

公開可

委員名消去の記録

令和元年度
第1回新潟県後期高齢者医療懇談会
会議録

令和元年7月30日(火)

自治会館本館4階401会議室

【出席者】

区分	所属	役職名	氏名	備考
被保険者代表	新潟市シルバー人材センター	理事	片山 進蔵	
	新潟県腎臓病患者友の会	会長	大脇 健一郎	
保険医又は 保険薬剤師代表	新潟県医師会	副会長	吉沢 浩志	
	新潟県歯科医師会	副会長	亀倉 陽一	
	新潟県薬剤師会	副会長	小幡 聡	
学識経験者 その他の有識者代表	新潟大学	名誉教授	國武 輝久	座長
被用者保険等その他 の医療保険者代表	全国健康保険協会新潟支部	企画総務部長	田中 正行	
	健康保険組合連合会 新潟連合会	理事	村田 久雄	
行政関係者	新潟県福祉保健部国保・福祉 指導課	課長	吉澤 隆	
事務局		事務局長	八木 弘	
		事務局次長	八木 明	
	業務課	課長	佐藤 直樹	
	総務課 総務係	係長	山本 隆司	
	総務課 企画係	係長	富井 和子	
	業務課 資格保険料係	係長	新田 昌一	
	業務課 医療給付係	係長	熊木 研二	
	総務課 企画係	主任	小林 美奈子	
	総務課 企画係	主任	渋谷 華織	
	総務課 企画係	主任	若槻 健太	
	総務課 企画係	主事	佐藤 郁美	

1 開会

2 あいさつ

事務局

本日、大変お暑い中、それからお忙しい中お集まりいただきました。本当にありがとうございます。委員の皆さまには、日頃から当広域連合の業務にご理解とご協力を賜りましてこの場をお借りして感謝を申し上げたいというふうに思います。

早速ですけれども、本日の懇談事項ということで私どもの方から3つご用意いたしております。1つ目は、新潟県後期高齢者の医療費について分析してまいりました結果がまとまりましたので、そこから見えてきた「健康課題とその対策」について、ご説明させていただければというふうに思っております。

次に、平成30年度からスタートしました、第2期データヘルス計画につきまして、昨年度、30年度の実績が、全てというわけではございませんけれども、大方整理されてきましたので、現時点での評価についてご説明させていただきます。これにつきましては、今後この懇談会でご意見をいただきながら、進行管理をしてまいりたいと思います。

それから3つ目でございます。「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」についてでございます。人生100年時代といわれている中、その時代を見据えて、心と体に色々な不安を抱えている高齢者の方のニーズに応じまして、介護予防・フレイル対策や生活習慣病の重症化予防、こういったことで予防・健康づくりの取組みが効果的に実施されますよう、厚生労働省の方で有識者会議を設置し、昨年12月に報告書がとりまとめられました。この議論を踏まえて「高齢者の医療の確保に関する法律」に、国・広域連合・市町村、それぞれの役割等を定めるとともに、市町村が各高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるようにする内容の法改正が、先般の国会で行われたところでございます。国が進めておりますこの取組みが「保健事業と介護予防の一体的実施」ということですが、当広域連合でも、昨年私もこちらのご挨拶でちょっと申し上げましたが、健康寿命の延伸に向けて、現役世代・前期高齢者世代から後期高齢者世代へと連続する保健サービス等の提供につきまして、市町村や関係団体の皆様との連携をより一層強化し、来年度からの一体的実施の本格実施への準備をしっかりと着実に進めていきたいと考えています。

この懇談会では毎回さまざまなご議論をいただきながら、貴重なご意見をいただいておりますけれども、開催時期は、2年毎に行っている「保険料率改定」の年には11月と2月の年2回、そうでない年は11月の年1回懇談会を開催しているところでございます。

今回この時期にお集まりいただきましたのは、さきほどお話いたしました「第2期データヘルス計画」の初年度の実績評価が大方まとまったことから、それに対するご意見をいただき、来年度以降の事業をより効果的に展開していきたいということからです。なお、今年度はその料率改定の年にあたっております。今後11月と2月にも懇談会の開催を予定しておりますので、どうぞよろしくお願ひしたいと思っております。

本日も委員の皆さまからそれぞれのお立場からご意見をいただき、ご高齢の皆さまの健やかな暮らしにつなげていきたいと思っております。どうぞよろしくお願ひいたします。

3 委員紹介

事務局

続きまして、次第の3「委員の紹介」に移らせていただきます。

昨年の会議から委員の交代がありましたので、私の方から紹介させていただきます。

※各委員及び事務局員の紹介

以上でございます。よろしくお願いいたします。

4 懇談事項

(1) 「医療費の現状分析から見る健康課題と対策」について

事務局

それでは、次第の4「懇談事項」に移らせていただきます。

ここからの進行につきましては、座長をお願いいたします。

座長

しばらくでございました。

令和元年第1回の新潟県の後期高齢者医療懇談会、お手元にごございますように懇談事項は3つございます。先程、事務局のご挨拶にございましたように、例年とはちょっと違いまして、この暑い時期にお集まりいただいた事情は懇談事項1のおそらく懸案の事項でございました新潟県の後期高齢者医療制度における全国対比で新潟県が例年、全国最下位の医療費の実績を続けて、これが良いことなのか、悪いことなのか、あるいはその原因がどこに求められるのか、そして結果的にそれが医療保険者としての広域連合の役割なり評価なりどのようなかたちで跳ね返ってくるのかということにつきまして、外部の研究機関と申しますか微妙なところでございますが、団体に委嘱をいたしました研究報告書がお手元に分厚い冊子として提示されているかと思えます。これについてどのような評価がそれぞれの委員の皆さまに感じられているのかということについて後ほどご意見を伺うというのが今年度の主たる懇談事項になるかと思えます。

それに加えまして、事務局が先程お話いただきましたように、データヘルズ計画、そして高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施、これは国の方でも今年度の重点事項として取り上げているテーマでございます。これらについても併せてご審議いただくということになるかと思えます。それでは、よろしくご討議のほどお願いいたします。

最初にまず、「医療費の現状分析から見る健康課題と対策」についてという懇談事項でございますが、説明は事務局の方からお願いいたします。よろしくお願いいたします。

事務局

懇談事項(1)「医療費の現状分析から見る健康課題と対策」について、説明させていただきます。資料1-1をご覧ください。資料1-1、2ページです。これまでもご報告させていただいておりますが、新潟県後期高齢者の1人あたり医療費は、全国的に低い状況にあります。全

国と比較して新潟県後期高齢者の1人あたり医療費が低い要因を考察するとともに、保険者として実施すべき保健事業を検討することで、新潟県における後期高齢者医療制度の安定的な運営と、高齢者が健やかに安心して暮らすことのできる保健・医療の提供につなげることを目的に、平成30年度に医療費の分析を行いました。その結果をまとめたものがこの報告書です。その内容について、報告させていただきます。12ページをご覧ください。12ページの四角の中です。①都道府県別の1人あたり医療費の地域差はどのような要因から生じるか。②新潟県後期高齢者は「健康」か。③新潟県後期高齢者1人あたり医療費の低さは何に起因するのか。④被保険者の更なる健康保持・増進を図るため、保険者としてどのようなサービスを提供することが適切か。分析は、この4つの視点で行ないました。以降、その結果を記載していますが、この報告書と別に資料1-2としてA3 2つ折の概要版をお配りしています。時間の都合もありますので、今日はこの概要版を元に説明をさせていただきます。

資料1-2、概要版の最初のグラフは、全国の広域連合ごとに1人あたり医療費の高い順に並べていて、新潟県広域連合は、一番右、一番低いところに位置し、一番高い福岡県との差は約1.5倍の開きがあります。次のグラフは、左が全国、右が新潟県で、それぞれ青い線が1人あたり入院医療費、オレンジが外来医療費を表しています。入院医療費と外来医療費の高低が入れ替わる年代に違いがあり、全国では80~84歳で線が交わるのに対し、新潟県は85~89歳で入れ替わり、全国に比べ遅くなっています。上の緑色の四角のなかです。年齢階層別の1人あたりの入院医療費と1人あたりの外来医療費を比較するとその高低が入れ替わる年代に違いがあります。新潟県広域では、入れ替わる年代が他の都道府県より遅くなっており、入院よりも外来診療が多く行われていることが要因の一つと考えられます。資料1-2、1ページ目の一番下の緑色の四角の中です。新潟県は入院受療率が低い、入院・外来に係る日数が少ない傾向がみられ、その背景としては、医療機関数と病床数や医師数が少ないことや、医療を介護保険サービスが代替しているのではないかと、ということが見えてきました。

