

平成 27 年度第 1 回佐賀県後期高齢者医療広域連合運営懇話会 会議概要

- 1 日 時 平成 27 年 7 月 14 日（火） 16：00～17：38
- 2 場 所 佐賀市大和支所 第 3 会議室
- 3 委員出席者 倉田会長、木下委員、山元委員、松尾委員、本田委員、内田委員、古澤委員、今泉委員、川崎委員
（欠席：久野委員、久米委員）
- 4 事務局 古田事務局長、松隈副事務局長兼総務課長、梅野業務課長、塚原業務課副課長兼企画・保健係長、江川総務係長、筒井財政係長、山下給付係長、江頭資格賦課係長
- 5 意見及び質疑応答要旨

（1）後期高齢者医療の現状について

（事務局） ・医療給付費の状況について

（委員） 率直な感想として、唐津市及び玄海町と嬉野市及び上峰町、この医療給付金の格差については、事務局の方ではどのように捉えてらっしゃるのか、お聞きしたい。

（事務局） 資料の 4 ページ、県内各市町の一人当たり医療給付費・市町別マップでも分かりますように、県内でもバラバラでございます。

傾向としては東高西低という、県内でも東側の医療費が高くて、玄海町、唐津市、伊万里市も含めて、西側の方が低い傾向です。この違いは、病床数とか交通の便によりまして、入院・治療にかかりやすい環境があるかどうかということが影響し、これに伴い医療費が大きく変わってきております。

詳しく説明しますと、市町別マップの右側、東部にある鳥栖市や吉野ヶ里町、上峰町、三養基町というのは、大きな病院を抱え、交通の便が発達した久留米市が近くにあり、医療を受ける環境が整っているのが高いようです。

それから、嬉野市、武雄市、大町町もですけど、特に嬉野市は、先ほど申しましたように、入院費の比率や病床数が飛び抜けて大きく、武雄市については、大きな病院が新たに開業されたことで給付費が大きくなっていると思われま

す。

また、唐津市と玄海町につきましては、病床数が少なく、交通の便も発達していない、住民の方々の意識の差もあるかどうか分かりませんが、かなり不便な地区でございます。

そのような関係で例年、医療給付金に差が生まれているようです。

（委員） さっきの話で本当に面白いと感じたのは、地域医療構想の話がありますけども、療養病床が多い高知県と九州各県などが、削減の対象になりそうな気がします。一方では充実させなければとも思いますけども、社会保障と税の一体改革の中ではけっこう厳しいのかなという気がしますので、やはり地域包括ケアを如何に稼働させるかということが必要かと思われま

す。

その一つの表れとしては、訪問介護が増えつつありますけども、国の政策で療養病床を減らした場合には、患者さんの受け皿はどこになるか考えると、やはり訪問看護になると思われます。まだまだ少ないと思えますけども、今、こ

こにもっと力を入れて、何とか体制を整えていかなくてはならないと思います。
それから、柔道整復とかあん摩・はりきゅうというのが意外と多いのには、ちょっと驚きました。この方たちが健康増進に対してどういうことをされているのかというところが非常に気になるというところでした。

また、一年間で新生物や心臓疾患がこれだけ増えるというのは考えにくいのですが、何が起こったのかなとちょっと気になるというところでした。

(委員) 訪問看護療養費というのが高い伸びということで、先ほど言われましたように在宅医療推進がどんどん進めばいいなと思っているところです。

看護職は在宅医療へ移行させるために頑張っておりますが、なかなか県民の皆様には周知が届かない現状があります。

また、医療従事者そのものも、在宅での医療ということに関して、なかなか理解するのが難しく、如何に在宅療養を広げていくかということが課題になっています。

訪問看護ステーションも徐々に増えては来てはいますけども、全国的に見ると、まだまだという現状で、これからの課題だなと数値を見て思いました。

(委員) この訪問看護の伸び率が、昨年度、平成26年度も含めて高くなっていますけど、この地域間格差というのは、何かあるのですか。

特に佐賀県内で訪問看護の伸びが高いところ、逆に低いところについても、病院があるところが伸びて、そうではないところが伸びないというような傾向があるのですか。

(事務局) 訪問看護の療養費については、23年度が7.35%、24年度が11.64%、25年度が32.31%、26年度が19.14%という伸びになっており、訪問看護ステーションの数についても、県内では21年度36施設であったものが、平成26年度には54施設へと増えております。この状況を見ましても、在宅の方にシフトしているということが分かります。

