

第7回 後期高齢者医療運営懇談会議事録

日 時 平成24年11月7日 午後2時30分～午後4時07分

場 所 栃木県自治会館 第302会議室

出席者

- ・丸木 一成 会長
 - ・渡部 金吾 委員
 - ・柏 トモ 委員
 - ・小池 百合子 委員
 - ・前原 操 委員
 - ・瓦井 昭二 委員
 - ・渡辺 建太郎 委員
 - ・君島 一郎 委員
 - ・廣澤 敬行 委員
 - ・栗田 昭治 委員
 - ・田野辺 操 委員
 - ・桑野 茂 委員
- 以上12名
(欠席者：佐藤 六夫 委員)

事務局

- ・池亀事務局長・桐原事務局次長・高野総務課長・知久管理課長
- ・浦木資格給付課長 他8名

議 事

1 開会

2 あいさつ

○会長あいさつ

後期高齢者の問題に関しては、国の社会保障制度改革国民会議が未だ開催されておらず、依然として不透明な部分もあるが、本日は現行制度の円滑な運営に資するため2つの議題を用意した。

については、皆様からの忌憚のないご意見を賜りたいと思うので、ご協力のほどよろしく願います。

○委員の紹介

○事務局職員の紹介

3 議題

<会長>

議事に入る前に、広域連合事務局長からあいさつをいただきたい。

○事務局長あいさつ

本日は大変お忙しい中、ご出席頂きましてありがとうございます。

また、新たに委員になられた方には、快くお引き受け頂き、ありがとうございます。

さて、先程、会長からもお話がありましたように、高齢者医療制度の見直しにつきましては、民主、自民、公明の3党合意により、今後開催される社会保障制度改革国民会議に検討の場が設けられましたが、政局に振り回され、未だ委員の選定すらできていない状況にあります。

この高齢者医療制度を巡る議論の背景には、様々な見方、考え方があると思いますが、何より大きな課題は、少子高齢化が進行する中であって、増大する高齢者医療費を国民がどう負担していくかにあると思います。消費税増税法案は成立いたしました。現役世代からの支援の在り方についても、負担の公平という観点から、大きな関心が寄せられております。

そのような中であって、当広域連合では、今年、保険料率の改定を行い、被保険者1人当たりの平均保険料額が9.6%という引き上げでありましたが、現在まで大きな混乱もなく推移しているところであります。

この運営懇談会は、広域連合の運営に活かすため「意見を頂戴する」機関として設けられているものでございますので、委員の皆様には忌憚のないご意見をお願いいたします。

<会長>

この懇談会の取り扱いについて、事務局から説明願いたい。

<事務局>

懇談会の会議録は要点筆記といたしますので、予めその内容を皆様に確認していただき、発言者の氏名を伏せた上で、後日、当広域連合のホームページに掲載する予定です。

<会長>

ただ今の説明に異議ないか。

○委員了解

それでは、これから議事に入る。

3 議題

(1) 高齢者の医療制度について

・総務課長より説明

(2) 事業の実施状況について

- ・管理課長、資格給付課長より説明
- ・併せて、第6回運営懇談会において検討すべきとされた事項について、資格給付課長より次のとおり説明

①県内市町別被保険者 1 人当たり医療費の周知については、市町等へ「広域連合年報」を配付し、また「ホームページ」に掲載することで周知を図っていく。

②葬祭費支給のあり方については、県内市町国保や被用者保険の支給額が5万円であること等を踏まえると、当広域連合のみが支給額の減額等を実施することは被保険者の理解を得難いことから、当面は現行のままとし、引き続き各医療保険制度の動向を注視していく。

<会長>

ただ今の説明について、意見、質問をいただきたい。

<委員>

疾病分類名の「新生物」とは何か。

<事務局>

いわゆる「ガン」が主なものです。

<委員>

了解した。

<会長>

ほかに意見等はあるか。

なければ、私から保険料額について聞きたい。

今回の改定で1人当たり月額平均保険料額は4,471円となり、全国で30位であるが、財政安定化基金等を投入して保険料額を抑えたことについて詳しく説明願いたい。

<事務局>

軽減前の1人当たり平均保険料額は、年額で79,815円と算出されましたが、剰余金6億円と財政安定化基金21億円を投入することで年額73,940円に抑えました。

これに、低所得者等への軽減措置を反映させまして、軽減後の1人当たり平均保険料額は、年額53,650円、月額にしますと4,471円となったものでございます。

<会長>

全国で30位ということは、本県の保険料額は決して高い方ではないと理解して良いか。

<事務局>

はい。

<会長>

もうひとつ、年金からの特別徴収についてだが、保険料が53,650円の場合、介護保険料と合算して年金受給額の1/2を超える方はいるのか。また、年金受給額の1/2を超えた場合の取り扱いについて、再度説明願いたい。