次のページです。医療費が低くて健康ならばベストですが、新潟県の被保険者は、健康なのか、健康寿命を全国と比較したのが左のグラフです。グレーが平均寿命、緑が健康寿命、上から新潟県男性、全国男性、新潟県女性、全国女性となっています。ここでいう健康寿命は日常生活に制限のない期間の平均です。右側のグラフは特定健診の受診率を示しています。特定健診は、後期高齢者になる前、40歳から74歳までの方が受ける健康診査です。全国が赤、新潟県は黒、近隣の岩手県は緑、健康長寿県の長野県は茶色、データ活用先進県の広島県は青、1人あたり医療費の最も高い福岡県は黄色です。黒の新潟県の特定健診受診率は高いことが分かります。上の緑の四角の中です。健康寿命は全国と同等もしくは長くなっています。特定健診受診率は高く、後期高齢者になる前からの市町村の特定健診受診率向上等の取組みが功を奏しており、その結果、健康への意識が高いと考えられます。下のグラフは、要介護度別の認定者割合を全国と比較したものです。全国がグレー、新潟県は緑です。左の要支援1から要介護1までは、全国の方が高く、要介護2以上になると入れ替わり、全国よりも新潟県の方が高くなっています。下の緑の四角の中です。新潟県では、介護状態が進んでから要介護認定を受ける場合が多い状況がうかがわれることから、早期に医療と保健事業を通じて、健康寿命の延伸につなげることが大切です。

次のページでは、今回の分析で見えてきた5つの健康課題をあげています。健康課題①罹患率は、前年度は該当の疾患で受診が認められないが当年度に初めて受診があったものです。罹患率を年齢、性別別に確認すると、年齢とともに罹患率が上昇するのは、男性では背部痛、骨折、認

知症、脳血管疾患など、女性は認知症、脳血管疾患でした。以降、グラフの説明は省略させていただきます。

健康課題②は、多病・多剤で、併病数は男性が5つ、女性は6つが一番割合が多く、処方数6剤以上の割合と併病数との関係では、併病数が増えると処方数も増加していました。処方数6剤以上は薬物有害事象の頻度が特に増加するとされています。

次のページ、健康課題③後期高齢者健康診査です。75歳～84歳の健康診査受診率の高い市町村は1人あたり医療費が低い傾向にありました。また75歳～84歳で新たに合併症となった方の15%は、前年度は生活習慣病のレセプトがなく、健康診査未受診で健康状態が未把握の層でした。

健康課題④生活層から要介護層、寝たきり層、脱退または死亡等への遷移の状況です。介護認定データから、介護認定なしから要介護1までを「生活層」、要介護2から要介護4を「要介護層」、要介護5を「寝たきり層」、「脱退または死亡」の4つの階層に振り分けをしてみました。平成28年度に生活層に属する方が、状態が進行して翌年度に要介護層、寝たきり層、脱退または死亡等に遷移する割合は7.7%でした。その背景を十分に確認する必要がありますが、介護につながる病気を予防する取組みをする必要があります。

健康課題⑤前期高齢者からの取組みの重要性です。1人あたり医療費の地域差の広がりや前期高齢者から傾向が見られ、それが続くことでさらに大きな差となっていくため、前期高齢者からの対策が必要です。

一番下のうすい緑の四角の中です。これらの健康課題から、広域連合として実施すべき保健事業は、生活習慣病重症化予防対策、多剤・多病対策、フレイル対策、前期高齢者からの対策である、との方向性に至りました。このうち、前期高齢者からの対策、高齢者の保健事業と介護予防の一体的取組みについては、国としても進めようとしているもので、内容については、懇談事項(3)で説明させていただきます。説明は、以上です。

座長

どうもありがとうございました。

ただ今、事務局から本文で約130ページにおよぶ報告書の要旨に基づいてご説明をいただきました。非常に多様な問題について様々な視点から実は報告書を検討はしておりますが、ただ新潟県の後期高齢者をめぐる医療、介護あるいはその他の様々な生活関連要因までを含めて実際にどのような要因に基づいて全国で最も新潟県の後期高齢者の医療費が低くなっているのかということについては必ずしも明確な説明がなされたとは言えないかもしれないとは思っておりますが、皆さんのお手元に事前に配布されていたかと思しますのでそれらについてご検討をいただいた上でどのようなご意見あるいはご感想をお持ちなのか、伺っていきたくと思いますが、最初にまず、ご質問がございましたらこの報告書に対して何らかの意味で分からないとか、あるいはこの点については質しておいた方がいいだろうというご意見・ご質問がございましたら最初に伺っておきたいと思っております。いかがでございませうでしょうか。

委員

概要の1の1ページ目の下の方の背景としてというところで、医師数の少なさというのがあるわけですがけれども、これは上の図の福岡から始まった新潟までの一連の中の医師数との比較のものというのは、この厚いところに分析されているということですよ。何ページになりますか。

事務局

28、29 ページです。

委員

全国平均から比較という意味では少ない、そういうことなのでしょうかね。福岡と2倍、40何万と違うものですから。一般的に西の方がそういうふうに言われているのですが、やはり医師の少なさというのは目立つとなかなか難しい部分もあるのかなとちょっとそう思ったのですが。全国平均と比較されての結論ということですよ。

事務局

医師数の比較としまして、先程の28、29ページとそれから68ページ、69ページのところで人口10万人当たりの総医師数と入院受療率になりますが、その入院受療率との相関関係を示しているグラフがあります。そこで新潟県と福岡県を比較するとやはりこのような結果になっております。

委員

ありがとうございました。

委員

ただ今の医師数の少なさの問題ですけれども、そもそも今利用できるデータがここで使われている人口10万対の医師の数とかですね、かなり乱暴な基礎データで比較をしているのですよね。先般、マスコミも騒がしている医師偏在指数というのも上位3つのクラスに分けて多いところ、中くらい、少ないところ、というふうに分けて国は公表したわけですがけれども、これは新潟県は最下位ですよ。だけれども、色々な条件をつけてこの医師偏在指数とかですね、データを示してきたわけですがけれども、これもかなり問題のある数値なのです。今、そういう状況の中にありますので、この医師数とか医師の偏在等については地方で色々話をしても埒があかない問題でございまして、それを基にしてこれまで比較をしてきましたけれども、その比較自体がかなり無理がある比較なのです。そういう状況にあるということを私たちは理解をして今回は今回依頼をした件がまとまったということでの報告でございまして、これはこれで利用する必要があるかと思っておりますけれども、色々な問題についてまだ流動的な面が多々あるということを理解していただきたいと思っております。

座長

ありがとうございました。他にご意見でいかがでございましょうか。

委員

医療費の現状分析というのは広域連合さんがやられたということですかね。どこかの大学に出したとかそういうのではなくて。

事務局

民間会社に委託をしました。

委員

そうですか、分かりました。

それから、91 ページの医療費の地域性というのを見ていたのですが、歯科の地域差というのはどこかにありますか。ちょっと分からなかったもので。できれば歯科医療費のデータも欲しいなと思ひまして。

座長

すぐ分かりますか。歯科のデータを探していただいている間に、他にご意見ございますか。

医療保険者として様々なデータヘルス計画ないしはそれに類する様々なご検討を行っておられる職域の委員の方にこの後期高齢者医療のデータ分析、その評価なりについて何かご意見を伺いたいと思ひますがいかがですか。

委員

一番最初に事務局の方からご挨拶があった通り、前期高齢、その前の現役世代の流れで保健事業を進めていくというその流れは、私どもの方でも国保の協議会の中でも言われていることなのですが、それは現役世代のいわゆる社会保険に加入している間にもしっかり健康であってほしい、体を壊してから国保に来るパターンが多いと言われておりますので、現役世代としてはそういう保険の中でしっかり検討を行った上で次の国保の流れで後期高齢に入るとというのが重要だなというのはいすごく感じました。

たしか、重症化予防でいわゆる未受診者というかそういうところは協会けんぽでも傾向としてはやはり出ておりますので、全国平均よりも低い状況にはあります。健診は冒頭で説明がありましたように、市町村等も住民の意識はすごく高いので、それは相変わらず私どもも同じ傾向にあるのだけれども、健診受診率はすごく高く、全国3番目くらいに高いのですが、その後のフォローというのがまた逆の方から数えた方が早いという状況があるので、傾向としては新潟県全体と一致しているのかなというふうに感じました。

座長

ありがとうございました。むしろ伺いたかったのは、実は後期高齢者医療の医療費が全国最低であるということと関連してたしか前回だったと思ひますが、協会けんぽの方も全国レベルの数値と比較すると医療費は実は相当低いというご指摘がございまして、これは同一の原因に由来するのか、つまり年齢というファクターをかけずにしかも職域と地域という区分を設けずに尚且つ新潟における被保険者の医療費の低さというのは何らかのかたちで相関が見出されるとしたらそれは一体どこに求めるべきかということを考えなくてはいけないと思ひていたのですが、このあたり重ねてもしよろしければご説明いただければありがたいのですが。