訪問看護ステーションの数を地域別で見ますと、施設を有している市町は全20市町（10市10町）のうち、15市町（9市6町）となり、残りの5市町（1市4町）には施設は無い状況です。

例えば、県内の市で施設を有していないのが、神埼市であり、一番多いのが佐賀市で15施設、他に多いのは鳥栖市で11施設となっています。

傾向につきましては、まだ分析できていない状況です。

(委員) 今後、注目するところが、訪問看護がどのように充実していくかというところです。療養費及び給付費の今後の推移に大きく影響するのかなという感じがしております。

また、今後の地域包括ケアというのが3年間のうちに各市町で構築されなければならないと決められており、早急に取り組みが進んでいるように聞いております。その辺りで、医療の部分も変わってくると思いますので、併せながら注目していかなければならないと思っております。

(2) 長寿健康づくり事業実施計画について

- (事務局)
- ・健康づくり事業の推進
 - ・ジェネリック医薬品（後発医薬品）普及事業
 - ・後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診

- (委員) 先ほど、後期高齢者の歯科健診に関してご説明がありました。この中で、後期高齢者の歯科健診というのは、一般の成人歯科健診における歯周病健診の延長という形で健診が行われているのが現状です。
- 対象者が後期高齢者という観点から見ると、やはり歯周病はもちろん重要ですが、口腔機能、嚥下機能、低栄養と密接な関係がある部分での食物摂取、その辺りに対する健診が重要になってくるのではないかと考えますし、成人歯科健診の延長で75歳以上の方を診ていく、今までの健診体制のままでは、少し問題があるのではないかと考えます。
- 平成25年に厚労省から高齢者に対する口腔機能の評価のマニュアルも出されており、県歯科医師会では健診内容をさらにコンパクトにまとめたマニュアルなども作成されているので、是非、その辺りを参考にさせていただいて、後期高齢者に特化したというか、見合った事業にしていいただければと思います。
- (委員) ちなみにですが、26年度は3市町がこの事業を実施されていますが、27年度はどのようになっていますか。
- (事務局) 27年度については、現在、7市町から補助事業の申請が上がっております。
- 先ほど、委員からご意見をいただきましたが、歯科健診については通常の健診と違い、血液検査などを必要としないので、お年寄りさんが歯科健診を受け、すぐ後にその健診結果を踏まえた保健指導をお医者さんに行っていただくというのが理想の形だと思っております。
- ただ、集団健診では限られた時間の中で基本健診やがん健診など、いろいろな健診を一度に短時間で済ませたいという健診者の希望も強くありますので、このまま集団健診としてやっていくのか、また、金銭面の問題もありますが、医療機関で直接行う個別健診という広げ方もあるのではないかと考えています。
- (委員) この種の健診に関しては、院対応型の健診が一番理想だと考えています。
- ちなみにですが、今年度の議会で退職される65歳の方を対象とした歯科特区の事業というのが予算化されました。その中に、後期高齢者に関する健診ヒントもあろうかと思えます。
- (委員) 今日も歯科に行って入れ歯を入れてきたのですが、やはり虫歯とかが酷くならないと歯医者には行かないものです。歯の健康診断などを事前に受ける機会があったならば、私も入れ歯を入れずに済んだかもしれませんので、この辺りは前向きにやっていただきたいと思えます。
- (委員) ジェネリック医薬品の事業について、資料に非常に細かく、いろいろな数字が上げられていますが、平成27年の3月の状況で数量シェアが53.43%という数字が上がっています。
- 塩崎大臣が言われたのは全体的なシェアで60%、いろんな保険を合わせて、やっていこうということだと思いますけども、この時点では後期高齢者の保険としては、かなりいい数字だと理解していいと思います。
- 次に、ジェネリックの希望シールについてですが、保険証なんかにはジェネリックを希望しますという、何か小さいシールを貼っている方がおられます。あれは個人で貼られていると思いますが、ジェネリックの使用については、やはり患者からドクターになかなか言い出しにくいということもあって、使われていると思いますけど、例えばそのシールの貼付率とかは確認されていますか。
- また、ジェネリックに代えたら何百円お安くなりますよという、啓発用の差額試算サイトの紹介が先ほどありましたが、ジェネリック医薬品にもランクがいろいろあると思えます。さほど薬価は変わらないと思えますが、どの辺りの