<事務局>

公的年金には様々な種類がありますが、特別徴収の対象となるのは、基本的には介護保険料を支払っている年金と同じですので、保険料と介護保険料をあわせて、年金支給月（年6回）に天引きされます。

保険料と介護保険料の合算額が、年金受給額の1/2を超える場合、特別徴収は行わず普通徴収となります。この場合は、7月から翌2月の8回に分けて、口座振替又は納付書でお支払いいただくこととなりますが、この様な方が増えております。

<会長>

平成24年度は、保険料額を値上げしたことにより、保険料と介護保険料の合算額が年金受給額の1/2を超えた方が増えたという理解で良いか。

<事務局>

はい。

<会長>

この件に関して「国に要望している」との説明であったが、詳しく説明願いたい。

<事務局>

年金受給額の1/2を超えても、被保険者の希望により特別徴収が可能となるような制度改正を要望したものです。

<事務局>

補足させていただきますと、今後、年金受給額は下がる傾向にあり、反対に保険料と介護保険料は上がる傾向にある中、保険料と介護保険料の合算額が年金受給額の1/2を超える場合、特別徴収できないという現行制度においては、特別

徴収できる方がますます減ってしまうと思われます。

これまで特別徴収だった方が普通徴収に切り替わると、本人は特別徴収されるものと思っているため、保険料が未納となってしまいます。今後このような事態が増えるのではとの懸念からも、国に対して制度改正を要望しているものであります。

それからもう1点、1人当たり月額平均保険料額の全国順位ですが、保険料額が高い順で、本県は前期（平成22、23年度）34位から今期（平成24、25年度）30位となりました。

これは、今期において8つの広域連合が保険料額を引き上げなかったことが一因であります。

<会長>

ほかに意見等あるか。

<委員>

剰余金6億円と財政安定化基金21億円を活用して保険料額の上昇を抑制したとのことであるが、この剰余金は常に発生し、ストックしておくものなのか。

仮に、剰余金が発生しなかった場合は、保険料額が上がるということか。

<事務局>

剰余金は、保険料等の歳入から、医療給付費等の歳出を差し引いた額で、当該年度の決算の結果生じるものです。

したがって、毎年度一定の額が生じるものではありませんが、今期の保険料率改定に当たりましては、平成23年度の剰余金が少なくとも6億円は生じるであろうと見込み、これを財源としました。

次期保険料率改定に当たっては、予算上、剰余金を見込んではいませんので、どの程度活用できるかはわかりませんが、剰余金が少なければ保険料額は上昇せざるを得ないと言えます。

<会長>

ほかに意見等あるか。

<委員>

石油業健康保険組合のおかれている、大変厳しい財政状況についてお話ししたい。

我々被用者保険は、後期高齢者医療費全体の約4割を負担しなければならない立場だが、石油業健康保険組合は、今年度9.3%の保険料率を9.8%に引き上げた。

石油業界の不況によって、被保険者は減少し、保険料収入が大幅に減る中、保険料収入の約64%は医療費へ、37%は後期高齢者医療制度への支援金とし

て負担している状況である。

何とか引き上げた9.8%の保険料率でも足りず、平成20年度から毎年生じている財源不足に対しては、別途積立金を取り崩しながら運営しているのが実情である。

財政の安定化を図るために、レセプトの内容点検及びジェネリックの支援・促進、また医療費通知や保健事業等にも力を注いでいるところだが、保険料収入の減少から更なる保険料の引き上げを求められており、石油業界を取り巻く環境がますます厳しくなるものと思われる中、これ以上の保険料の引き上げは、組合の解散も検討せざるを得ない状況である。

なお、健康保険組合の利点は、充実した保健事業により健康で明るい生活を築いていくというものだが、高齢化は後期高齢者医療制度への支援金の増大につながり、この負担増により組合の存立が危ぶまれているということでもある。医療制度の見直しが行われる場合には、国民皆保険制度を維持するためにも、実情を踏まえた適正な負担割合とすること等を期待するものである。

<会長>

被用者保険の非常に厳しい実態が説明されたが、このことに関して意見等あるか。

<委員>

高齢者の一人として、高度な治療を1割の負担で受けさせていただいていることに、とてもありがたいと思っている。しかしながら、その陰では、現役の方々に大きな負担がかかっていることから、高齢者はなにがしか自己負担の引き上げを負うべきではないかと思っている。

