

令和5年度第1回愛知県後期高齢者医療制度に関する懇談会
会議録

愛知県後期高齢者医療広域連合総務課

令和5年度第1回愛知県後期高齢者医療制度に関する懇談会

1 開催日時

令和5年10月18日（水）午後2時から午後3時32分まで

2 開催場所

国保会館5階 中会議室

3 議事

(1) 開会

(2) あいさつ

(3) 事務局からの報告

(4) 座長・座長代理の選出

(5) 事務局からの説明及び意見交換

ア 愛知県後期高齢者医療広域連合の事業の概要について

イ 令和6・7年度保険料率の改定について

ウ 第3期保健事業計画（データヘルス計画）の策定について

エ マイナンバーカードと健康保険証の一体化について

(6) その他意見交換

(7) 閉会

4 出席者

(1) 委員

被保険者代表 加藤 芳美

被保険者代表 原口 具也

被保険者代表 堀田 豊彦

被保険者代表 山田 秀男

医療関係者代表 加藤 雅通

医療関係者代表 浅井 章夫

医療関係者代表 青木 啓一

保険者団体 永井 立美

学識経験者 葛谷 雅文 【座長】

学識経験者 田川 佳代子

(2) 事務局

事務局長 三島 正樹

事務局次長 榊原 圭介

総務課長 大谷 智枝

管理課長 福岡 進太

給付課長 山本 敦志

出納室長 石川 徹

庶務グループリーダー 宮川 清文

広域調整グループリーダー 松井 大悟

資格グループリーダー 鈴木 貴博

保険料グループリーダー 塚本 剛太

電算グループリーダー 廣間 直之

給付第一グループリーダー 古田 友輝

給付第二グループリーダー 安藤 章

保健事業グループリーダー 唐川 祐一

庶務グループ主査 井戸田 亮

庶務グループ主査 齊藤 圭吾

庶務グループ局員 脇田 宗幸

5 議事概要

(1) 開会

総務課長（開会を宣言）

(2) あいさつ

事務局長

(3) 事務局からの報告

(4) 座長・座長代理の選出

(5) 事務局からの説明及び意見交換

【座長】 本日の意見交換の進め方ですが、項目ごとに事務局に説明を求め、その後、皆様から御意見をお出しいただきたいと思います。

まず順番に、一つ目の「愛知県後期高齢者医療広域連合の事業の概要について」、事務局から御説明をよろしく願いいたします。

【総務課長】 懇談事項1の「愛知県後期高齢者医療広域連合の事業の概要について」を「資料1」に沿って御説明させていただきますので、お手元に御用意ください。

なお、資料1の内容は、お手元の資料「事業概況」を基に作成したもので、各項目の表題の横に括弧書きで関連する事業概況のページを記載しておりますので、必要に応じて御確認いただければと存じます。

(以下、愛知県後期高齢者医療広域連合の主要事業状況等について資料1「愛知県後期高齢者医療広域連合の事業の概要について」により説明)

【座長】 ありがとうございます。

事務局のほうから、今の資料1の御説明をいただきました。御意見またはコメント等ございましたら、挙手の上、御発言をよろしく願いいたします。

【委員】 質問なのですが、資料1の4の「医療費適正化事業」の「重複・頻回受診者の適正受診に向けた指導」についてなのですが、それと参考資料1とはどのような関係になるのでしょうか。事業概況41ページには、データを解析して、重複・頻回受診の疑いのある被保険者を抽出して、市町村にデータを提供していますというように記載がありますが、そのデータの対象者にこれを配るとのことですか。それともこれは全戸に配って、保健指導をやりたい人が手を挙げて連絡をするということでしょうか。

【給付課長】 対象者の方に郵送をさせていただいております。

【委員】 その対象者というのはどういう方でしょうか。

【保健事業グループリーダー】 私から御説明させていただきます。

この重複・頻回受診者の訪問事業に関しましては、愛知広域では、重複受診のある方、頻回受診のある方、また、重複投薬のある方という三つの条件で再調査の方を選出しております。例えば、重複受診ですと、同じ疾病で2か月連続して二つ以上の医療機関にかかっているですとか、頻回受診ですと、同じ病気で一月に15回以上病院にかかれる方ですとか、そういった条件で対象者を選出しております。令和4年度に関して申し上げますと、約4,000人くらいの方を対象者として選出をしております。