委員

純粹に医療費というところで行くと、直近のデータですと下から三番目くらいに低いというの

はあります。

座長

ついでに順位の下の2つというのはどこになりますか。

委員

長野と沖縄だったと思います。

座長

そうですか。

委員

協会けんぽの保険料率というのは基本的に1人当たりの医療費をベースにして決められておりますので、傾向としては今回ここに示された福岡等については高い傾向があります。保険料率としては一番高いのは協会けんぽでは佐賀県になります。新潟とは差が開いているという傾向で、医師の偏在とか色々な話もあるのでしょうか、やはり医療費に関しても基本的にはざっくり言うと西高東低という傾向にあるのではないかというふうには見ておりました。

座長

ありがとうございました。それでは他の委員の方から、もしよろしければ健保組合の方でデータをお持ちであればその比較で伺えれば一番ありがたいのですが、いかがでしょう。

委員

今日初めて出席をさせていただいて資料もよく読ませていただいたのですが、まず本当にしっかりと資料をまとめられていただいているので、ありがとうございました。私の方も勉強させていただきましたが、私の加入している健康組合、健康組合は全国にいっぱいありますのでその中でというのはありますけれども、一つの取組みとしてということなのですから、医療費で見たときに1人当たりの受診件数、1人がどれだけかかるのだろうかという、1回かかったら何日かかるのかと、次は1日当たりの医療費はどうかというかたちで見たときには1日当たりの件数は少ないけれども1回当たり、1日当たりの医療費は高いというデータが出ていますね。他の健康組合色々あるのですが、たしか新潟県協会けんぽさんも同じような状況だというふうに聞いたことがあります。新潟は私が思うところもあるのですが、我慢して我慢して悪くなって受診して長くなるという傾向はあるのかなというふうに感じていて、一番大切なのはやはり重症化させない、重症化しない、重症化させないための早期受診なんていうところも着目して取り組まないといけないのかなというふうに実は考えています。

座長

ありがとうございました。健保組合さんの方、必ずしも後期高齢者ほど明示的なかたちで医療費の全国対、全国比で明瞭なかたちでの説明にするというのは見出せるわけではないというご説明でした。国保の方はいかがですかということで、新潟県内の国保の状況をご存知であればお教

えいただきたいのですが。

私ども実はこの問題は随分長く色々議論をしてまいりまして私は実はこの懇談会設置当初からの委員でございまして、私だけおそらく最初からおる委員となっておりますけれど、当初から新潟県後期高齢者は医療最低であると。全国で一番低い、なぜ低いのかということで例えば自治医科大学に調査を委託したこともございますし、あるいはデータホライズンという民間企業にも分析を依頼したこともございました。

ただし、その要因というのは特定できなかったというのが実情でございまして、今回の分も必ずしも明示的なかたちでその因果関係までを示すような変数を特定できたわけではないと思っております。

ちなみに、実は国保のデータと比較しますと私どもが研究会を設けまして平成 14、15 年度でしたか、検討したときに出てまいりましたデータでは国保は全国 27 番目で、福岡も後期高齢者ですと最高の医療費ということになるのですが、国保で見ますと 20 位くらいで両者とも、つまり国保の段階と後期高齢者医療になってからが相当ばらつきがあるという結果でございました。

現在どうなっているのかということについてはフォローしておりませんので、現在の段階で一体国保の動向、とりわけ国保につきましては最終的に都道府県単位でという議論が行われて、そのおそらく移行期間中であるかと思いますが、もしご存知でしたらご説明あるいはご意見等伺えれば幸いです。よろしく申し上げます。

委員

今ご指摘いただいたその当初の当時とだいたい変わっていないと思うのですが、平成 29 年度の 1 人当たり都道府県別の順位でいいますと新潟県は 29 位でした。それでご指摘の福岡県は 25 位ですね。では一番低いところ、47 位とか 46 位はどこかという、茨城県は 29 年度は 47 位、これはずっと毎年 46、47 をいっていました茨城県が。沖縄県も。沖縄、茨城が 46、47 です。繰り返しですけど、新潟県は 27、28、29 をいっている。福岡も 22、23、24 をずっといっているような状況です。過去の数年を見ますと。

それと、1-2 のこれとうちを見ても、沖縄は後期になると 12 番目くらいになっていましてね。沖縄は国保では低いのに後期になると 12 番目になる。逆に、新潟は 27、28、29 位くらいだけでも後期になると一番少なくなるというような状況がありますので、まずそれがなぜかというのは難しい、分かりにくい部分だと思うのですが、協会けんぽさんのご指摘があった医療費の少ない方トップ 3 くらいに入られるという話でしたので、現役世代、協会けんぽさんだけではありませんけれども、その頃は低くて国保になってちょっと高くなって後期に入ってまた安くなるという、そういう感じなのかなと。

ちなみに、国保も約 47 万人今被保険者いますけれど、50 数パーセントは 65 以上、逆にいうと若い方も半分近くいるわけですね。いわゆる現役年代層。そういうものを見て全体を見てどうかと言いますと、結論からいうとなかなか分かりにくい部分が多いのかなと。先程、私が気にしたのは医師数の少なさというところというのは、新潟県は先程仰られたようなかたちで国からも指摘はされているのですが、国保でそれだけで後期になるとそうなるというのは何でかなと。これは疑問だけしか申し上げられないのだけれども、そういうものが見える。

介護保険サービスについては年齢が上の方ですので、そういうことも言えるのかもしれませんが。

現状だけしか申し上げられておりませんが、国保の医療費1人当たりの医療費を見ますと今申し上げたとおりというところではあります。

座長

ありがとうございました。私どもが研究会で検討していたときの問題状況とほとんど変わらない状況で、年齢世代別での有意な違いというものが各都道府県ごとにどのように出るのか、あるいは職域と地域の保険者層間での違いといいますか、これは協会けんぽさんとおそらく健康保険組合さんとこれもまた違うし、おそらくその属性の違いが医療費等の使い方に変動をもたらしているかもしれない。

一般化できるような説明にするというのはおそらく医師数であれ、あるいは医療機関の数だと新潟はそんなに少なくはないんですね。

さらに、入院と外来の区別、たしか先程事務局からはこれは年齢階層別にちょっと後ろにずれると、ただしこのずれによってどの程度の影響が実際相関関係で見られるのか、既往率なり既往なりというものをどこまで見られるのか、これもはっきりはしていないような気がいたします。そういう意味では未だなぜ新潟県が全国で特に後期高齢者医療の領域で全国で一番低いというのが時系列的に申しますと十数年、1回だけ岩手に抜かれているのですけれども、それ以外は一貫して新潟県が最低を記録している、これが良いことなのか悪いことなのか、それは原因を特定できないと良いこと悪いこととは言えない。

医師数が例えば少ないというなら、お医者さんをもうちょっと増やさなければいけないということになりますし、ただし、医療機関数はそんなに少なくない。あるいは実際に医療に継続的にかかることができる機会が少ないということについてもデータがあるわけではないし、おそらく医師数が少ないということと相関はするのかもしれないけれど、それが特定できるようなかたちでのデータの変数として表れてはいないわけであって、これらについても色々まだ検討すべき課題が残っているかと思えます。

他にご意見、特に今度被保険者の方々にご意見を伺いたいのですが、この後期高齢者医療の医療費が全国で最も少ないという新潟県の実況について被保険者の方、いかがでございましょうか。

委員

私も正直に申し上げて年齢が82くらいになったわけですが、非常に医療費といいますが、私らも年金から自動的に差し引かれているわけで、非常に医療費関係の方は色々まわってくるだろうと、年金の中から負担がかかっているのは年々感じている。

それと、お聞きしてみると新潟県の場合はあまり全国から見ると低いというようなことで、どういようになっているのか分かりませんが、私らとすれば正直に言いますと非常に一番大きいのはそういうことで自動的に引かれていきますから、強制的ですね。だから、しょうがないのですけれど、今、お話をお聞きしまして非常に私らとしてはこの医療費というものに対して非常に大きく頭の中に残るような感じはします。

座長

何か実感として新潟県で医療費が低いというように、これが該当するかもというご意見等、身近な医療機関等の接触の中で何かお感じになったことはございますか。

委員

私も特にシルバー人材っていう高齢の60才以上の方が入っておられ、約50人くらいいるわけですが、やはりよく病気にかかってだいぶかかるのが多いわけですから、私は低いと言われてはいますが別にそういう感じも分かりません。もっとも個人個人で出しているわけですから、非常に負担が大きいという感じはします。

座長

ありがとうございました。もう一人、何かお感じになりましたらご意見を伺えればと思いますが。

委員

今、お話がありましたように私どもあくまでも被保険者でございますので、病院にかかって医療費を払うと、そういう立場になっているものですから、しかもそれが色々お話あったような、他の保険との比較ですとかあるいは他の県との比較ですとか、そういう比較材料は手元に持っていないわけですね。今、お話があったように、では私どもの現在の年金生活の中で果たして支払える限度なのかどうなのかというのが一番大きな問題です。

