

千葉県後期高齢者医療広域連合 平成27年度第2回懇談会議事概要

第1 日 時 平成28年1月22日(金)、13時25分～15時05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

●会長挨拶

●意見交換

1 平成28・29年度保険料率の改定について

(事務局) 【別冊資料「平成28・29年度保険料率の改定について」参照】

「1 保険料率算定の考え方」

①2年間を通じて、医療給付費などの費用の見込みと、公費定率負担金や支援金などの収入の見込みの均衡を保つことができるように保険料率を定めること。

②保険料算定時には剰余金が出ないように算定しているが、実務上はどうしても剰余金が出てしまう。それを2年間分基金として積み立てておき、保険料算定の際にはその全額を保険料上昇抑制に活用すること。

③県が管理する財政安定化基金については、国、県、広域連合（保険料）で3分の1ずつ拠出して積み立てているものである。本来は運営上のリスク対策、例えばインフルエンザ等の流行による急激な医療給付費の増加などに対応するための資金として活用することが目的であるが、例外的に保険料上昇抑制の財源として活用できることが法律の附則で規定されている。この点について、基金を管理する県と協議した結果、今回の算定では保険料上昇抑制のために安定化基金は使わないこととした。既に基金の残高は想定している目安額に十分届いているのだが、高齢化が進んでいく中で将来的に医療費の増加が見込まれることを考慮し、安定化基金は本来の目的のためにとっておくこととした。

制度改正の部分については、税制改正大綱に基づき、均等割の対象となる

所得の基準を拡大するもの。直接保険料率算定には影響しないが、一人当たり保険料の算出にあたっては負担を軽減するもの。

【平成 28・29 年度保険料率の改定について説明】

(1) 増加要因について

①後期高齢者負担率とは、医療の費用負担に占める保険料の割合を国が示したものであり、これが 11%に近くまで引き上げられたこと。

②一人当たり医療給付費の伸びを広域連合独自で見込み、+1.25%とした。

③所得係数とは、全国の被保険者の平均所得と千葉県被保険者の平均所得を比較したもの。1 以上だと全国平均より高いこととなり、国からの補助金が減額され、保険料で賄う部分が多くなる。今回の算定にあつては、現行よりも所得係数が上がってしまう見込み。

(2) 抑制要因について

①診療報酬がマイナス改定となった。29 年度は消費税の増分を見込み、マイナス幅を少なくした。

②過去の傾向から保険料収納率が少しずつ上昇していくと見込んだ。

③国の制度改正により食事療養費の自己負担を一般以上の所得区分に限り一食あたり 100 円上げることとした。その分保険料で賄う部分が少なくなる見込み。

「2 保険料率の算定方法」

医療給付費や健康診査費用、審査支払手数料などの費用の見込み合計から、国、県、市町村における定率負担分や国からの普通調整交付金、現役世代の支援である後期高齢者交付金などの収入の見込み合計を差し引きし、保険料で集める必要額を算出する。さらに必要額が 100%収納できることはないで、想定収納率で割返し、賦課総額を算出した。

賦課総額に対する均等割総額と所得割総額の按分は、所得係数を用いて資料のとおり 46 : 54 と決定。また均等割総額を被保険者総数で割ることで均等割額を、所得割総額を被保険者の所得総額で割ることで所得割額を算出する。

「3 被保険者数の推計」

保険料算定の基礎となる被保険者数の推計については、千葉県の統計データを参考に推計した。

「4 医療給付費総額の推計」

一人当たり医療給付費伸び率の過去 5 年間平均が+1.25%となった。しかし、前述のとおり 28、29 年度ともに診療報酬のマイナス改定の影響を加味し、さらに 29 年度は消費税増税の影響をうけることから、28 年度は+0.22%、29 年度は+1.13%伸びると見込んだ。

また、入院時食事療養費の見直しの内容とは、被保険者が入院した時に食べる食事の自己負担分が一食あたり 100 円程度高くなる（ただし低所得Ⅰと低所得Ⅱは除く）ということ。自己負担が上がれば給付分は減るので、医療

給付費から差し引くこととなる。

以上のことから、28・29年度の医療給付費総額の見込みは約1兆1146億と見込んだ。

「5均等割の2割・5割軽減対象の拡大」

国の制度改正による軽減対象の拡大。5割軽減の基準所得を5千円、2割軽減の基準所得を1万円引き上げる。これは保険料が決まった後に、実際に賦課された保険料が軽減するので、料率算定には影響がない。