去年、話題に上ったが、1回の外来診療を受けるたびに一定額を上乗せして支払う制度などは良いと思ったのだが、どういう訳か見送られてしまった。

また、重複・頻回受診者訪問指導事業などは、保健師の努力により効果を上げているということで、大変良いことだと思う。

<委員>

高齢者人口の増加は、今はまだ序の口で、これから2025年に向けて言わば爆発状態になると思う。

前期高齢者のうちはまだ元気だが、後期高齢者になってからが問題だと思う。今のうちから現在のシステムを変えていくことを考えなければならない。

或いは、2025年に向けて、将来どの様な日本を作るのか。相変わらず競争社会で貧富の差がある社会で良いのか。否、もう成熟社会になってきたことを考えて、それにあった状態、システムを作っていくべきだと思う。

お金の問題が大きいことはその通りなのだが、高齢者は自分の将来がどうなるかわからないから一生懸命貯蓄をする。その貯蓄が1,400兆円もあり、このうち3分の2は60歳以上の人が持っている。「何でそんなに貯めておくのか」と

聞くと、「いざというときのために使うのだ」と。でも、いざというときは今しかない。貯蓄しなくても良い社会は、どうしたら出来るのかということも考える必要があると思う。

その中で私は在宅医療をやっているのだが、高齢者に限らず人間は、本来自宅に住み、何らかの病気になって急性期病院にかかる、その後回復期、リハビリ、あるいは慢性期になって、更に介護施設などにも入る。そしてまた、在宅にかえる。

この様にぐるりとまわる訳だが、今は重症の脳梗塞や心筋梗塞など様々な急性期を過ぎた方々が、順調に介護にまわって行くことがなかなかない。ましてや、在宅に戻らないで急性期病院の外来で診察を受け続けることになるなど、入院医療と入院外医療の2つしかないということが今の状態だと思う。

全国の医療費構成比を見ると、訪問看護はわずか0.2%であり、自宅に帰って住み慣れたところで過ごすことが出来ないのである。なぜなら、我々医者の中に24時間体制で診察できる人がまだまだ少ないからである。

しかし、訪問看護と一緒になれば、ほとんど入院の部分と入院外の部分を補って行けると思う。

入院すると医療費は1ヶ月平均約100万円、介護施設で40～50万円かかるが、在宅の場合は介護者の負担はあるが10万円位で済む。おおよその目安はこれ位だと思うが、大きな急性期病院の場合、入院の在院日数は2週間位、退院後中小の病院へ行くこともあり、なかなか在宅まで戻ってこない。それというのも、国民性というか、県民の意識がまだ病院完結型の医療を望んでいるからで、経費はかかってしまうし、入院日数もかかる。

それからもうひとつ。重複受診についてだが、大きな病院にかかっている方は、近くの外来にもかかっていることが多い。この場合、大病院と近くの医院で、重複投薬や重複検査が行われることになり、これらの重複を避けるためにも、情報を共有し患者一人に対して一つのカルテが出来るような、「とちまるネット」というシステムを考えている。

医者は、「多額のお金を使ってけしからん」と言う気持ちも分かるが、「いかに無駄のない医療をやって行けるか」と考えていることもお伝えしておきたい。

<会長>

医療費の構成比を見ると、入院の割合が全国47.4%に対し栃木県は44.6%と低い。反対に入院外は全国29.7%に対し栃木県は33.9%と高いが、在宅医療は入院外に含まれるのか。

<委員>

我々医者が言っているのは、入院が第一の医療、第二の医療が外来、第三の医療としての在宅医療である。在宅医療というのは、医者だけではなく、看護と介護と一緒にすること、医療保険だけではなく介護保険と一緒に合わせてやっていくという制度なので、入院と入院外の捉え方とは異なるものである。

<会長>

医療費の構成比の表では、唯一、「訪問看護」の項目に在宅医療が表れてくると。

<委員>

そう、そこが要である。

<会長>

そうすると、全国0.2%に対し栃木県は0.1%と、割合でいくとまだ低いということになる。

<委員>

訪問看護ステーションの数は、全国で最下位である。

<会長>

この議論で、事務局から補足説明等あるか。

<事務局>

ただ今の委員のお話で、ポイントは全て集約していただけていると感じております。県内でも在宅医療の推進ということで、行政と医師会等々が協力し合った中で、訪問看護ステーションや在宅支援診療所を増やしていこうと、目標に向かって進んでいると聞き及んでおります。したがって、これらの目標が達成されれば、訪問看護の構成割合も上がり、委員がおっしゃったように、入院からリハビリ施設、そして在宅という形が段々出来てくるものと考えております。