このお手元の参考資料1のリーフレットに関しましては、その4,000人の方に送付をさせ

ていただき、こちらからお電話、もしくは申込み制でもありますので、申し込んでいただいて、訪問がオーケーと言っていた方に訪問させていただくというような事業になっております。こちらは委託で実施をしております、委託事業者のほうからお電話をさせていただいたり訪問させていただくというところでございます。

市町村へのデータ提供につきましては、こういった方が対象になりますよということで情報共有をさせていただいて、例えば、市町村のほうで何らかの形で訪問をされていたりとかする場合は、この事業から除いたりとか、そういった形で重複しないように、効率的に事業が実施できるように市町村とも情報共有させていただいて、その上で訪問させていただいているというような事業になります。

【委員】 ありがとうございます。

そうしますと、この事業概況の41ページのところに記載の医療費効果額というのは、それによって受診者が少なくなって、投薬を重複することがなくなったということの効果としてみているのでしょうか。

【保健事業グループリーダー】 そういった趣旨の効果額になります。

【委員】 はい、ありがとうございました。

【座長】 他はよろしいでしょうか。

【委員】 すみません。

3の「医療給付」の(3)の下の囲みにある医療費総額と医療給付費総額の違いつて何ですか。少し教えてもらっていいですか。

【給付課長】 医療費総額のほうにつきましては、保険適用分を含めた全ての医療費になります。医療給付費総額につきましては、医療費のうち、保険で適用する部分です。

【委員】 この下に書いてある、※の2の内容。

【給付課長】 はい。おっしゃられるとおりです。

【委員】 ああ、そうですか。分かりました。

【座長】 他はいいですか。

保健事業の健康診査事業は、これはまだ糖尿病という言葉が入っているけれども、これは昔のメタボ健診からフレイル健診に移った事業のことと理解していいですか。

【保健事業グループリーダー】 私から説明させていただきます。

おっしゃられるとおり、国民健康保険のほうでは、いわゆる特定健診でメタボ健診はやられているのですけれども、後期高齢者の場合に特定健診に準じた健診を実施するというこ

とになっておりまして、また、国の要綱、補助の要綱などにおきましても、糖尿病等、生活習慣病の重症化を予防するというような目的が書かれておりますので、そういった趣旨で引き続き健診を実施していくというようなことになります。

【座長】 健診率は全然上がってないのですよね。

【保健事業グループリーダー】 そうですね。

【座長】 このくらいでいいと考えておられるのか、もっと上げなきゃいけないと思っているのか。

【保健事業グループリーダー】 受診率の向上に関しましては、まだまだ低い状態ですし、適切に健診などの保健事業を実施する上でも、やはり健診受診率というのは上げていかなければいけないものだというようには認識しております。

【座長】 具体的なアクションはありますか。

【保健事業グループリーダー】 過去の健診受診歴などを分析しまして、受診行動に移しやすい方を抽出した上で、そういった方に未受診者への個別勧奨というような形で個別に通知を送って受診を促すですとか、その通知を送った後に電話をかけたりするなど健診の受診を促すといったところを、各市町村ごとにはございますけれども、実施を推進していくような状況になっています。

【座長】 実績が大事ですので、上がらないとやり方が間違っていないかというように非難されるのでよろしくをお願いします。

他はよろしかったですか。

では、次に移りたいと思います。

「令和6・7年度保険料率の改定について」、事務局の御説明、よろしくお願いいたします。

【管理課長】 (保険料算定の仕組み、保険料改定等について資料2により、国の医療保険制度改革について参考資料1により説明)

【座長】 ありがとうございました。

大変複雑な内容ですけど、丁寧に解説していただきましてありがとうございます。

ただいまの御説明に御意見、コメント等ありましたら御発言をお願いいたします。

はい、どうぞ。

【委員】 2番の保険料算定の仕組みのCの保険料の賦課総額となっているところで、予定保険料収納率は何%くらいでしょうか。

【管理課長】 99.6あたりになろうかと思えます。

【委員】 はい。

【座長】 他はいかがでしょうか。

何か御不明な点等ございましたら、御質問いただければお答えいただけると思えます。よろしいでしょうか。

【委員】 激変緩和措置は、この令和7年度までということでしょうか。

【管理課長】 はい。

【委員】 激変緩和措置についてですが、これのみですか。

【管理課長】 そうですね。一旦7年度までのということ。

【委員】 所得割総額と均等割総額で黄色とピンクで色分けされていますが、比率はこんな感じという意味ではないですね。

【管理課長】 そうですね。例えです。

【委員】 ただ仕切っただけ。

【管理課長】 そうですね。イメージとしては所得割総額のほうが大きいというのは、恐らく間違いないと思うので、それは分かるようには記載していますが、これが正確な比率というわけではないです。