(委員) 後期高齢者負担率は法律等で上限が定められているのか。

(事務局) 上限を明確に定められているわけではないが、政令で政府が決めるようになっており、今回それを10.99%に変えると政府が示したということ。現役世代が減っている現状では次回以降も上がっていくと思われる。なお、これは全国一律の数字である。

(委員) そのような状況であると2年の間はいいが、いずれ制度の破綻が起こりそうな気がする。

(委員) 保険料調整基金の26年度残高、または27年度見込みはいくらになるのか。同じく財政調整基金残高はどのくらいあるのか。

(事務局) 保険料調整基金の活用可能残高見込みは約55億弱、これを保険料上昇抑制に全額投入する。また財政安定化基金は27年度末で約66億の残高が残る見込み。

(委員) 保険料調整基金の投入は、資料3P「保険料率の算定方法」のどこに反映されているのか。

(事務局) 収入の見込み額の中に、「保険料調整基金の活用」と記載されている部分となる。

(委員) 26年度の収納率はどのくらいであったのか、また全国的に見て千葉はどのくらいの位置にいるのか。

(事務局) 26年度収納率は滞納繰越分含めた分トータルで98.30%、現年度分収納率のみでは99.23%。現年度分収納率は全国36位。全国比較で若干低い。

25年度は99.22%、24年度は99.14%、23年度は99.09%と右肩上がりで見せてきている傾向を踏まえ、28、29年度は99.25%と設定した。

(委員) 長期に入院している後期高齢者からすると、入院時の食事代の自己負担額が100円上がることは大変影響が大きい。医療費よりもその他の費用が多くかかるという話もある。長期入院している方には大変気の毒である。

(事務局) 確かに、長期入院されている方に対するダメージ、影響は大きいと思うが、国の考えとしては、医療費の抑制と同時に、入院から在宅へという流れの中で、入院している方だけに公費を投じて食事代を給付するのはいかがなものかというのがある。在宅療養している方の食事代は全額自己負担となっている部分があるので、国では入院者の食事代を若干引き上げていこうという流れになっている。

(委員) 国保については、国の国庫補助に保険料の収納率等に応じてインセンティブが導入されているが、後期高齢の支援金のインセンティブはどのような内

容になっているのか。

(事務局) 支援金に関するインセンティブ制度の導入については、まだ具体的な内容が国から通知されていない。

2 データヘルス計画の策定について

(事務局) 【別冊資料「保健事業実施計画（案）（データヘルス計画）参照】

前回の懇談会で示した概要版から策定作業をさらに進めて、審議委員会のアドバイスやパブリックコメントを実施し、最終的な案として策定した。明確に計画に位置づけてある事業としては、概要版と変わらず「健康診査の受診数の増加」と「歯科健診の実施」という2つであり、それらを事業計画として導くために根拠資料で肉付けしたものが今回の案である。主に前回から追加した部分を中心に説明する。

(事務局) 《千葉県における現状》

(P1)背景、基本的事項は変わらず。計画期間は2年間。

(P3)平成22年度と30年後を比較した人口ピラミッド。爆発的に高齢化が進んでいく。

(P5～6)健康寿命、平均自立期間ともに千葉県は全国平均以上。

(P9)一人当たり医療費の市町村比較。一番高い市川市と一番低い旭市では約27万円も差があり、地域によりバラつきがある。

(P10)病院数はやや減だが、一般診療所は横ばい、歯科診療所、薬局は増加傾向。医療関係者は全てにおいて増加傾向。

(P14)疾病状況に関する分析においては、WHOで定められている疾病分類のうち中分類をベースに資料を作成した。平成26年5月分レセプトを分析した結果である。

(P16)女性の入院原因の疾病第1位は骨折。本来ならこれを未然に防ぐことが取り組むべき課題の一つではあるが、当計画は2年という短期間のものであり、どうしても今回の計画に盛り込むことができなかった。この部分については、中長期的に次回以降の計画で具体的な対策となる事業等を検討していきたい。

(P17～18)地域による疾病分類の差異はほとんど見られない。いずれの地域も生活習慣病が上位を占めている。

(P21)介護認定率は全国的に見ても非常に低い。

(P22～24)当計画で策定し重点的に実施する事業以外に、広域連合が実施してきた保健事業の実績。

(P25)市町村別の健康診査受診率の状況。高いところと低いところの地域差が大きい。これを解消するように事業を実施していく。

(P26)ジェネリック医薬品普及については、国の閣議決定でなるべく早いうちにシェア80%以上を目指すということであるが、平成25年度の千葉県の実績として49.2%。引き続きPRに努めていきたい