<会長>

ほかに意見等あるか。

<委員>

被用者保険の立場から、協会けんぽの現状等について触れさせていただきたい。

昨日、霞ヶ関で、保険料の負担軽減を求める全国大会を開き、その後、協会けんぽの評議員の方々と一緒に500人規模の請願行進をしてきた。もともと我々は政府管掌健康保険で国が運営してきたものであるが、平成20年10月に全国健康保険協会が設立され、協会が運営することとなった。それで4年が経過し、初めて全国大会を開いた。

全国大会でお披露目したものは、全国で5月から集め317万筆ほどとなった署名であり、これは、加入者である中小企業や零細企業の事業主及びその家族の方々が、「もう10%の保険料の負担に耐えられない状況にある」というものである。我々は、民間とはいうものの、厚生労働省保険局保険課 全国健康保険協会業務管理室の直轄組織であり、その様な組織が署名や請願行進をする事態となっているのである。その後、衆参議員会館において、栃木県管内の国会議員10名

に対し陳情してきた。国会中のため、直接、本人にお会いできたのは3名だが、「状況は分かっている。短期的なものの中長期的なものがあるけれども、中長期的な全体の中で協会の要望については考えたい」というお話をいただいた。

しかしながら、我々の要請は、「格差是正のための国庫補助の増額」と「高齢者医療制度の見直し」の2点であり、これに対する答えは、第1点目の交付金については「金がない」と。2点目については「国民会議の中で討論することとなっているので、それは全体の中でということになる」と。いずれにしても、要求を通したいということで動いているが、現状は非常に厳しい。

そういう中で、医療を守る一翼を担っている立場から、かかった医療費を間違いなく支払うために何が出来るかということを考えている。我々職域と地域の連携ということが言われているが、今、実際に栃木県と宇都宮市との間で始まっており、我々の加入者だけというよりは、健康の寿命を延ばすという観点から、予防の事業に軸足を置きたいと県に対して改めて申し入れを行っているところである。医療の提供側である医者と、保健の予防事業に関わって行きたい我々、そして行政との強い意志で、少しずつ1年2年と積み重ねて行かないと本当に崩壊してしまうだろう。崩壊させないためには、制度間を乗り越え、この後期高齢者医療制度とも連携を図って行く必要がある。ただ、現状は非常に厳しく、長期的なものは、今始まらないと変えることが出来ないとの思いでやっている。

<会長>

ほかに意見等あるか。

<委員>

健康診査については、健診を実施している医療機関の数、或いは市町の取り組み方の違い等により、目標とする受診率30%になかなか達しないとの説明であったが、受診率には3.8%から40%超まで市町間に格差がある。受診率向上を図るための方策等を何か考えているのか。

もう1点、高額レセプトで、1件2,000万を超えるものとはどのような病気か教えていただきたい。

<会長>

事務局より説明願いたい。

<事務局>

まず、健康診査についてのご質問ですが、市町毎に担当者を配置し、ヒアリングを年2回実施する中で、受診率の高い市町の取り組み事例等を参考にしながら、今年度の事業計画や進捗状況を協議し、受診率向上に取り組んでおります。

2点目の高額レセプトですが、この方の主な疾病は脳梗塞・硬膜動静脈瘻でありまして、高額な点数に至った治療は、脳血管内手術で塞栓用コイルが141本、医療費総額で2,048万1千円余りとなっております。

<委員>

高額レセプト2, 000万円は、誰が支払うのか。

個人が支払うのであれば良いが、保険給付でそこまで面倒見ることについて個人的には疑問を感じる。

もう1点、健康診査の受診率が低い市町は、医療費も少なく、葬祭費支給額も少ないようだが、何か関連性があるのか。

<事務局>

まず1点目についてですが、制度上医療費の自己負担には限度額がございます。この方の場合、自己負担限度額は44,400円ですので、残りの2,040万円余りは、保険者である後期高齢者医療広域連合が支払うこととなります。

2点目の健康診査受診率と医療費等の関連につきましては、申し訳ありませんが分析はしていません。

<委員>

私は81歳になるが、週に1回は運動をしているせいか健康である。医療費を抑えるためにも、お年寄りはずっと外に出て運動し、健康を保つべきである。

<会長>

ただ今の提言に対し、事務局より何かあるか。

<事務局>

各市町では、健康作りに向けた様々な事業を実施しておりまして、これらの事業に対しましては、広域連合から市町に対し補助金を交付することで、財政的な支援をしてございます。