それともう一つは、年金がだんだん抑えられてきておりますから、そういう意味合いで年金の中から支払うべき医療費というものが結構比率は高くなっていますから、そうしますと本来であれば膝行って骨見てもらって薬をもらって、あるいは入院したりというのがあるのかもしれませんが、ただそういう、全くタダというわけにはいきませんからそういう意味では2回に1回は我慢すると、さっきお話がありましたように病状が悪くなってから医者に行っているのではないかなというお話がありましたけれど、やはりそういうふうにならざるを得ないような社会情勢になっているのではないかと。

マスコミでもどんだんどんだんそういうことを取り上げていますから、本当にそういう意味合いでは高齢者というものはなかなか住みにくい世の中だなと、長生きして果たして良いのか悪いのか。それぐらい考えるような考えです。

それともう一つですね、僭越ですが、今回この百何ページの資料を送っていただきました。私は前回から委員に加わらせていただいたのですが、前回の会議はこんな厚いものではなかったのですが、しかし本当に私どもも組織を持っていますから総会ですとか会議ですとかそういうときになりますと色々資料を作るわけですね。ただその資料というものを作る側がこんなことを言うてはなんですけれど、まあいわゆる数字のための数字と、あるいは過去との比較材料、検討というような、言葉は悪いですけど自己満足に近いような資料になっている。我々ですよ、皆さんのところがそうだとは言いませんけれど。ただ、本当にこの資料の細かい数字からグラフから見せていただいて、これを本当に理解できるかなと。それよりも逆に後から説明していただいた資料の方でご説明いただいた方が効率的ではないかなと。費用も大変だと思います。ですから、毎年こういうことをやっておられるのかどうか分かりませんが、もう少しこう簡略化されてもよいのではないかなと、そういうふうに感じました。

座長

ありがとうございました。新潟県の後期高齢者医療の医療費が全国で一番低いということは長年の懸案でございまして、なぜそうであるのかということについて色々な仮説はあるのですが、それを実証できるようなその研究成果というのは今回を含めてやはり実際のところは解明できていないと言ってよいかと思います。

問題は最初に事務局がご説明になりましたように一番のポイントは新潟県の後期高齢者は集団として考えた場合健康が一番恵まれていると、全国で一番健康寿命が長いということが言えるのであればおそらくこれは結論的にはハッピーな結論ですので、それが検証できるか、データがあるのかといったらなかなか難しい。

もう一つは、では新潟県の医療費の財政的な視点から考えてこの配分が極めて効率的で合理的な制度設計でなされているか、という説明もこれは論理的にはあり得るのだけれど、ただ日本では後期高齢者だけではなく、全ての医療について一律の診療報酬点数でカバーしていて、実際にもしあるとしたらその需給関係に影響を及ぼす要因として供給サイドの質的な違いというのが影響をもたらすかもしれない。

例えば医師数です。先程も医師数はたしかに全国に比べて少ないけれど、医師数つまり医師の医療サービスの提供側の要因が実質的に最終的な利用に係わる一番直接的な要因として説明変数として指摘できるかといったら必ずしもそうではない。というのは医師がいなくても医療機関があって、診療所はたしかに少なくてもベッド数も少ない。新潟県は全国と比べてたしかに少ない。このデータで出ておりますけれども、それがそれでは直接的な要因なのか、つまり中小零細の診療所レベルでのベッド数が少ないということが特徴として浮かび上がってくるのだけれど、それが本当に説明変数として妥当なのかどうか、これも分からない。

最後に、もう一つ、医療保険者としての努力の成果がというのもあり得るかもしれません。つまり、医療保険者として医療費適正化対策に取り組んでこれだけの成果が上がって、全国対比でこれだけ医療費の抑制が進んだ結果だという説明もあり得るのかもしれないけれども、これは必ずしもといいますか、ここが一番の後期高齢者広域連合の役割なのですけれども、そのところは必ずしも、全国対比で新潟県の広域連合が一番ということはおそらくデータでも裏付けられていない。そういう意味では、説明可能な色々な変数を取り出すことはできるのですが、どれか特定の一つに原因を求めることは不可能だというのが、今回の報告書を拝見しても私を含めておそらく皆さんもそうだと思いますけれども、新潟県がなぜ全国で一番後期高齢者の医療費が低いのかということについての説明変数を特定できたという状況ではないかと思います。

他にどなたかご意見ございますか。

委員

今の件、私ども行政の立場としますと、なぜこういうふうには医療費が低いのかというのはずっとやはり疑問に思っていて色々問われている部分がありまして、今回広域連合さんがこのようなかたちで調査をしまして一定の考え方を示したというのは私どもにとって非常にありがたいなど。

ただ、今仰られたとおりに、医療費というのは様々な主体が様々な取組みをした総合的な結果として表れてくるものだから、色々な変数要素があって、それを特定はできないけれども一つの切り口から見てこういうものだったのだらうなということで私ども実は去年からずっとこの結果を待っていてですね。そういった意味で感謝を申し上げたいなと思っております。またぜひ引き続き色々な調査等をしていただけたらありがたいなというふうに考えております。すみま

せん、最後にちょっとだけ感謝を申し上げたかった。

座長

ついでに伺ってよいですか。県の方では何かこういうことについて例えば個々の状況について調査をなさるといふご予定はないのですか。

委員

県の場合ですと、医療費適正化全体の話しになってくると思うのですが、これも今全国で30番台半ばくらいだったと思いますけれど、これも医療費、先程申し上げたとおりやはりそれぞれの主体が取り組んだ総合的な結果なので、なかなかこれはその理由だというのはなかなか導き出せないと思います。今現在その要因を特定するための調査をするかしないかというご質問については、現在そういったことは予定はしていないという状況でございます。

座長

ありがとうございました。

事務局

色々ご意見いただいてありがとうございます。

先程、座長からお話がありましたけれど以前から、新潟県の後期高齢者の医療費が全国的にも低いだけでも、国保を見てみると一番高い福岡と一番低い新潟はどちらも真ん中くらい。それもずっとここ何年くらい同じで、年齢を重ねるに従って福岡の方はどんどん医療費が高くなり新潟県後期高齢の方はどんどん安くなる。

そうすると、後期高齢者だけの医療費を見て医師数だとか医療機関だとかベッド数だとかの相関関係をこれはここでは分析していますけれど、実は国保もオープンデータでなかなか全国の年齢層別の医療費はどうだということも全部はちょっと把握しきれなかったものですからそこまでの分析には至りませんでしたけれども、たぶん丸ごと国保で見たときはやはり違う。いずれにしてもなかなかそこから座長が言われたとおり、これが新潟県の後期高齢者の医療費が安く、低い、これが理由です、というのはなかなかおそらく当初から私もちょっとここは見えてこないのかなと。

仮説として年齢が高くなってきて介護保険制度が導入されて、もしかすると介護保険の特に施設サービスの関係とかが、あるいは在宅サービスに関係してくるのかもしれないけれど、そこらへんが代替している部分がもしかするとあるのではないかと。ただここもあまり綺麗にははっきりとした数字は出てきていないというのが本当のところでは。

ここをもっともっと詰めていくとまだ色々要素、分析できる部分があるのかも、もちろんあるのでしようけれど、我々としてはある程度のところまで分析をしたらやはり一番大切なのは医療費が安いだけでも、お一人お一人が健康でおられるのかとか、健康を示すバロメータとしてはなかなか客観的に示されるのは健康寿命、日常生活に制限があるのかどうかというのをここでは取り上げていますけれど、そこでちょっとはかってみたといいところでは。

私たち保険者として今後はこういった現状、全国的にも新潟県の後期高齢者、ご年配の皆さんがこんな状況にある中で特にまた新潟県内の市町村でも大分傾向が違う。それぞれの市町村ごと

に後期高齢者、ご年配の方々の状況に寄り添いながらどういったサービスを提供していったらよいのかといったところを重点に最後はまとめたということです。これを毎年されるのは大変ですよねと。手間もお金も仰るとおり毎年なんかとても私どもできません。一定の期間を置きながらデータは全部私ども揃えて、フォーマットは揃えていますので、数字を最新のものに置き換えながらどんな状況になっていくのかといったものをフォローしながら考えていきたい。

特に各市町村の状況はそれぞれ特に小さい市町村とかだとお一人の高齢の方の状況が全体にかなり影響したりして、相当状況が変わったりしますので、そういったものを注意深く市町村の皆さんと意見交換しながら見ていきながら先程からお話しをしています。一体化実施といったことも含めてより良いサービスの提供につなげていきたいと、そんなふうに考えています。

座長

ありがとうございました。ただ今の事務局のご発言でまとめていただいたような。もしあえてまだご質問あるいはご意見ございましたらいかがでございましょう。よろしゅうございますか。

それでは、事務局の、これからもデータは手元にあるのだからそれなりにフォローアップできるのだというご説明を伺って今後とも様々な機会を捉えてご説明あるいはご資料の提供等をお願いできればと思っています。どうもありがとうございました。

それでは、懇談事項の1をこれにて終わらせていただきます。

(2) 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく保健事業について

座長

引き続きまして懇談事項の2、第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく保健事業について。これも事務局にご説明をお願いします。

事務局

では懇談事項（2）「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく保健事業について」、説明をさせていただきます。

