

千葉県後期高齢者医療広域連合 平成26年度第2回懇談会議事概要

第1 日 時 平成26年11月28日(金)、14時00分 ~ 15時10分

第2 場 所 千葉県後期高齢者医療広域連合 会議室

第3 出席者 別添出席者名簿のとおり

第4 議事要旨

事務局長挨拶

事務局からの説明

1 平成25年度決算概要について

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">(1)被保険者の推移(2)保険料率及び保険料の収納状況(3)1人あたり保険給付費の推移(4)広域連合の財政状況について |
|--|

2 千葉県後期高齢者医療の概況について 別冊参照（資料内の数値はまだ暫定的）

3 平成26年第2回広域連合議会定例会での質疑の状況について

意見交換

・資料の事前送付について

(委員) 資料の事前送付をするなら、当日は送付した資料を持参するように案内をした方が良い。忘れた人用の分のみ用意しておけば良いので事務の省力化となる。

(事務局) 承知した。次回からそのような対応をさせていただく。

・年齢別被保険者数について

- (委員) 別冊概況の3ページ目に100歳以上の被保険者数が掲載してある。これを市町村や地区ごとに分けるような地域分布図の作成は可能か？実は千葉の場合、例えば九十九里地区はナトリウムの摂取量が他地区と比較して非常に多く、そのことから糖尿病患者の割合が比較的高い。一方、100歳以上の人口が多い地区というのもある。地区による疾病の発生頻度の違いと言うのは、地区の食文化・食習慣と大きく関連しているということが年齢の分布からわかる。そのような分析結果や情報があれば、保健指導のやり方も変わってくるのではないか。
- (事務局) 概況の33、34ページに市町村ごとの年齢別被保険者数は掲載している。
- (委員) あくまで主観だが、数字だけを見るとわかりづらいが、これをマップに落とし込んでみることで地域ごとの傾向がつかめるのではないか。
- (事務局) 医療費抑制という意味で保健事業を実施しているので、今後の展開のなかで委員に指摘いただいた観点から何か活かせるものがないか、検討していきたい。
- (委員) 国で実施している国民栄養調査の結果が地域ごとに発表されているか分からないが、栄養調査と100歳の地域分布図をクロスさせることで千葉県内の食生活と疾病の関係性が明確になるのではないか。

・決算概要及び一人当たり医療費について

- (委員) 次第資料3ページの保険給付費の数字と4ページ歳出の保険給付費歳出済額の数字に差異があるのはなぜか？また概況の12ページで24年度の一人当たり医療費が全国的に下がっている理由は？
- (事務局) 3ページの保険給付費は、被保険者が医療機関を受診した時に直接的に発生した費用である。一方4ページの保険給付費は前述の費用に加え、高額療養費や葬祭費など、医療機関を受診した後や死亡した後に計算され、支給されるものも含んでいる。なお、24年度の1人当たり保険料が全国的に下がった理由は不明である。
- (委員) 概況11ページの医療費の伸び率について、平成21年度だけ千葉県は飛び抜けて大きいけど、その理由は？
- (事務局) 千葉県の平成20年度に対する平成21年度の伸び率は、事業年報と同じく11か月分の医療費で比較しているため大きな数字となっている（注意書きを欄外に記載）。
- (委員) 一人当たり医療費については、千葉県は過去4年間ずっと全国平均を大きく下回っているが、何か他都道府県と違う原因があるのか？
- (事務局) 後期だけではなく国保も同様に、千葉県は全国平均と比べ一人当たり医療費が毎年低い。いろいろ複合的な理由があると言われているが、そのうちの一つの理由として、人口に比して病床数が少ないということがある。全国的にみると「西高東低」であり、比較的西日本（高知県、福岡県、山口県など）は療養病床中心に多い。ということで、病院側もベットを空けるよりも入院してもらったほうがいいので、必然的に入院患者が増え医療費が増える傾向がある。また、千葉県を含めた首都圏は75～80ぐらいの後期高齢者のな

かでもまだ比較的若く元気な被保険者が多いことも医療費が低い一因であると言われていた。

(会 長) 千葉は四国地方の県などと比べ、人口比率の医師数が少ないことも要因の一つではないか。概況の13ページのマップでも、東京に近い地域は医師も多いため、一人当たり医療費が銚子近辺の市町よりも高くなっているのではないか。

・健康診査の実施状況について

(会 長) 概況18ページにある市町村別の健康診査実施状況で、館山や南房総、鴨川など県南地域が特に低いようである。この原因は？

(事務局) 理由としては医療機関が少ない、点在しているということが大きい。そのため、その医療機関に受診に行く機会が少ないということが一因としてある。また、受診率が低い市町村にあっても集団検診などで被保険者の自宅近くへ出向いて行ったり、個別健診をすすめたり、あるところでは送迎バスを走らせて受診機会の拡大を図るようにしていたり工夫しているがなかなか上手くいかない。今後も受診率が高い市町村の事例などを参考にしながら、受診率が低い市町村の底上げをすることに主眼を置いて、結果として全体の受診率をあげていきたいと考えている。

(委 員) 交通の利便性という問題もあるのではないか。

(委 員) 鴨川などは高齢化率が50%に近いと予想されるが、そういった方々が、10回病院に通院するうちの1回を健診に充ててもらえるようなことはできないか？

(事務局) 様々な健診の除外規定があるので、すぐにできるか判断はできない。受診率の低い市町村は受診券を対象者全員に配っていないなど、改善すべきところがあると思うので、そういったところからも取り組んでいきたい。