ランクのジェネリックを対象として、差額の計算を行うのか教えていただけたらと思います。

(事務局)

前の方の質問についてですけど、被保険者証の更新に合わせ119,000人ほどの被保険者の方々に対しまして、新しい被保険者証を送る際にジェネリック医薬品に関するパンフレット、ジェネリックの希望シールを同封し、普及活動を行っております。しかしながら、実際にシールを貼られた意図であるとか、シールを貼られた方の数については、アンケートまではとっておりませんので、把握しておりません。

二つ目の質問につきまして、どの帯域のジェネリック医薬品を推奨しているのかということですけど、答えから言うとそこまでの精査はしていないというのが答えです。

先発品とジェネリック医薬品の違いは、主成分や効能としては変わらないけれど、粉を錠剤にする技術が違ったり、添加物が少し違ったり、その添加物が薬品の品質を長期間保つことを可能にしたり、溶けるスピードで薬品が体に効果を示す時間を早めたり、弱めたりということなので、薬剤の開発メーカーによって、意図するところが異なっているとお聞きしております。

お医者さんは日々、診察する中で患者さんの病状の変化や薬の飲み合わせに応じた薬を選択されるということになりますので、私たちがどの薬品を望んでいるかと言われれば、金額面だけで見れば、一番安い物というお答えしか用意できませんが、その選択については、ドクターが一番望んでいる薬品、被保険者の体調を一番に考えたうえで、病気が早く治る、あるいは進行を食い止めるものを適正な選択として重視しているというのが一つの答えになるかと思えます。

(委員)

ドクターの処方箋で一般名処方というのが非常に増えてきておりまして、ブランド品でも、ジェネリック等に代えてもいいよという処方箋も多い訳です。そうすると薬剤師の方も基本的に調剤、後発品の体制加算というのもありますので、その辺りで薬局自体もいろいろ薬を選択してくれていると思います。

(委員)

私は、いつもお世話になる方で素人的な質問になりますが、私も家内とよく病院に行きますが、お医者さんから出された処方箋を、そのまま薬剤師の方に渡して薬をいただいておりますが、そのジェネリックを希望であるとか、私もまったくその意識が無いのですが、その辺りはどのようになっていますか。

(委員)

あくまで患者さんの希望を尊重し、ジェネリックが処方されていると思いません。

医師から薬剤師へ渡される書類の中に薬剤の変更不可という印を付けるような欄があります。そこにチェックが入れられた処方箋については、医師から処方があった薬をそのままお出しするのが基本です。

また、一般処方というものがあって、これに関しては患者さんの意向を確認したうえで、薬剤を出すこととなります。

(委員)

患者さん側から見ると、本当に難しいと思います。
病院ではDPCというものがあって、80%以上ジェネリックを使わないと利益にならないような仕組みもあります。
やはり国が勧めておりますので、国立病院や県立病院、大学病院では、既にジェネリックの使用に配慮した処方が行われていると思います。