(事務局) <<現状分析結果と健康課題等>>

(P27~29)現状蓄積されたデータを分析したところ様々な健康課題から見えてきた。それらの課題を改善するための事業として、どのような事業を実施すべきか。保健事業支援評価委員会からの「2年間の事業実施を通じて、最後に何らかの成果を数字で検証できるような事業を計画に位置づけるように」という提言も踏まえたうえで、「健康診査受診率の向上」と「歯科健診の実施」という2つの保健事業を計画に位置付け実施していくこととした。

<<個別保健事業計画の目的・目標>>

(P30~32)計画で位置づけた個別事業の具体的な目標値や具体的な取り組み方法は資料のとおり。

<<計画の評価及び周知>>

(P34)計画の評価については、PDCAサイクルに沿って評価をし、次期計画にも反映させていく。また本計画の周知については、広域連合のホームページや広報を通じ適切にその結果等について公表し、その効果についてもみなさんへ周知していく予定である。

<<パブリックコメント>>

実施した結果、1件の意見があり、内容は次のとおり。

- ・地域の保健事業を実施しているのので者であるが、計画策定にあたり地域独自で実施している保険事業についても配慮してほしい。

意見に対する回答

- ・当計画は市町村の協力がなくなかなか難しい事業であるので、各市町村で実施している独自の保健事業などにも積極的に支援をしていきたい。

(委員) (P25)受診率の基本的な出し方を教えてほしい。分子と分母はどのように見ているのか。

(事務局) 被保険者のうちレセプト情報を基に、長期入院している方や専門的な療養を受けている方は除いた市町村ごとの被保険者数が分母。健康診査を受診した被保険者数が分子となっている。

(委員) 市町村ごとで受診率にこんなに差がある具体的な理由は。

(会長) 安房地域はとても良く健診をしているようなモデル地区だと認識していたが、資料では受診率が低い地域となっている。

(事務局) 分母分子の考え方は大きな市も小さな町も違いはない。ただ、健診の実施の仕方については違いがある。例えば、市内に大小いくつも医療機関がある大きな市は、各医療機関と個別にそれぞれ健診の契約をしていたりするので、いつでも手軽に健診が受けられる。一方小さな町の場合、集団検診が多く、年数日、地域の公民館等で行うのみである。つまり健診のやり方に相当バラつきがある。

また、受診券の配布方法にしても、A町は電話等で実施したいと連絡して

きた方のみを受診券を送付する方法であったり、B市は市内の対象の全被保険者に送付するというように、配布方法にも違いがある。つまり、受診の受け方と受けさせ方に市町村ごとに違いがあるということ。

(委員) 前回の懇談会にて計画に示した2つの事業をどのように市町村へ示していくのか。つまり受診率の向上を目的としていく中で、受診のやり方の違い等はあるにせよ、計画に掲げた目的を遂げるために市町村が実施計画を出す時に広域連合から市町村へ具体的な提言はあるのか。

(事務局) 市町村の様々な事情、例えば、保健師や看護師の不足などマンパワーの不足とか、個別医療機関との契約に手が回らないとか、そのような各市町村の個別事情も酌みつつ、何年も受診率が向上しない市町村に対しては、研修会に参加してもらい、受診率を上げた事業の好事例を紹介していくなどして、支援していく予定。広域連合と市町村でそれぞれの事情も踏まえ、情報共有をしていくなかで、全体として受診率の底上げを図っていきたいと考えている。

(事務局) 75歳以上でまだ企業などで働いている方は、受診率算定の分母分子から除いている。

(会長) 受診率が低いところを見ると10%を切っているところもある。会社勤めの人等がまだ分母分子の算定に入っているのではないか。数字の間違いはないのか。

(事務局) この調査の基礎数値は市町村が提出したものを活用しており、間違いがないものと認識しているが、再度数字の間違いがなく確認するようにする。

(委員) 市町村では良いやり方・効率的なやり方がお互い見えていない。そこを広域連合が間に入ってフィードバックし、具体的な事業実施につなげられるような体制を作るように要望したい。