ただ、あくまで事業の実施主体は市町ですので、各市町の取り組みにおいてお願いをしている現状にあります。

<会長>

もっと運動すべきとの非常に良い提言であるが、今のお年寄りの大半は、運動することで自己管理し健康を保っているのではないかとも思う。

先ほどの重複・頻回受診者訪問指導について確認したいのだが、対象者67人は被保険者全体から見ればごく一部であると思うが、どの様にして対象者を抽出しているのか。

もし効果があるのであれば、対象者を増やすことで医療費も削減できると思うのだが、事務局より説明願いたい。

<事務局>

重複・頻回受診者に対する訪問指導対象者の選定基準は、「同一疾病により複数の医療機関に2ヶ月以上継続して受診している者で、投薬、注射、処置等治療の重複がある者」、それと「1ヶ月における同一診療期間への受診日数が、2ヶ月以上継続して15日以上ある者」です。

67人というのは平成23年度の実施者数で、平成24年度は、その効果が期待できることから対象者を140人に増やして実施しております。

<委員>

医療現場では、重複受診はものすごく多い。

先ほども話したとおり、大きな病院で診察を受けている方のほとんどが、近くの病院でも診察を受けている。特に、お年寄りには非常に多く、大きな病院で受診し薬をもらっていることを言わないことが普通である。

重複受診を解決する方法は、情報を一元化してカルテをひとつにするしかない。そのために、約10億円の費用をかけて、先ほどもお話しした「とちまるネット」により、県内全体の病院が連携するという体制をとりつつある。

<委員>

お薬について調剤側から述べさせていただくと、栃木県の場合、患者さん10人に6人位は、院外処方箋で薬局で薬を受け取る。その際「お薬手帳」が発行される。薬剤師は、患者に対しきちんとした薬の指導をしながら「お薬手帳」を渡し、自分が飲んでいる薬を理解していただく。患者は、この「お薬手帳」を管理し医師等に示すことがかなり重要だと思う。

なぜなら、今回の調剤報酬改定では、国から、薬の無駄遣いを省けということをかなり強く言われているのだが、例えば、整形外科と耳鼻科を受診した患者に、同じ痛み止めが処方される様な場合、「お薬手帳」があれば、処方した医師と薬剤師が連絡をとりあって重複を避けることができる。更には、無駄な医療費も、患者に対する薬の副作用も防ぐことができる。特に、東日本大震災の時は、「お薬手帳」が非常に役に立ち、飲んでいる薬がわかるので、診察も早くできたという利点があった。

したがって、「お薬手帳」を有効に活用することで、重複受診と同時に重複服用を防ぐことができる。

もうひとつ、ジェネリック医薬品について、国からは「特許の切れた薬を積極的に使いなさい」、「当面、数量的に30%使いなさい」と言われている。

平成22、23年位までは、栃木県内のジェネリック使用は数量ベースで22～23%程度だったが、処方医の協力でジェネリック医薬品を使いやすい環境にしていたこともあり、この4月から一気に伸び5月の週で27%を超えた。

栃木県でも平成23年度の調剤医療費は、282億円を超えている。これを下げることが良いのかどうかはともかく、ジェネリック医薬品の使用促進や重複投薬削減については、我々薬剤師に与えられた使命として対応しているということ

を報告させていただく。

<会長>

カルテの一元化や「お薬手帳」の効用ということで、様々な提言が出たが、この件に関しほかに意見等なければ次の議題に移りたい。

それでは、最後の議題「その他」ということで、この機会に是非話しておきたい、聞いておきたいということがあればお願いしたい。

<委員>

県内市町の被保険者 1 人当たり医療費を見ると日光市が最も高く、茂木町が最も低いのだが、日光市はどのような疾病が多いのか、また食べ物等と因果関係があるのか。

<事務局>

申し訳ありませんが、各市町別の疾病因果関係の分析は行っておりません。

ただ、昨年度の運営懇談会において、委員の先生からお話いただいたように、日光市の場合、ドクターの数が少なく、地域的に冬場は入院せざるを得ない。入院となりますと、当然ながら医療費に跳ね返ります。この様なことが影響しているのではないかと思うところです。

<会長>

ほかに意見等あるか。

なければ、以上をもって、本日の議事を全て終了する。本日の意見等については、事務局において検討いただき、今後の制度運営に活かしていただきたい。