資料2をご覧ください。

(1) データヘルス計画とは、健康・医療情報を活用してP D C Aサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための実施計画で、医療保険者が策定することになっています。

(2) 計画の基本的な考えの右側の四角の中、計画の目標は健康寿命の延伸と高齢者の特性に応じた各種サービスを提供することです。

(3) 計画の期間は平成30年度を初年度とし平成35年度（令和5年度）までの6年間です。

具体的な保健事業については、次のページ以降に記載をしています。平成30年度の事業が完了した現時点での評価について、いくつかについて説明をさせていただきます。

まず、2ページ目の一番上、健康診査事業です。糖尿病など生活習慣病の早期発見と重症化予防を目的として、広域連合設立当初から実施している事業です。一部除外者を除いた全被保険者を対象に、市町村へ委託する形で実施しており、全市町村が行っています。右から2列目に、目標／評価指標を記載しています。一番右の列にその指標に対する現状（現時点の評価）を記載し

ています。

①ストラクチャー（実施体制）の現時点での評価では、毎年数値目標や目標達成に向けた取り組みなどをまとめた健康診査推進計画を策定し、市町村と共有しています。また、健診結果についても、システムを活用して市町村に提供しています。

②プロセス（実施過程）としては、必要に応じて、主に電話で市町村と連絡をとっています。評価指標では個別での市町村との意見交換の実施5市町村としていますが、訪問により意見交換をした市町村は30年度はありませんでした。

③アウトプット（事業実施量）は、平成30年度実績では、受診率25.5%で前年度比0.3%の増となっています。

④アウトカム（成果）の評価指標は、受診勧奨判定値該当で医療に結びついた割合—これは、健診の結果が思わしくなく、医療機関を受診したほうがいいレベルの数値の方がどれくらい医療機関に行ったかの割合です。現時点ではまだ平成30年度の結果が出ていませんので、平成29年度の実績を参考として記載しています。

糖尿病など、早期には自覚症状がなく、症状が現れたときにはすでに進行している病気も少なくありません。医療機関での受診が必要な方や保健指導を必要とする方を的確に抽出するための重要な事業であると考えており、受診率向上のため、今後も市町村と連携しながら取り組んでいきます。

次に、3ページの下段、歯科健康診査事業についてです。口腔機能低下や肺炎等の予防と心身機能の低下防止を目的としており、対象者は、76歳、80歳の被保険者としています。この歯科健診も、健康診査と同様に市町村へ委託する形で実施しており、平成30年度は15市町村で実施をしていただいています。

現状（現時点の評価）としては、①ストラクチャー（体制）では、数値目標や達成に向けた取り組みを盛り込んだ歯科健康診査推進計画を策定し、また健診結果から医療に結びついた割合を集計し、市町村へ提供しています。②プロセス（実施過程）としては、実施市町村を広域全体に近づけるため、未実施市町村に対し、事業化のために何が必要なのか、何が足りないのか課題の聞き取りを行いました。③アウトプット（事業実施量）は、平成30年度の実施市町村数は15と、前年度から2つ市町村が増えました。④アウトカム（成果）としては、平成30年度実績で、受診結果から医療に結びついた割合は、目標90%に対して、96.5%となりました。

歯周病に起因する動脈硬化や糖尿病の悪化など、口腔を健康に保つことは全身の健康につながります。この歯科健康診査事業については、実施市町村数を増やすため、市町村が取り組みやすいように今年度から市町村への委託料を増額することとしました。それも影響してか、新たに3市町村が加わり、今年度は合計18市町村で実施をしていただいています。

次に、次のページの下段、在宅訪問栄養食事相談事業についてです。

栄養改善と心身機能の低下予防、生活機能の維持・改善を目的として、平成29年度から実施しています。対象者は、広域連合が保有する健康診査の結果から抽出した低栄養状態、フレイル—虚弱といわれる状態の被保険者の方です。対象者の方には、広域連合から案内をお送りします。申し込みのあった方に、日程調整のうえご自宅に管理栄養士が訪問して、個々の状態にあわせて栄養相談を行うことにより、状態の改善をはかるもので、6か月間で3回の訪問と電話または手紙での支援を行います。平成30年度からは、3回目の訪問の6か月後にフォローアップ訪問を1回行なうこととしました。平成30年度は、65の方に訪問相談を行いました。また、訪問す

る管理栄養士育成のための研修会も実施をしています。委託先は、県栄養士会にお願いしており、対象地域は新潟市です。

現状（現時点での評価）としては、①住民の最も身近な自治体である新潟市との共同事業とすることで、対象者の抽出や関連機関への周知がスムーズにできました。事業実施の過程では、本人同意のもと、訪問相談にあたって留意すべきことを医療機関から情報をもらい、相談後の結果も共有させていただいています。結果は医療機関のほか、包括支援センターや居宅介護支援事業所とも共有しています。

②プロセス（実施過程）としては、管理栄養士の育成のため研修会を開催しています。評価指標の訪問実施可能な栄養士の数は、22人です。

③アウトプット（事業実施量）としては、初回相談時と最終相談時の相談実施者のBMI値が維持・改善した割合を指標としており、結果は81.0%と目標を達成することができました。

④アウトカム（成果）の評価指標は、日常生活チェック項目が改善した割合としています。現時点の評価は、資料ではアセスメント表となっていますが、これは相談実施後の日常生活に関する聞き取り結果を記録したものです。それによると「実施してみてどうでしたか」との問いに対し「体によい変化があらわれた」「気持ちによい変化があらわれた」と回答のあったものが65.5%でした。

目標の訪問相談実施者の生活改善率70%に対しては、目標達成には至りませんでした。また、「体または気持ちによい変化があらわれた」のほか「変化はないが続けようと思う」も含めると93.1%となり、多くの方に生活改善に向けた働きかけができたものと考えています。

また、訪問相談とは別に抽出した対象者の方にアンケートを実施しました。家族構成や食事作りをするか、外出頻度などをお聞きするもので、その結果から定期的に体重測定を行い、減少傾向がみられたら早めに対処することが必要、簡単にできる食事作りや買い物への参加など自力で続けることが身体機能の維持に重要、便秘や下痢、飲みづらさなどあれば通所施設を利用した栄養指導を積極的に行なったほうがよい、体を動かす機会や人との交流をはかり、閉じこもらないような支援が必要などが分かりました。今後はこれも踏まえて、保健事業を考えていきたいと思っています。

次に、7ページの服薬相談事業についてです。被保険者の方の自己負担額の軽減や医療費適正化を目的として、平成29年度から実施しています。対象者は、広域連合が保有するレセプトデータから、ひと月に2箇所以上の医療機関を受診していて、重複投薬や併用禁忌薬剤処方の状況が疑われ、服薬に関する相談や調整が必要と思われる方です。対象地域は、新潟市で、委託先は新潟市薬剤師会にお願いをしています。対象者抽出の条件にあてはまる方には、広域連合から案内をお送りし、相談を希望する人から申し込みをいただきます。申し込みをいただいた方には、日程調整をしたうえで、新潟市薬剤師会から薬剤師の方がご自宅を訪問して相談を行います。平成30年度は32の方に訪問相談を行いました。

現状（現時点の評価）としては、①ストラクチャー（体制）では、相談時にお薬手帳に相談内容を記入したシールをはって、かかりつけ薬局と共有しています。その結果、かかりつけ薬局が指導した内容などは薬書で薬剤師会にフィードバックしてもらいます。また、対象者にお知らせを送る際には、新潟市の後期高齢担当部門から勧奨に適さない方がいないか、確認をいただきます。また、実施結果も共有しています。このように、新潟市薬剤師会、かかりつけ薬局、新潟市と広域連合との連携体制ができています。

②プロセス（実施過程）の目標は、前年度評価を踏まえた実施です。平成 29 年度は対象者の抽出時期と実際の訪問時期の期間があいてしまって、データ抽出の時には、重複処方があっても訪問のときには解消していたとかまたはその逆で抽出のときにはみられなかった新たな重複があったなどのケースがありました。平成 30 年度は訪問までの期間を短縮するように見直しを行いました。

③アウトプット（事業実施量）、④アウトカムは、現時点ではまだ実績が出ていませんので、平成 29 年度の実績を参考に記載しています。

広域連合が実施する保健事業については、事業の企画段階から、また事業開始以降も、新潟県医師会様、歯科医師会様、薬剤師会様、ほか関係機関の方からの助言や絶大なるご協力をいただいていますことに、感謝申し上げます。また、今後も健康で元気な新潟県後期高齢者のために、また全国的に低い医療費を維持するため、より効果的な保健事業を行っていきたくと考えておりますので、引き続きご指導をお願いいたします。説明は以上です。