- (委員) 一つの薬で30種類ぐらいのジェネリックがありますので、その中で薬剤師は、自分が信頼できるものを前提として、患者さんにいつでも安定してお出しすることも重要ですので、そのような流通面も考慮し、薬の選択が行われていると思います。
- (委員) 私からの質問は、資料にある事業計画について、ロコモティブとか、それから低栄養の問題、QOLという、これからきちんとしていかなくてはならない事業について、PDCAサイクルを活用しながら強くやっていただきたいとします。
- それから気になったのは、資料の9ページで長寿・健康増進事業の実績でトップがはりきゅう等施術助成事業で20市町というところです。そのはりきゅうが1位で、次に人間ドック、そして健康教育、健康相談事業となっていますが、これには違和感があります。
- はりきゅうというのが、本当に長寿健康増進に関係するのかなというのが、私の疑問でして、これよりも健康教育や健康相談、ロコモティブシンドローム対策、または、訪問看護や訪問リハビリなどの事業にお金は使うべきであり、同じく資料の9ページに書かれている「被保険者の健康づくりに資する活動の促進を行う市町に対し、費用の助成を行う。」という目的に沿った形で、お金は使っていただきたいとします。
- また、私も老人クラブに頻繁にお話に行く機会があるのですが、その際に、皆さんに「地域包括ケアシステムというのを覚えている方、または知っている方、手を挙げて下さい。」と質問しております。しかしながら、知っている方はほとんどおられません。この辺りのことは、今後、誰が教えていくのだろうかと思います。
- これを知らないまま、今から地域包括ケアシステムを推進しようとしても、これはもう最初から失敗ではないかという様な気がしてなりません。お互いの知る努力、知らせる努力も大事だと思います。その辺りについて、ご意見を聞かせ願えればと思います。
- (事務局) まずは、はりきゅうについてですが、これは後期高齢者医療制度が始まる前に国保事業の一環として、事業が行われていたという経過がございます。
- 現在は、国保の時の事業をそのまま継続させていただいているというのが実態でございます。
- 方向的には、現在行っている事業を見直し、先ほど言われたような人間ドックや健康教育、健康診断等の事業に転換していくのか、これはこれとして、また新たに財源を求め事業を立ち上げていくのかという話になりますけども、現在の事業を今すぐやめるとするのは、市町の現状を考えると難しいのではないかと考えております。
- (委員) 地域包括ケアについては、委員のおっしゃられるとおり、言葉さえもよく理解できていないという現状が確かにあります。ただ、佐賀県もゴールドプランの中で一応、地域包括ケアというのを今年度から3年間の一番大きな柱としています。
- その啓発と取り組みが基本的には市町が行うこととなっていて、市町の取りかかりが、佐賀県の場合、他の県と比べてとゆっくりしているような状況もあります。また、これから如何に住民の方たちに認識していただくかということが必要になると思います。
- この取り組みについては、住民の方々に参加していただかないと成り立たないシステムであり、29年度までには作らなければならない状況なので、恐らくこれから急ピッチで進んで行くと思っております。また、そこは継続し、全体で取り組んでいかなければならないでしょう。

(委員) なぜ我々が、こんなに言うかという地域医療構想で療養型が減らされていた場合、治療を受けられなくなった方たちの受け皿はどうするかと考えた時には、地域包括ケアシステムが動かないとどうしようもないと考えるからです。その辺のところを必死にやらないといけないと思いますし、どこで事業の進捗に影響が出ているのかなと考え、行政が縦割りになっているからなのかどうなのか、その辺りに問題があるのかなと思ったりもしています。

(委員) 地域包括ケアについては、どこも模索している段階だと思います。国そのものが、地域包括ケアをある意味、急に始めたと言いますか、そういったところがありまして、県の方でも医療と介護の基金を立ち上げて、そこに予算を組んでどのように執行しようか検討されていますけど、けっこう遅れた部分もあり、事業全体を調整するマネジメント機能というのが、確かに欠けているような感じがします。

(3) 平成28・29年度保険料率改定について

(事務局) **・平成28・29年度保険料率改定について**
・所得の低い方の軽減措置
・保険料率算定(改定)に係るスケジュール(案)

(委員) かなり複雑な計算の仕方になりますけども、今後のスケジュールの中で言われましたように、次回の運営懇話会が開催される11月には、具体的な金額というのが出てくると理解してよろしいですか。

(事務局) 試算は当然いたしますので数字は出てきますが、それ以降に国の方から算定するための数値や拡充の予定等が出てくることもありますので、最終的な金額とは当然違いますが、第2回の運営懇話会の際には数字は出すようにします。

(委員) 第2回の時の数値を見たうえで、ご意見をいただくことになると思います。

(4) マイナンバー制度について

(事務局) **・マイナンバー制度の概要**
・後期高齢者医療広域連合の個人番号制度に係る今後のスケジュール 等

(委員) [意見等なし]

(17:38 会議終了)