

## 平成27年度第1回山口県高齢者医療懇話会（会議録）

日時 平成27年10月26日（月）  
午後1時30分～午後3時10分  
場所 山口県後期高齢者医療広域連合大会議室  
（山口県自治会館4階）

### 【出席者】

出席委員：田中委員（会長）、西川委員、中嶋委員、萬委員、上田委員  
天舛委員、浴森委員、石田委員、玉城委員、山本委員

広域連合事務局：山本事務局長、福永事務局次長、中野総務課長、岩根業務課長、  
吉松総務課長補佐、梶山業務課長補佐、村岡賦課徴収係長、  
中村資格電算係長、工藤医療給付係長、和田主任、谷主任  
中田主任

欠席委員：松尾委員、宮本委員

### 1 開 会・事務局長挨拶

後期高齢者医療制度については、平成20年度の創設から今年度で8年目を迎え、制度としては定着しているという評価もいただいている。しかしながら、前期の高齢者も含め、高齢者医療を取り巻く環境は大変厳しいものがある。特に高齢者の大幅な増加、その人口に占める比率の増大、さらには医療の高度化等に伴い医療保険制度が逼迫しつつある。山口県の後期高齢者の例で言うと、140万県民に対して、後期高齢者の数がいまや約23万人に届こうというところであり、人口に占める比率は16パーセントを上回っている。また、医療費の総額は2,300億円を超えるような状況で、被保険者1人あたりで換算すると、100万円を超えている。

今後平成40年代初めくらいまでは、高齢者はずっと増加し続けると見込まれているので今後も大変厳しい状況が続くと考えている。

こうした状況を踏まえ、国では先般、持続可能な医療保険制度の構築を目指し、国民健康保険法の改正等の取組みがされた。平成30年度からは、国保の財政運営を都道府県が担うという大きな改正が進められている。また、医療費の適正化についても、さまざまな取組みが進められると見込んでいる。後期高齢者を運営する我々についても、そうした国の動きを十分踏まえながら、持続可能で安定的な運営に努めていかなければならないと考えている。

本日の懇話会では、後期高齢者医療制度の現況や、来年から本格的稼動するため

対応が迫られているマイナンバー制度、昨年策定したデータヘルス計画の現況等について説明した後、委員の皆様から意見を賜りたい。

## 2 会長あいさつ

会長：田中耕太郎委員

〈挨拶〉

平成27年度の第1回目ということで、新しい委員の方も含めて後期高齢者医療の制度や現況について確認し、意見交換を行い、年を越えてからの第2回目において、2年に1度の保険料の改定について負担をどうするかをテーマとするということをおきながら、制度の現状や内容について議論できればと思っている。

## 3 テーマ

後期高齢者医療制度について

- 後期高齢者医療制度の概要（資料1）
- 後期高齢者医療制度の状況（資料2）
- 社会保障・税番号制度（マイナンバー制度）について（資料3）
- 保健事業実施計画（データヘルス計画）の進捗について（資料4）

### 〈質疑応答・意見交換〉

事務局から資料1、2の説明

#### ・調剤医療費の動向について

（委員）薬代を減らすための政府の施策として、院外処方やジェネリック医薬品を増やしてきた。その結果、68.7パーセントが院外処方になり、院内処方の費用はこの10年間で1,000億円減ったが、薬代を除いた院外処方箋料と薬局調剤技術料が9,000億円増加している。また、ジェネリック医薬品を出すと調剤薬局にジェネリック加算がつき、この金額は10年間で3,238億円である。ジェネリック医薬品の原産国はほとんどが海外（インドや中国）で、ジェネリック医薬品には副作用が出る場合もあり、政府が院外処方やジェネリック医薬品を推奨したことで本当に効果があったのか疑問である。

（会長）国の方でも色々な議論がなされているところであるが、院外処方については、日本のような漢方医療を伝統としている国は、医者が自ら薬を処方するというのが一般的で、西洋医学では、薬の調剤等は薬局で専門家である薬剤師が行うというのが一般的である。戦後GHQが薬の商いと診断とを分けることを推奨したが、伝統のある日本や韓国、中国においては長年、医者が自ら薬を処方する形をとってきた、という経緯がある。重複投薬や処方内容をチェックする狙いもあり、積極的に政策誘導してきたが、戦後中々進んではいなかった。しかしながら、ここ10数年、急速に分業が進み、調剤薬局費は以前少なかったものが国民医療費40兆円の中で、薬局調剤費が約10数パーセントを占めるようにな