座長

ありがとうございました。ただ今、事務局からご説明がございました。

データヘルス計画の実施状況についてでございますが、ご意見・ご質問を伺いたいのですがいかがでしょうか。

委員

資料を見させていただいたのですが、今後のデータヘルス計画の状況を見ながらということなのですが、例えば 2 ページの生活習慣病重症化予防でここに④に受診勧奨判定値該当で 96.5%とあるのですが、この分母、規模感というのがこの資料で見えないので、対象者がどのくらいいてどれだけ実施して何%という見方ができればよいのかなというふうに思って、この保健事業計画の本を見ていて 33 ページに健康度リスク分布というのが、この治療放置群という 1,602 名という数字が出ていますが、だいたいこのくらいの規模を実施するというふうに理解してよろしいでしょうか。

座長

これ、他の項目も全てですよね。

委員

そうです。

座長

つまり、何らかのかたちで医療に結びついた者の比率を目標値としてあるいは実績値としてあげておられるけれども、母数がそもそも何を基礎としているのかということが分からなければ目標値なり達成値なりというものを単独で評価するわけにはいかないではないかという質問でもっともだと思っております。すぐお答えは無理。他にご質問ご意見ございますか。

他の保険者の方々もデータヘルス計画は同じ進捗状況でおそらく第 2 期の初年度が終わった段階ですてこれから中間的な評価に向けてどのように考えるかというところでご検討いただい

ているかと思いますがいかがですか。

委員

毎年要望みたいなのをしているのですが、歯科健診事業なのですが、今回3市町村増えたということなのですが、名前は、どこが増えたのかちょっとよく分からなかったのですが、後でも結構なので教えていただければと思います。

これを見るとアウトカムというところ、要治療で結びついたのが90%くらいあるということなので、歯科医ということで口とか物を食べるとか低栄養の防止とかフレイル予防にもなるかなと思いますので、健診と同じように30市町村全てでやっていただければと思っています。よろしくをお願いします。

事務局

はい。今年度増えたところは、新潟市と佐渡市と胎内市です。

委員

ありがとうございました。

座長

他にいかがですか。できれば保険者の方。

委員

そういう質問でないのですが、最後の方で7ページ、服薬相談事業のところなのですが、この対象者の抽出というところはどういう、重複投薬、併用禁忌薬剤処方の方が疑われるというところなのですが、実態として、例えばどういうケースが多いのかというところは何かありますでしょうか。

例えば50人を目標にやっていたのが32人にやったという中身なのですが、

例えば今、現役の世代というか我々の中では睡眠導入剤等の処方をたくさん受けてというようなのが問題になっておまして、何かアプローチしたり手紙を送ったりやっているのですが、この後期高齢者の方はそういうような実態があるのかどうかというのがもし分かれば教えていただけたらなと思いました。

座長

いかがですか。

委員

始まったときまだ新潟市薬剤師会の会長しておりましたので、この事業に携わっておりましたので分かりますけれども、スタートの頃、重複を目標にしまして例えば今、睡眠薬のお話がありましたけれども、2剤、3剤重複している。レセプト上で全部最初自動的に機械で精査しまして800くらいのデータがありました。800くらいの重複がありましたけれども、それを目で見て普通の重複、問題がない重複というのはいっぱいあります。実際の治療の中では、そういうのはみんな

除外していきまして 400 くらい、300 くらいに落としてあなたは重複で服薬の関係から疑問を持っていませんかとか健康状態にご心配ございませんかとか色々な理由で薬の相談をしてほしいかどうかということで手紙を出しまして、その手紙に判を押した方、それからその中でもまた何十かに落ちました。

最初 800 くらいだったのがそれが 400 になり、200 になりそれがさらに 100 名まで落ちたのですけれど、実際に行きますよというお願いをしても電話をかけても来ない方もいたのでどんどん数が減って行って 50 名というところまで落ちました。その中でさらに、実際に説明に行きましてその説明に対してのその成果という評価になるとさらにまた落ちるのですけれど、それくらいのレベルでどんどんやっていっております。

話しは戻りますけれども、睡眠薬の話しになりますと、先程言いました 3 剤、2 剤の方も一応チェックはしました。さらに 1 剤でよいのではないかということで一応検討はしましたけれど、その人にとっては必要な数というがありますので、一概にどれが悪いというわけではなくて、そういうふるいにかけてものの説明に行ったというふうに理解していただければと思います。

委員

説明に行くと、皆さん何か、睡眠剤とかであれば心配だからいっぱいもっているとかというような反応なのでしょうか。

委員

やはり欲しくて皆さんもらっている方が多いです、どちらかというと。実際に全部べたに飲んでる人というのはそんなに大勢いらっしゃらない。べたに飲んでいけば当然大勢とはいけませんけれども、依存、気持ちの上での依存するような問題もありますので飲まなくては寝られないような気がしているというようなことでまた相談に始まるわけですけれども、そういうのはまた別として、2 剤、3 剤の方もいらっしゃるけれども、ご自分で調節している、要するにかかりつけ薬剤師の方から説明を聞いて、若しくは主治医の方から説明を聞いている、それから眠剤に関しては 30 日投与というのがだいたい決まっていますので、例えば大学病院では 30 日間しかもらえない、長岡の地元では 1 か月後に行けないから近くの医院さんから例えばもらうというような話になると、そこでずれが出ますよね。そのもらえない間は地元の医院さんでもらうということで、重なってしまう場合もあります。そういうのもあったのでそういうのを除外しておりますので、そういう心配はあまりないと思います。

委員

私どもの方でも単純にレセプト枚数で 1 か月 20 枚以上を対象にしてやっていますので。

座長

20 枚って一人ですか。

委員

そうです。

座長

20 枚というのは医療機関。

委員

医療機関にかかって調剤。

座長

数はどのくらい。

委員

単純に 10 箇所です。

委員

それは多いですね。新潟市はそんなのはなかったです。

委員

その事業は 75 歳以上が対象となっていますから。私どもはもっと若い世代、それ以下の世代の中でやはり本当に病的な人もいますし、あとは、売買とかというようなことにもつながっているケースもあるということで医療費適正化の観点もありますし、本人の健康の問題もあって、実際に家族で月 50 枚、60 枚とかもいます。

委員

家族ですか。

委員

本人です。

座長

家族一人ひとりですか。

委員

一人です。一人一枚ですよ。そういう方もいます。

座長

これはどうですか。後期高齢者の中でもこういうデータは調べているのですか。

調べた上で、例えば多剤投与なり重複投与なりでこのデータと例えば相関するようなかたちで医療費がどのようなかたちで配分されているか、それを効率的に考えるならばデータヘルス計画以前にやはり先程の医療費に係わるデータで検討しなければいけなかった課題ではないかと思っています。

今、協会けんぽの方ではそれだけの特異的なデータというわけではなくてそういうデータをベ

ースにしなからチェックをかけているのだというお話がございましたが、これは健保組合の方ではいかがですか。どのくらいの数で該当者というふうに判断されるか、その基準はどうですか。

委員

同じです。同じ薬、同じ疾病で、私が今担当しているのは10医療機関。

座長

一人ですか。

委員

それはデータヘルス計画ではなくて保健事業の問題なので、ここで話をするような事例ではないと思います。

座長

問題は、データヘルス計画の中での相談事業の中で、服薬指導でこれを議論をして、7ページのところなのですけれど、これ以外も含めて実はデータヘルス計画自体は相当大的な問題で実は先程の医療費のデータを検討する際にデータヘルス計画はちょうど同じ頃に始まりまして、同じようなパターンで同じような検討をするのではというところもあったのですけれど、データヘルス計画の方は実はKDBで上手くその当時は機能していなかった。

今おそらく相当程度、つまりレセプトの審査なりあるいは服薬関係でもデータは出てくるようになってきているのだと思うのですが、これについて、各保険者でチェックしてこれをデータヘルス計画の中の見直しの来年度のテーマとしておそらく検討しておられるんだろうと思うのですが、そのあたりの計画を含めていかがですか。

というか、今のお話を聞きますと相当程度職域の保険者でも服薬管理について相当やはり苦労はしておられるようですが、国保の方はいかがですか。何かそういう資料なりあるいは検討経過なりございますでしょうか。

委員

投薬とかそういうものについては各市町村、国保がレセプトなどを見て指導はしていると思うのですが、すみません、各市町村の状況について手元にないので。

座長

多剤投与とか重複とかレセプトのチェックであがってきたようなケースについては判断基準みたいなものの検討など、データヘルス計画の見直しについて何かそういう項目で捉えているというところはございませんか。

委員

すみません、ちょっと情報がありません。

委員

多剤投与の話しになりますと、どういうふうなベースで引っかけるかによって大分変わります。どういうふうにしてやっていたのか分かりませんが、たぶん若者の数字の部分引っかけているのではないかと思うのですけれど。そうすると、必要なもので多剤投与と言われているもののうち、例えば血圧の薬を考えたら大雑把に50くらいありますけれども、20くらいまでだったら大勢います。それを多剤投与というのかという話しになるわけです。

そのときに、引っかけるときにその数字で分類するのですけれど、その分類の仕方によっては全部多剤投与になってしまう場合があるので、一概にここで議論するのはちょっと難しいと思います。