(委員) (P31)受診率向上の取組みのところに市町村と広域連合の役割のようなことが記載されている。

(委員) この事業を推進する根拠というところで、国として74歳までは生活習慣病の早期発見ということで、義務であると言っているが、75歳以上の方については、QOLの観点で努力義務であると言っている。しかし、この健康診査事業を実施することで、努力義務から義務的にやりましょうということに変わっていった。そこをどのように考えたのか。

(事務局) 受診率に関して市町村国保の場合、補助金等のインセンティブが働くため非常に積極的に進めているが、後期の場合はそれがなく、どうしても受診のお願いという形になってしまうこと。75歳以上とはいえ、入院予防、重症化予防というのは非常に大切なことであり、健診は自分の体の様子を知るきっかけになるので、是非受けていただきたいが、あくまでも努力義務であり、やはりお願いということになってしまう。

(事務局) 国の考えとしてこれから健診についてインセンティブ設定する動きがある。保険料のところで説明した調整交付金を保健事業の成果に応じて増減させることを考えている。努力義務とは言え、徐々に政策誘導されて、力をいれていく分野になろうと思う。

(会長) 後期高齢者は、あまり健診受けなくてもいいよ、というような風潮がある

かもしれない。85歳や90歳の方が健診を受けて、糖尿病だから食事制限されて、それで本当に幸せなのか。やはりQOL的な考えで、そこまで生きたのだから後は好きに生きてくださいということもあるのではないかと。

健診にこだわることなく、千葉県独自の事業を事務局から提案してもいい。例えば骨折の予防対策とか、後期高齢者独特の疾患があるのでそれに沿ったものを千葉から出してほしかった。

(委員) 後期高齢者の重症化疾病として生活習慣病の罹患率が高い。前期も含めて千葉県として何らかの対策、たばこや塩分の摂取量等食事のケアなど、後期高齢者となると健診よりもそのような具体的対策のほうが有効ではないか。

(P23)長寿健康増進事業の中で「人間ドック等の費用助成」というのがあるが、これは市町村によってかなり違いがあるのか。

(事務局) ドックの種類や脳ドックの有無など違いはある。

(委員) 自己負担1割であとは公費と現役世代の拠出金というところで賄っているので、やはりある程度ドックの内容は統一した方が良いのではないかと。

また、「はり・きゅう等の費用助成」について、基本的に保険医療機関での療養というのが基本になっている中で、それ以外の場所での療養に対する助成というの厳しい情勢のなかいかかなものか。

(委員) (P5)健康寿命と平均寿命の比較の資料で、健康寿命と平均寿命の間に全員が何らかの疾病があるかと言うとそうではない。実は健康寿命の指標と言うのは、例えば平均寿命86.23歳の千葉県の女性が65歳までの間に歯が欠けるような何らかの病気になった場合、それらの累積が健康寿命と平均寿命の差である。よって千葉県の女性が73.53歳まで健康でそこから全員病気になるというわけではない。

糖尿病の重症化を予防することで透析が回避でき、それによって多額の医療費の削減になるということはすでに知られたところであるが、透析の回避ということについて何か対策はあるか。

(事務局) (P33)その他の事業の中、生活習慣病の重症化予防事業。これは、※印に記載のとおり、28、29年度中に具体的な事業手法について検討し、30年度以降に何らかの重症化予防対策を講じていこうと考えている。

(事務局) データベースの蓄積がまだ十分ではなく、28年度から全市町村のレセプトデータが徐々に蓄積されていく予定。今後データが蓄積されることで、何らかの有効な対策を見い出していきたい。

(委員) 今までのデータから透析は地域間格差が非常に大きいと言えるので、そのあたりも勘案していただきたい。

(委員) 透析は75歳になってから発症しているのか、その前から発症しているのか。75歳前からということであれば、被用者保険として健診などきっちり対応しなければいけないと思うが、いつから発症する人が多いのか。

(委員) 75歳以上の高齢になってからの発症と言うのが最近是非常に増えている。

(会長) 前期高齢者、中年期を対象に健診をもっと積極的展開してもらい、早期に発見することがやはり一番である。後期高齢者になったら安らかに過ごしたほうが幸せである。後期高齢者の幸せは健康ばかりではないと思う。

(委員) (P24)平成26年度の国のジェネリック目標値は60%で、千葉県のジェネ

リックの数量シェアは49.2%と記載してあるが、これはおそらく全国的に見て決して低い数字ではないと思う。文章表現的に千葉県が全国と比較して特に低いような感じがするので、いかがなものか。