った。その効果について、医師会、薬剤師会、国を含めて全国的に大きな議論となっている。

(委員) 国の政策に基づき、ジェネリック医薬品の占める割合を80パーセントにすることを目指し進めている。これには、経済的な面もあるが、今後、薬局のあり方(かかりつけ薬局や残薬の問題など)を考えていかなければならない。

(会長) 医療費が伸びているのは、それぞれの分野でそれぞれの背景がある。後発医薬品がなぜ安いかというと、臨床試験を省いているため、そのコストがかからないからである。品質についても国がチェックしているので基本的には先発品と有効性、安全性は変わらないはずである。個別の品質の確保については国の施策の問題として考えなければならない。製薬企業は後発品が出てくると、価格競争が激しくなり、薬価が下がっていくため、それを補うために、新薬開発に力を入れていき、新薬に高い値段をつけるため、血液製剤でも約1千万円を超えるレセプトがあり、高額医療費のレセプト上位は大体血友病のものが占めている。ドイツ等でも新薬の高価格については大きな問題となっていて、新薬の効用性とそのコストに見合う価格であるかを厳密に審査することなど世界的なニーズとなっている。

全体として、高齢者の場合、医療費の負担をする年金生活者の方々の年金の上昇を超えて医療費の負担が増えてきており、負担と給付のバランスをしっかりとっていかなければならない。国でできること、県の中で保険者としてできること、様々であると思うが、医療関係者それぞれの立場で意見をいただきながら、後期高齢者のグループとして何ができるかということも含めて議論していければ思う。

(委員) 山口県では高血圧、循環器系の疾患が非常に多いということで山口県の健康やまぐち21推進協議会で減塩を勧める取組みも始めているようである。山口県は気候温暖で平均寿命も長く、有病率も低いと思っていたが、医療費が全国でも高い方であることがわかり、減塩の取組み等も縦割りで施策を行うのではなく、協調して行えるものはぜひ協調して進めていけばいいのではと思う。

また、認知症の方の受け皿整備が十分ではないので、整備していく必要があると思う。

(会長) 北九州市など、健康づくりを上手にやっている自治体では、健康づくり担当の保健師、国保の保健師等々、部局横断的に保健師が地域診断をしっかり行い、それぞれのデータ分析を通じて重症化予防のターゲットを絞って、健康づくり担当と一緒に進めている。保健師の活動に対して積極的に保険者として関わっていくことも重要ではないかと思う。

・柔整マッサージの適正受診について

(委員) 柔整マッサージの適正な受診について、それぞれの団体において周知してもらえればと思う。

(会長) 柔整マッサージ(整骨院、あんまマッサージ等)については、医師の指示書があれば、部位の制限等はあるが、保険適用できる。国保においても1割負担のため、安易に利用し、乱用される傾向があり問題となっている。柔道整復については、1割が自費でも9割部分は皆で負担している保険であるという意識を、利用する側にももってもらわなければならない。

(委員) 協会けんぽでは、43万人の被保険者の中で、柔道整復費は大体5億円程度で、最近伸びが落ちてきている。柔整師の管理を進めており、部位数が基準を超える方や日数が多い方に関しては、調査を行うなどして適正な受診をしていただくよう気をつけている。

・歯科医療費の伸びについて

(委員) 平成25年度から平成26年度の1人当たり歯科医療費の伸び率が2.3パーセントとなっているが、金額的には全国値より低い値であり、十分抑えられていると思う。

(会長) 国民医療費のうち歯科医療費は約7パーセントであり、それほど大きな割合を占めているわけではないが、ここ最近の伸び率の高さは報酬改定の影響や歯科医の数もあると思われる。

・一人当たり医療費について

(会長) 1年間で40兆円のお金が医療費として使われており、一生涯に平均で約2,500万円の医療費を使い、その半分を70歳以上の高齢期に使い、主に入院医療費が占めている。昨年法律で、来年に向けて地域医療構想(地域医療ビジョン)を作って、山口県なら山口県のブロック毎(地域毎)にどういう機能の病床がどれくらいあって、どれくらい足りなくて、どれくらい過剰であるかを調べ、見直していこうと医療の世界で議論されている。日本では療養病床や精神科病床が大変多いため、そういう取組みが課題となっていると思われる。

(委員) 大病院に入院すると、DPC(包括払い制度)などにより医療費が高く、リハビリ専門の病院も医療費が高い傾向がある。もちろん、しっかりリハビリ等やられているが、1ヶ月で入院費が約130万円になることもある。

・レセプト審査について

(委員) 後期高齢者のレセプト審査は直営で行われているか?