委員

レセプトの審査の問題であって、ここでの問題ではないと思います。

事務局

多剤投与、云々、要するに医療費の適正化を図るといふそういう問題ですよ。ここではあくまでも被保険者の健康をどういうふうに保持していこうかということのデータヘルスですので。

委員

そこだけを考えるのではなくて全体を考えた話をしないと上手くいかないと思います。

座長

そういうご意見、ご質問を含めて色々ございました。

データヘルス計画に基づく保健事業について事務局から詳細なそれぞれの事業にわたってご説明を受けました。

他に先ほどの発言からこのレセプトの問題に移ったのですけれど、他に何かご意見ございますか。

委員

最近、個人の自宅にジェネリックの関係だと思っておりますけれど、あなたの現在使っている薬はこれですと、お薬手帳に貼るようなやつがざっと入って、そしてこの薬に変えるといわゆる安くなります。患者さんの負担も安くなりますというような葉書が2、3回送られてきます。そうしますと、逆に言いますと、私が飲んでる薬、患者が飲んでる薬がどこでそれがオープンになっているのかなということに非常に心配なのです。

それともう一つが、私ども患者の立場になりますと自分の服用する薬については直接薬剤師さんとの接触はありません。というのは、中に入ったら先生がいますから。先生がカルテによって薬局に出して、この患者にこの薬を出しなさいよと、いうことをやっているわけですから、そうしますと私どもと薬剤師さんあるいはかかりつけの薬剤師って言葉が最近出ていますけれど、その関係ってというのはなかなかないのです。

そうしますと、それを患者に対してあなたはこの薬、今飲んでる薬は高いんだよと、こっちの安い薬にすれば医療費が安くなるんだよというような手紙が来るっていうのがこれはどこから出ているのでしょうか。

座長

差出人は誰になっているのですか。

委員

そこまで見ませんでした。

座長

おそらく保険者だろうと。後期高齢者のその担当、事務局いかがでしょうか。

事務局

ジェネリックに切り替えてくださいというお勧めをするお手紙は、たしかに私ども広域連合からお出ししています。

座長

そうですか。

事務局

それに関しても今回お配りしたこのデータヘルス計画のさっきの説明で私触れなかったのですが、一番最後のページにジェネリック医薬品普及啓発事業として載せています。私どもは、医療保険者ですので、被保険者の皆さんがお医者にかかれた情報、どんなお薬を飲んでいるかという情報を把握させてもらって、その医療費を負担するという立場にあります。その情報を利用して被保険者の方にもこの薬に変えたらこのくらい医療費が抑えられますよというご案内をお送りしております。

委員

安くなりますよということですから、それは分かります。分かりますが、受ける患者はそれを判断する能力はないと思います。

事務局

そこはお医者さんや薬剤師さんに相談してくださいという内容のお薬書になっているものです。患者さんご自身ではなかなか判断はもちろんできないと思いますので、そこは切り替える、切り替えないもそれに切り替えるにふさわしい状態の方とふさわしくない状態の方もいるということなので、そこはお医者さんに相談してくださいという薬書になっています。

委員

同じ薬で血圧降下剤でも会社によって名前が違うわけです。そうすると患者では分かりません。横文字が薬書に記載してあって。あれは全員のところにいつているのですか。

事務局

全員ではなくて、その切り替えることによって一定程度の医療費が抑えられるという方に対してお送りをしております。

委員

それはあなたがABCという薬を飲んでいるという把握はできるのですか。

事務局

はい、できます。医療機関からその診療の内容、処方した内容というのが保険者である広域連合に全部データはきますので、そのデータによって保険者としてその医療費をお支払するという立場にありますので、情報はこちらの方で把握させてもらっています。

委員

怖いものですね。

座長

ちょっと補足をいたしますと、今、医療保険制度改革の流れの中で様々な動きがございまして、一つは保険者の医療費適正化計画の中でこのジェネリックにターゲットを合わせてジェネリックの使用促進を通じて医療費の抑制を図るという方針を取っておりまして各保険者が様々な活動をなさっているかと思えます。

問題は、先程、ご指摘があったかと思いますが、母数が、つまりジェネリックについてもこれだけの通知を出しているのだけれど、この母数は例えば後期高齢者医療の被保険者の中でも何%くらい送っているのですか。で、その判断基準はジェネリックについては例えばどういう薬剤についてはジェネリックに切り替えてもらうように働きかけているのか、この基礎の部分に分かれないと特定の例えば個人情報保護をベースにして特定の集団のみにその働きかけを行われているということだと納得しがたい。で、これらの基礎を含めてそもそもデータヘルス計画によってこれから様々なかたちで医療費についての何らかの適正化政策が実施されていくのだらうと思うのですが、そのための基礎的な判断基準なりあるいはそれを通じてのガイドラインなりあるいは結果としての目標値を設定している場合にはその目標の達成のためのプロセス等も含めてやはりお示ししていただく必要があるのではないかという気もします。

次年度、中間的な見直しをなさるといことですので、そのあたりにもし何らかのかたちでジェネリックだけではなくて7つの事業全体にわたって各被保険者集団に対してどのようなかたちで働きかけをするのか、特に後期高齢者医療の場合ですとだいたい市町村分との連携なり、あるいは医師会なりあるいは薬剤師会なり様々な団体等の共同の、事業になるかと思えますので、そのへんはなかなか調整は難しいかもしれませんが、いずれにせよ何らかのかたちで透明度の高い事業計画の策定及び推進をお願いしたいと思っております。

他の保険者ではどのようなやり方をなさっておられますか。

委員

基準としては変更すると、今ちょっと金額忘れましたがけれど500円程度安くなるような方に対して案内をして、うちは今20歳以上の方で慢性的な薬を飲まれている方、例えば風邪を引いて

行った分にはうちからやらないですけど、慢性的な薬で例えば高血圧とかというのはずっと飲んでいてというような対象者の方を抽出して、尚且つ 500 円程度。

座長

500 円というのは 1 剤についてですか。1 錠当たりですか。

委員

月あたりです。

事務局

自己負担額がでしょうか。

座長

自己負担の上限が 500 円です。

事務局

後期高齢者はそこが 100 円です。100 円でもジェネリックに切り替えると自己負担額がお安くなる方に対して全部レセプトからピックアップをして薬書化してお願いをしているという、そういう事業です。ですから、どの薬がとこどの団体だとかは全く除外して、それこそ透明にいつてというよりは水平にそういった 100 円安くなるかどうかだけの基準です。

座長

ということは保険者相互間でその判断基準が違うということでしょうか。
市町村、都道府県ごとでも違うのですか。

事務局

それぞれの医療費の状況とかなんかというところなのでしょうけれど、違います。

座長

ということだそうでございます。何かご意見ございますか。

委員

薬書の原文はないですか。あったらお見せになれば。たぶんそんなに厳しい話しになっておらず、いかがですかという感じで薬書を送っているはずなので。

あとは、県も出していますし国も出していますけれど、ジェネリックに変えるとこれだけの効果がありますよ、保険的には良いですよ、あとお薬の中身は変わりませんよというような冊子があるのでご自分の先生がいらっしゃる薬局さんにぜひ仰っていただければいくらかでも説明資料があると思いますのでぜひそちらの方でお聞きになってください。お願いします。もしなければ県から資料がすぐにあると思います。

委員

慢性の患者はですね、さっきも申しましたとおり私どもは直接薬剤師さんから話をして薬を出してもらおうということはないです。全て医師が中に入ってカルテによってこの薬ということですから。

委員

院外処方ではないのですね。

委員

院外です。

委員

それであれば薬局からもらっていますよね。

委員

はい。薬剤師がいますけれど、実際にそれは私どもと薬剤師さんと私はこういう症状だからとこの薬を出してくれというようなことはないわけです。

委員

出してほしいということですか。

委員

これはあくまでも先生がカルテでやるわけです。ですから逆に本当にジェネリックを活用するのであれば先生の方にそのこういうものを活用してくださいねと言っていた方が良くかと思えます。

委員

医師会さんの方にもお話しをされていると思いますので、ドクターの方も理解しているはずで

す。

委員

それは薬局さんではないのですか。

委員

ドクターの方も理解しているはずで。ジェネリック推進しなくては行けないと。その先生方のお話、考え方も違いますので先生の考えはあると思いますけれど。

座長

色々問題はあるかと思えます。特に腎透析の関係でおそらく直接医師とその診療所における関係で、薬剤師さんが介入する場面がほとんどないような患者さんに対してジェネリックその他の

通知を患者さんに送る場合に、やはり何らかの気配りが必要な場合もあるかもしれないという気はいたします。そのあたりも含めて現場のほうでご検討いただきたいと思います。

(3) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について

座長

それではちょっと時間も押しておりますので、最後の懇談事項に移りたいと思います。高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について。最後の懇談事項、事務局からまたお願いいたします。

