受診する時に、「通知が来た、何が何でもしてはいけない行政の命令だ」と受け取っている人もいます。10年後ないし20年後には、違いが明らかになった上で選択するような時期が来る気がします。基剤も違う、添加物も違う、大きさも違いますし、満足度が全然違ってくることも十分にあり得ます。これは強制ではないということ

も行間に滲ませないとまずいかなと思っています。私は違う薬であると思いながら、もし患者の満足度が同じならジェネリックに変更しております。処方箋の書き方も以前はジェネリックでもいいですよといった書き方でしたが、今はジェネリックにしない理由を書くようにと、手間ヒマがかかるように誘導しています。そういった行き過ぎた危険なところがあるので、その辺は広域連合も斟酌したうえで、住民の立場も考えながら行動して頂きたいと思います。

**【会長】** ありがとうございます。我々としても判断するとき、情報が解らないところもありますので、その辺を蓄積していくといいかなと思います。

**【委員】** 意見というか、要望になるのですが、色々な分析をされており、このようなデータが出ましたと報告されるのですが、それがどのように活かされているのかが見えにくいと感じているところがあり、データヘルス計画は3年計画かもしれませんが、10年後、20年後先を見越しての計画で、重症化の予防が目的にあるので、予防が出来るように色々ところに声掛けの方から情報発信していただけたら良いと思います。早期発見で終わることなく進めていただけたらと思っています。

**【会長】** それでは、以上で、懇談を終了しましたので議長の任務をおろさせていただきます。ご協力ありがとうございました。