(事務局) 国保連合会へ委託している。

(会長) レセプトというのは、病院にかかったときの自己負担額(1割または3割部分)

を除いた金額（9割または7割部分）を医療機関が保険者に請求するときに用いられるもので、どんな病名でどんな治療をし、どんな薬を出したかという項目が記載されていて、それが適切であるかどうかをチェックするようになっている。今の質問はそのチェック体制についての質問である。

（委員）社会保険の方ではレセプトのチェックはコンピュータ化が進んでいるので、後期高齢も検討してみてもは。

（委員）レセプトの審査において、保険者が審査する、審査支払機関が審査するという段階があるが、広域連合や国保では、保険者の審査を委託しているため、審査支払機関と保険者が同じ場所でレセプト点検を行っていることになる。審査支払機関とは別のところ、保険者がレセプト審査を行った方が、効果額が上がるのではないかと思っている。難しい話にはなるかと思うが検討した方がいいのでは。

（会長）そもそも論として、支払基金という健康保険などの被用者保険の審査支払を行う機関と、国保連合会という二本立てでいいのか、一本化すべきではないかという議論は昔からあり、医療機関としても保険者としてもレセプトの審査は重要なことであるので、保険者としての広域連合と国保連合会とがどう関わっていくべきなのかという問題意識はもっていた方がよい。

（会長）医療費が暴騰しているわけではないが、働く人の賃金がゼロで、年金が0.9パーセントしか上がらず、実質的には下がっている現状で、医療費の負担が増えており、医療費をどのように負担していくか大きな問題である。

（委員）健康診査の対象者数と被保険者数の差異は？

（事務局）健康診査の対象者は、入院中の方や施設に入所している方は除いている。

（会長）関係者の中でも問題意識は共有している。山口県では療養病床や精神科病床数が全国でもトップレベルである。一旦病床があると、空にするわけにもいかず、供給自体が拡大してしまい、これをどういう風に整理していくかという問題もあり、急性期の病院については、山口県内の基幹病院はほとんどが包括払い制度（DPC）に移行しているが、費用をコントロールするという意味ではあまり効いていない。実際に入院している患者や医療関係者のことも考えると重い課題であり、これから議論がされていくのではと考える。

（委員）山口県内で他の調査だと半年以上入院している方に医療費がかかっている。すぐに整理はできないと思うが今後の課題である。

事務局から資料3、4の説明

・医療費の状況について

(委員) 山口県、全国共に入院医療費の抑制が効いていないようである。包括払い制度(DPC)になって一部抑えられていたものが、また少し上がってきている。山口県の高齢化の要因がかなりあると思うが、その要因がわかれば教えてほしい。

医療機関が多いことが医療費の拡大に繋がっているし、疾患に特徴があって入院日数が長くなっているということもあると思うので、そういう点について分析をしていただければよりわかりやすくなるのではと感じた。

(会長) 広域連合自身は、レセプトの審査を委託しているので、なかなか自前でのレセプト分析(ノウハウの蓄積を含めて)というのは難しいと思うが、委員が指摘するように、これから保険者として県を中心に、地域医療の医療提供体制(特に病院)のあり方について関わりながら、調整区域単位(ブロック単位)で市町村も入れながらの協議等も進みつつあるので、ぜひ、他の被用者保険や国保とも連携しながら保険者として費用の負担のあり方、入院の問題は主に高齢者の方であるので、提供体制をどうしていくのか等、山口県でどういう風に高齢者の医療を進めていくかを色々な視点で考えていただきたい。

県も3年後には国保の保険者で中心的に財政責任をもつことになるので、今までのように計画を作るだけでなく、結果の財政責任を県としてとっていくことになるので、広域連合がその段階でどうなるかはわからないが、いずれにしても、サービス基盤のあり方、費用負担のあり方を含めて、県単位で医療の問題を考えていく流れが本格的に進み、広域連合としてのスタンスの確認、情報の蓄積・分析を行っていただけたらと思う。

(委員) 入院の費用がなかなか思うようにコントロールできないということであれば、山口県、広域連合の単位では難しいと思うが、一日単位の包括払いではなく、疾病毎の包括払いに将来的にはなってくるのではと思う。長期入院している患者の「わたり」についての情報の把握についても必要ではと思う。