また、現在のシェア49.2%からさらに数字を伸ばすためには、現状のPR方法では難しいと思う。ジェネリックの差額通知なども出してはいると思うが、そろそろそのような対応も限界にきている。削減すると金銭的なメリットは国レベルでは何億円だが、個人レベルでは1回につき何十円から2～3百円にしかならない。次の対策として金銭的なメリットをアピールするのではなく「後発薬品は先発と成分が同じですよ、害がないですよ」などそういう部分でのアピールのほうが有効ではないか。例えば広報や、市町村での研修会や講習会にまぜてもらうとか、お金をかける以外の利用者を納得させる方法も模索すべき。

(事務局) 実はジェネリック差額通知の中にも金銭的な違いだけでなく、先発薬品と後発薬品の成分や安全性に関する記載をしている。あとは記載の方法については、もう少し検討していきたい。

(委員) 広域連合や市町村で何か事業をやったりする際に、10、20分でも、合間を見つけて地道にPRして行ってほしい。

(会長) (P23)医療費通知事業について、かなりのコストをかけて実施しているが、この事業の効果はどの程度あるのか。

(事務局) この通知から、療養給付費の不正請求の発見につながることもあるが、何件摘発され、いくら効果があったということではない。この通知は国から年3回以上の実施を求める通知に基づいて実施していることである。

(会長) 医療費通知を受け取った人からの問い合わせは相当数あるのか。

(事務局) 通知を発送した後は、必ずコールセンターを設置して電話での問い合わせに対応する体制を敷いている。

(事務局) 医療費通知の中には、通常の医療機関のほかに、柔道整復や針・きゅうマッサージなど療養費として支給した分も掲載してある。特にこの部分について、自分が治療を受けていないのに請求がされているような「不正請求」発見の手段にもなっている。

財政効果は明確に計算していないが、一定の効果はあると認識している。

(委員) (P17)疾病統計について、千葉県は大分類による分類はわかりづらいので、中分類による統計結果を表示したということだが、他都道府県と比較する際もやはり中分類での比較が一般的なものなのか。

(事務局) データヘルス計画の策定は全都道府県に義務づけられているが、そのデータの分析手法は様々。またそのデータ分析に関しても、千葉のように自前で職員が分析しているところもあれば、業者に委託して実施しているところもある。よって他広域が同じ分析をしているわけではないので、中分類での比較が一般的とは一概に言えない。

(委員) (P19)医療費ベースの疾患の2位と3位が「その他の〇〇」となっているが、疾患分類としてこれでいいのか。中分類でこのような表記となるなら、むしろ大分類でいいのでは。高齢者に特に多い肺炎とか緑内障、白内障など眼疾患がでていないのではないのか。

(事務局) 蓄積されているデータも少なく、資料で示した統計データもわずか1ヶ月分のデータである。今回が初めてのデータヘルス計画策定であり、分析手法についてもまだまだ手探りで実施したものであるので、今回は中分類で分類した疾病統計を用いたものである。

今後はデータも蓄積され、同時に分析のノウハウも高まってくると思う。ご指摘いただいたことを次回以降の分析の課題として活かしていきたい。

(委員) 他広域連合と比較できないのであれば、他広域連合と連携して作成するなど協力しながらできなかったのか。

(会長) 全国的にある程度同じようなことをやっているのであれば、それは協力しながらできるのでは。

(事務局) データ構築できた時期が違ったり、都道府県によって策定方針等にも温度差があったりするので、今回は難しかった。

(委員) (P9)一人当たり医療費比較で地域によりかなり差がある。これは毎年低い地域は同じなのか。それとも25年度はたまたま旭市が低かったということなのか。

これだけ医療費の差があるのに、県内で一律の保険料であると、医療費が低い地域からすると保険料が高いように感じたり不満があるのではないかと思う。

●その他

・次回の予定について

(事務局) 次年度の具体的な開催予定日はまだ決まっていないが、予定として7月頃に第1回目を開催する予定。

平成27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	伴 隆 夫	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	
	萩 野 總 子	千葉県若葉区民生委員児童委員協議会 副会長	
	高 石 静 江	公益財団法人 千葉県老人クラブ連合会 理事	欠 席
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	
	若 菜 幸 二	千葉県市町村職員共済組合 事務局長	
連 合 長 が 必 要 と 認 め る 者	野 尻 雅 美	千葉大学看護学部 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	