【委員】 割合じゃないんだね。

【管理課長】 そうですね。令和4・5年度の場合ですと、54対46になっていますので、それに近い数字になってくるかなと思えます。令和2・3年度は55対45だったのですけれども、令和4・5年度については、所得割のポイントが一つ下がりました。

【座長】 ご覧いただいている、この参考資料の2はよろしかったですか。

【管理課長】 はい。では少しお時間をいただきまして。

(全国の令和4・5年度の保険料率について、参考資料2により説明)

【座長】 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

はい。では、次に移りたいと思えます。

では、「第3期の保健事業計画（データヘルス計画）の策定について」、また、事務局から御説明をよろしくをお願いします。

【給付課長】 （第3期保健事業計画の策定について資料3及び参考資料1・2により、第3期保健事業計画概要について参考資料3により、素案について参考資料4により説明）

【座長】 ありがとうございます。

たくさんの資料を御用意いただいたのですけれども、今の説明に対して、御質問、コメント等いかがでしょうか。

いいですかね。

先ほど私、健診の受診率の目標を50%、令和11年にしておられたので、数値化が出ているのですばらしいなと思いますけれども、その下に空白のパーセントのところがあるんですよ。目標がまた設定されてない項目が多々あるので、そこは今後、埋められていくのでしょうか。

【給付課長】 はい、準備をしているところでございます。

【座長】 ありがとうございます。

それと、中身は重要な点ばかりだと考えますし、でも、多分メッセージとして、糖尿病重症化、片や低栄養予防、フレイル予防と結構相反するような目標というのがあるので、自治体レベルでどういう形でこれを取り組まれるのか、そのすみ分けをどうされるのか、何か具体的にありますか。

【給付課長】 一体的実施事業の中のハイリスクアプローチのメニューの中に、今、教えていただいた内容が含まれておりますので、それぞれの自治体ごとに特徴を分析しまして、必要な施策の実施をお願いしていきたいと考えております。

【座長】 そうすると、やり方としては、一見ハイリスクアプローチはいいように思いますが、その欠点も多々あるので、どちらかというところ、今のトレンドはポピュレーションアプローチなので、広く、少し浅くなってしまうのですけれども、ポピュレーションアプローチするという取組もぜひこの中に入れていただけるとありがたいなと思います。よろしく願いいたします。

ものすごく盛りだくさんでしたが、いかがでしょうか。

はい、どうぞ。お願いします。

【委員】 いろいろなデータに基づいて事実を確認して、何が重点かと考えておられるので、アプローチとしては非常にいい取り組み方かなと思って聞いておりました。

実は、健診の受診率をこの低いレベルで放置しておいていいのかということに対して、ここ4、5年、ずっと低迷したまま、具体的な状況ができない中で、行く行くは50%を目指すというのは、志としてはいいと思うのですけれども、何をやってそこを目指すのかという、いわゆるシナリオがないことには、多分掛け声だけでは実現していかないと思うので、そう

いう部分を具体的にどうやってやっていくのかという計画の中身をもっと具体化しないと絵に描いた餅になってしまうと思うので、その辺の具体策をぜひ御検討いただきたいなというように思います。

そういうのを実施していく上で、今、近々で言うと、愛知県医師会の先生方に御協力いただいて、いわゆる、かかりつけ医にもう通っているので健診に出なくていいやという人が結構いっぱいいるものですから、そうではなくて、高血圧でかかりつけ医に通っているのだったら、血圧のデータを毎月取っているの、あと足りない項目だけ少し検査して、既存で分かっている項目は転記するだけで、もう特定健診として成り立つというような仕組みづくりを、今医師会の先生方に御協力いただいて愛知県で広めているので、それは健康保険組合の加入者だけでなく、どこの保険者に属している加入者でも共通の仕組みでやれるはずなので、そういうような仕組みの流用もぜひ御検討いただいて。

そうすると75歳以上の人など、かなりの割合でかかりつけ医に通っておられる方がいると思うので、そこへ行ったついでに、足りない項目だけ少し検査して、健診がきちんと成り立って、ほかの病気のリスクがあればすぐ見つかるというような、そういうことがやれば受診率も高まっていき、早期発見、早期対応も可能になると思いますので、少しそういうような具体策でもって状況を考えるようなことをぜひ御検討ください。