(事務局) 大変重たい課題であるが、広域連合の弱点は職員が約三年毎に入れ替わるため、専門性が低かったり、各分野とのネットワークが弱かったりする点であり、データはあるのに使えるようになる段階までに分析できていないこと等もある。しかしながら、今のまま手をこまねているわけにもいかないので、今後、保健事業に携わる能力が高まるような組織作りを着実に一步一步進めていきたい。その際には、三師会の方々や専門家の方々の様々なノウハウを活用させていただきたいので、連携、御協力をお願いしたい。今後、広域連合でも十分な課題意識をもっていきたい。

・療養病床が多い点について

(委員) 有床病院の立場では、医療保険の方で削減するとそれがそのまま介護の方に移行され、介護費用が高くなり、介護保険を担う市町村の負担が増えてしまう。その兼ね合いで考えていかなければならない。

(委員) 在宅医療をできるような環境づくりや、ケア付の特養などを運営している民間の

団体に対して助成金を出すという方法もあると思うので、地域包括ケア構想の中で考えていくべき課題である。私は施設に集めた方がコストは下がるという意見である。

(委員) 後期高齢者の被保険者は医療と介護の線引きが難しい方が多い。たとえば、吸引をする人については、以前は医療での対応だったが、今は訓練された人であれば介護職でもできるということで介護施設においても吸引が発生するので、ある程度の吸引が発生する人は、介護施設に入り、介護保険の適用となる。吸引にしても胃ろうにしても医療だったものは今では介護でもできる状況になっている。そうなると、後期高齢者の医療と介護保険の線引きがしにくくなっているところがある。後期高齢者の広域連合が出されるデータを見て、計画を立てて、実施をどこに頼まれるかというところも範囲が広がってくるのではないと思う。縦割りではなく、他の分野と密に協力し合っていくことが重要では。

地域包括ケアシステムで、ときどき入院、ほぼ在宅と言われるが、中山間地域で家がまばらにある。しかも、独居であったり、夫婦のみの世帯であったりするときに、病気をしたり介護状態であったりすると、「ほぼ在宅」というのはほぼ不可能。中山間地域にはサービス提供施設もほとんどなく、病院が多いので病院に入るのが現状かと思う。今後は、介護とも協力していくことも必要である。

(会長) 今後、医療は都道府県単位、介護と福祉は市町村に残る、という状態になるため難しくなっていくと思う。今まで以上に連携していかなければならない。組織や制度の関係で押し付け合いをしても何もならないので、トータルでどうするか、という視点はとても重要になってくる。実際に生活されている方の立場から言えば、介護がなければ生活を継続できないし、介護があれば生活できるかというところではなく、必要なときに医療のサポートがないと生活できないので、それらの連携も含めた地域包括ケアが必要。県も広域連合も覚悟を決めて取り組む必要がある。制度間の連携、行政主体間の連携に注意していかなければならない。

(委員) 高齢者が集まって話をすると、病気のことが多いし、支払いがどうなっているかは全くわからない、ということをよく聞くので、勉強の場を持たないと駄目だな、と感じた。

(会長) 高齢の方にとって、年金と並んで、医療、介護は三大課題だろうと思う。医療については事務局に相談していただき、自主的な勉強会をされていかないと負担意識ばかり先行していても、逆に現役世代からすると、給料は上がらないのに高齢者のためにどんどんお金をとられているという意識があるので、お互いにそういう場を設けたら有意義な場になると思う。

(委員) がん検診に行きなさい行きなさいと言われるが、80歳近くの高齢になると、検診に行ったら必ず何か見つかって医療費が何百万円もかかってしまうので、がん検診には行かないでおこう、早く見つければ早く治るというけれど、この歳になると癌も進まないだろうから癌が見つかってこの状態でおいておこう、という話をよく耳にする。高齢者の

現状である。役員が医療のことを勉強して、会員に伝えられるようになりたいと思う。

・社会保障・税番号制度について

(委員) 後期高齢者のマイナンバー運用開始はいつか？被保険者のマイナンバーはどうやって集めるのか？

(事務局) 来年(平成28年)1月から市町の窓口で運用開始する。窓口で番号カードを確認するか、通知カードと免許証等(身分証明書)を確認する。情報連携については平成29年7月からの予定。マイナンバーは、管理している市町から入手するため、被保険者の方からマイナンバーを集めることはない。

(会長) 今の制度の運用状況、医療費の状況等について理解を深めていただけたと思う。

(事務局) いただいた意見について、課題意識を持って今後の医療制度の運営に役立てていきたいと思う。