・長寿健康増進事業について

(委 員) 概況の20、21ページ針きゅう等の助成事業について、これは療養費の払いがあった方の一部自己負担金に、さらに助成をするというものなのか？

(事務局) これは、市町村が単独で実施しているもので、実際にお金を払ったものに対して、広域連合が一部補助するということである。

(委 員) 昨今、柔道整復療養費や針きゅうの分野において会計検査院でも治療目的ではない診療があるのではないかと指摘されている。また、実際だいが検査等も入っていると聞いている。この療養費払いの審査は市町村が行っているのか？

(事務局) 審査は国保連が行っている。現状、医療については二重にレセプトのチェックを行っているが、療養費のレセプトについては二重チェックはしていない。来年度は新規事業として、療養費関係のレセプトチェックを充実させる予定である。

(委 員) レセプトのチェック体制が充実していない中で、一律にこのような助成というのはいかがなものか、という思いがあったので提言させていただいた。

(委 員) 針きゅうの診療を受けるにあたり、医師の同意書が必要であると言われた

が、同じような症状でも医師によって同意書を書いてくれる人とそうでない人がいる。

(委員) 医師によって、針きゅうに精通している方と、そうでない方もいるので、そこについては各医師の判断になってしまう。

(委員) 保険者としては、保険医の適正な判断に基づく診療が根幹なので、治療目的以外での診療行為となるようなことは当然ながら避けていただきたい。

(会長) 重複・頻回受診者への訪問指導については、実施数は少ないが、これまでも継続的に実施してきた。直接的に目に見える形での効果額というものもあるが、継続することで波及効果というものもあるように思う。

(委員) 効果額のみを見ると、1人あたり約2万円ということで、これは保健師が保険料を使って一日働いて得る費用対効果という面ではどうかと思うが、一方で重複・頻回受診者というのは、多くの問題を抱えている人が多い。このような人たちと言うのは、個別に一人ずつ接点をもつということが非常に重要である。このようなことが目には見えないが波及効果ということではないかと思う。

(事務局) 毎日通院されるような方と言うのは、精神的に不安定な方が多いと思う。そのような方は、通院して病院等で家族以外の同年代の人と会うことで精神的安定を得るという面がある。治療だけではない一面、全生活的な指導というのものもあるのかなと感じる。

(委員) 確かに、そのような中から地域の寄合いや介護教室への参加などに繋がっていくのかなと思う。

(委員) 重複・頻回受診者はどこで抽出しているのか？

(事務局) 広域連合がレセプトから抽出している。また、市町村が独自にケアをしている案件もあるので、広域連合では、対象者のリストを市町村へ送り、市町村がケアする人以外の人を対象としている。

・ジェネリック医薬品について

(委員) ジェネリック薬品の信頼度はどのように判断をすればいいのか？

(委員) 国は業者任せではなく、きちんと臨床データなどを収集し検証することが重要。たとえ薬価が高くても、早く回復して治療から離れられればそれは結果として非常に有用なことである。

(委員) メーカーは臨床データを出してはいるが、その試験のやり方や分析の方法次第で結果に大きく違いが出る。そのため単に数字だけでは比較にならない。また同じ成分、同じミリグラム数であっても業者によって飲みやすく小さくしたり溶けやすくしたり工夫をしている。そういったところで薬を選ぶというのも一つの考え方である。一概にこのメーカーが良い・悪いというのは判断できない。

(委員) 今後はジェネリックの効能などがもっと公表されるようになるのか？

(委員) 個々の論文などでは、先発品と後発品を比較したものがある。しかし、すべての薬でそのような比較をしているわけではないし、一般の被保険者がそのような論文を見てもなかなか理解することも難しい。また一つの論文だけで断定することもできない。

(委員) いままで薬を買うときは、安価なジェネリックを買っていたが、最近は薬剤師が同じ効能のジェネリックを数種類提示してくれて、それぞれの特徴も

説明してくれるので、必ずしも安価なジェネリックを購入しなくなった。利用者も段々利口になってきている。

(委員) メーカーが独自に先発薬品との比較を公表しているものもある。また、薬によって、成分の吸収に対して安全域が広いものと狭いものがある。狭いものを服用する際は中毒域になりやすいので慎重になったほうがいい。

(委員) 最近はそのようなことも含めて、薬剤師によく聞いて、安易にジェネリックのみを買わないようになってきた。

平成26年度 第2回 千葉県後期高齢者医療懇談会 出席者名簿

区分	氏 名	団 体 名 ・ 役 職 等	備 考
被 保 険 者 代 表	吉 野 和 男	公益社団法人 千葉県シルバー人材センター 連合会 副会長	
	飯 田 禮 子	元千葉県介護保険運営協議会委員	
	高 石 静 江	公益財団法人 千葉県老人クラブ連合会 理事	
保 険 医 等 代 表	佐 藤 孝 彦	公益社団法人 千葉県医師会 理事	
	杉 山 茂 夫	一般社団法人 千葉県歯科医師会 副会長	
	飯 嶋 久 志	一般社団法人 千葉県薬剤師会 薬事情報センター長	
医 療 保 険 者 代 表	宮 本 照 雄	健康保険組合連合会 千葉連合会 業務部会 副部会長	
	関 口 正 男	全国健康保険協会 千葉支部 企画総務部長	
	山 田 耕 作	警察共済組合千葉県支部 事務局長	欠 席
連 合 長 が 必 要 と 認 め る 者	野 尻 雅 美	千葉大学名誉教授	
	石 丸 美 奈	千葉大学大学院 看護学研究科准教授	
	澤 田 いつ子	公益社団法人 千葉県看護協会専務理事	欠 席