事務局

懇談事項(3)「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について」、説明させていただきます。

資料3をご覧ください。資料3は、厚生労働省から出されている資料です。今日、冒頭にもありましたが、昨年度、国において高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議が設置されました。この有識者会議において、人生100年時代を見据え、心身に多様な不安を抱える高齢者のかたのニーズに応じて、介護予防・フレイル対策や生活習慣病の重症化予防などの予防・健康づくりの取組みが効果的に実施されるよう、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について制度的・実務的な観点から議論され、昨年12月に報告書がとりまとめられたところです。国においては、これらを踏まえて一体的な実施に関し、国・広域連合・市町村の役割や市町村が高齢者の医療・健診・介護情報を一括して把握できるように、法改正をしました。この資料では、「改正法案を今通常国会に提出している」となっていますが、法案は可決されて、5月に公布をされています。一体的な実施は平成32年度、令和2年度から本格実施することとされています。

一体化とは、どういうことなのか、次のページをご覧ください。現役世代では、多くの方が健保組合や協会けんぽなど被用者保険に加入しています。その後、退職などにより、市町村が保険者となる国民健康保険に加入されます。その後、75歳になると全員が後期高齢者医療制度に加入することとなります。それまで国保で重症化予防等に取り組んでいたとしても75歳で保険者が広域連合に変わり、そこで断絶が生じてしまう。それまで国保で取り組んできたことと後期高齢者で取り組む保健事業の接続が重要であること。また住民主体の通いの場など介護予防事業も市町村で実施されていますが、フレイル状態に着目すると保健事業は、運動、口腔、栄養のほか、社会参加等のアプローチなど介護予防事業と一体的に実施することが必要になってくる。そういったことから、国民健康保険の保健事業と後期高齢者保健事業との一体的実施、また、後期高齢者保健事業と介護予防との一体的実施を進めていこうというものです。

事業の組み立てとしては、次のページ、高齢者の保健事業と介護の一体的な実施(スキーム図)をご覧ください。スキーム図、中段左側、国(厚生労働省)は保健事業の指針において、一体的実施の方向性を明示する。その右、広域連合は市町村に事業を委託し専門職の人件費等の費用を交付する。市町村は一体的実施に係る事業の基本的な方針を作成し、一体的な取組を実施するとされています。

次のページに市町村における実施のイメージ図があります。右上の吹き出しになっている四角

の中、①事業全体のコーディネーターやデータ分析・通いの場への積極的関与等を行なうため、市町村が地域に保健師などの医療専門職を配置する。経費は、保険料と国庫補助である特別調整交付金を財源に広域連合が交付する。その左の四角のなか、医療データ解析で②1人ひとりの医療・介護情報を一括把握③地域の健康課題を整理・分析する。左上、④多様な課題を抱える高齢者や閉じこもりがちで健康状態の不明な高齢者を把握し、必要な医療サービスに接続する。中ほどの緑の円の中⑤国民健康保険と後期高齢者の保健事業を接続。右下の四角の中、⑩通いの場に保健医療の観点からの支援が積極的に係わるなどとされています。

次に、資料3-2をご覧ください。これら、国の動きをうけて、広域連合が来年度からの実施を検討している保健事業の計画書です。事業名の欄、「通いの場」等を活用した介護予防との一体的な事業として、1)「通いの場」等を活用した健康教育・健康相談事業。2)健康状態不明高齢者の把握・訪問事業をあげています。これを実際に事業を実施することとなる市町村とこれから、協議を進めていきます。なお、この案は現時点のもので、今後、国からの国庫補助の交付基準や保健事業の指針やガイドラインが出されることになっていますので、その内容によって、見直しを加える予定としています。先ほど申し上げた中で、必要な経費は保険料と国庫補助である特別調整交付金を財源に広域連合が負担すると申し上げましたが、検討の際には、できるだけ国庫補助を活用して、保険料財源を投入しなくてもいいように、保険料の上昇につながらないようにしたいと考えています。それから、一体的な実施については、広域連合が地方自治法の規定により定めている広域計画に盛り込むこととされていますので、今年度中に広域計画の見直しを行なう予定です。データヘルス計画については、平成32年度、令和2年度の中間見直しの際に必要な修正を加える予定です。説明は以上です。

座長

ありがとうございました。懇談事項3で、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施についてということで、こちらの資料に基づいてご説明をお願いいたしました。これについて色々ご意見があるかと思いますが、まず最初にご質問がございましたらお聞きしたいと思いますが、いかがですか。なければご意見をお願いいたします。いかがでございましょうか。

おそらくこれは各保険者皆さん取り組んでおられるかと思いますが、保険者サイドから今自分達はこんなかたちでやっているということを含めてご意見を頂戴できればと思いますが、いかがですか。上手くいくのですか、というよりつまり保健事業と介護予防というのを一体的にと、介護保険については市町村レベルでやっているわけですし、これを例えば職域の保険者に、医療保険者がどういったかたちで一体的に連携した事業として立ち上げていくのかということについてはご苦労があるかと思いますが、いかがですか。

委員

今まだ私どものほうではこういうような動きについてはまだ本部のほうから正式な示しはございません。

事務局

基本的には高齢者の保健事業と介護予防。職域の保険は基本的には関与しません。

座長

これは国保の場合はどうなっているのですか。

事務局

国保との連続事業とかというのは先程ご説明したとおりそれは視野に入っています。大切なポイントです。

座長

そうですか。分かりました。そうすると現役世代の保険者のほうではおそらくそういうかたちでの取り組みは行っておられない。国保のほうでもし何か検討しておられたりしたらいかがですか。

委員

これからの話しだと思えるのですけれど国保の側からお話しをさせていただくと、国保の保健事業は74歳で終わって75になると後期に。その連携がやはり課題だったというのはやはり認識はありました。そのへんを上手くやる必要がある。後期の皆さんは基本的に市町村の30の集まりの組織になるわけですから、75になったとたんうちの市町村の対象者ではないよというもおかしな話だと、上手くやっていただきたいなという思いは常に思っておりました。先程の保健事業の中で各市町村が74までやってきたものを継続しつつ、ただ75になるとさらにこういう視点で必要だというものを追加でやるようなかたちにやるのが良いのではないかと思いますけれど、そのへんはたぶんご検討いただいている最中だとは思いますが。よく支援評価委員会の中でそういう話が出てきたりするのですけれど、ぜひ上手く連携するようお願いしたいと思います。

座長

ありがとうございました。これにつきましては被保険者の側ではいかがですか。何か具体的にこの事業の進め方等についてご意見ございますか。介護事業と医療の保健事業との連携をとということで政府のほうですでに法律を策定して、今年度からおそらく動き始めるということだそうです。フローチャートで先程事務局のほうからご説明したような流れでこれからやっていこうということですが、いかがですか。

委員

ぜひ期待してお待ちしているという感じです。私もあまりお医者さんにかかっていないものですから。高齢になると色々な病気が出てきますのでね、ぜひそういうご指導をいただきたいというふうに期待しております。

委員

色々お願いしていると、最後になりますとこれは医療の問題です、これは介護保険の問題ですということではなかなか前に進まない部分がございますので、ぜひ今回一体化ということが出ていますので、そのようにお願いしたいと思います。

座長

これからの事業の展開を期待するというご意見でございました。

おそらくそんなところで私自身も後期高齢者でございますので、いずれお世話になると。

ただし、介護と医療とが今まで別立ての制度でそれぞれつまり連携といっても簡単にはいかないという事態はおそらくあったのではないかと思います。

いずれ私もお世話になる場合にはこれは一体的にはどういうかたちでそれぞれの現場レベルでしかも縦割りの行政の中で事業だけは横串を通して、これは実際には難しいのではないかという気もいたしますけれど、できるだけそのあたりをご配慮いただいて今後の展開に期待したいと思っている次第でございます。

以上で、本日の懇談事項3つ全て終わらせていただいたということにしたいと思います。

5 その他

座長

何か委員の方でとりわけこの場でご発言いただきたいということはございましょうか。他にございませんでしょうか。これにて今回の医療懇談会を終わらせていただきたいと思います。長時間にわたりましてどうもご協力のほどありがとうございました

6 閉会

事務局

どうもありがとうございました。皆さん本当に長時間にわたりご議論いただきありがとうございます。冒頭に申し上げましたけれども、今度11月にまたご案内を差し上げるかと思いますが、2年に1度の来年、再来年度の保険料率の改定の11月時点での、その時点での考え方をお示しすることになろうかと思えます。またご案内いたしますのでよろしく願いいたします。

事務局

もう1点、発言させていただきます。今回の議題とは別なのですが、現在就任させていただいておりますこの懇談会の委員については今年の8月末をもちまして任期が満了となります。推薦母体である各団体にはすでに委員の推薦依頼をお願いしておりまして、推薦書をすでにご提出いただいている団体もあります。引き続きご継続いただける委員の皆さまにおかれましては今年度11月と2月に予定しておりますので引き続きよろしく願いします。今回退任となる委員の皆さまにおかれましては今まで大変ありがとうございました。以上です。

事務局

以上で会議を終わります。ありがとうございました。