【給付課長】 ありがとうございます。

【委員】 はい。

それからもう一点は、同じく健診のところにあるのですけれども、口腔ケアに関して、歯科健診のところは、受診率ではなくて、目標が実施の市町村数とかその割合というようになっていて、これは本当の目標ではないと思って。健診のほうは受診率でやっているのであれば、同じように、歯科のほうも受診率でやれるのではないか。歯科の受診率は、健診を受ければいいのか、あるいは、歯科のレセプトが上がっていれば、それでしっかり対応すればいいと言えいいのか、少しその辺は分かりませんが、口腔ケアを重視するということが分かっている75歳以上の方がどのくらいいてというようなことは把握されながら、その割合が増えていくということをやはり目標として掲げてやっていったほうがいいと思います。市町村数というのは、1人をやっても、この市町村にいる全高齢者が受けていても、どちらも一緒に、「市町村としてやっています。」という言い方のものになってしまうので、それはあまりいい目標ではないような気がしますので、ぜひその辺も意味のある目標設定ということを御検討いただきたいなというように思います。

以上でございます。

【座長】 ありがとうございます。

私も、医師会の先生方と協力関係をつくるというのは大事だと思います。特に後期高齢者の場合、ほとんどかかりつけ医の方がおられるはずなので、その先生と基礎自治体がタイアップをして健診率を高める。先生から少し背中を押してもらおうとか、その辺すごく効果的だと思いますので。

【委員】 いや、全くそのとおりだと思いますね。やはり高齢者、かかりつけ医を持って人多いので、やはりそこを鍵にして受診率を上げてもらうのが一番効果的だと思います。おっしゃるとおり。

【座長】 かかりつけ医の先生が言われると、やはり受けようという気になると思うのですね。

【委員】 それはそのとおりです。

【座長】 ぜひその辺、うまくタイアップしていただけるといいかなと思います。他はよろしいでしょうか。

【委員】 健康診査の受診率ですか。これは極端に市町村によって差があるのですか。

【給付課長】 市町村でございますか。

【委員】 30%以下のところもあれば80%のところもあるとか、どういうことなのでしょう。

【保健事業グループリーダー】 私からお答えさせていただきます。

今、30%未満の市町村は、大体7、8程度ございまして、最高が65%前後でございます。そういった意味では差はあります。

【委員】 そうすると、その市町村の取組で、率のいいところが参考になるとか、そういうことはあるのでしょうかね。

【保健事業グループリーダー】 そうです。特に率の高いところ、今、お話も出ていましたとおり、かかりつけの先生などから声かけがある、積極的に行われているところは高かったり。もともと平成20年まで行われていました住民健診の時代から受診率が高かったところは比較的高いというような傾向もございますので、そういった意味では、先ほどからもお話出ていますとおり、かかりつけ医の先生方からお声がけをいただけるという点は非常に大きなところかなというようには考えております。

【座長】 ありがとうございます。

よろしかったでしょうか。では、次に移りたいと思います。

次は、「マイナンバーカードと健康保険証の一体化について」。

では、事務局のほう、よろしくお願いします。

【管理課長】 (資料4、参考資料により説明)

【座長】 ありがとうございます。

この「マイナンバーカードと保険証の一体化について」、御説明いただきました。御質問、コメント等いかがでしょうか。

なかなか難しいところがあると思います。

委員、どうぞ。

【委員】 先ほど別紙のほうでもマイナンバーカードと保険証の一体化のメリットというように御説明もいただきましたけれども、マイナンバー保険証で受診すれば、過去の健診の履歴も分かるわけで、かかりつけ医の先生が、「あっ、最近健診受けてないんだね」とかいうことが分かれば、先ほど申し上げたように、「ここで健診受けたらどう」というようにお医者さん側からも勧めていただけるし、それから、2つ目にある重複投薬とか併用禁忌の防止もできる。

冒頭のほうでも、複数の病院に同じような病気がかかっている、そういうことがマイナ保険証で一新すれば分かる話なので、これも、そういったところで医療機関サイドから、あるいは薬局サイドから重複投薬を防ぐこともやっていける。今は患者さんに対して、そういうことをやめてくださいという呼びかけだと思いますけれども、医療機関サイドからそういうことが防げるということは非常にメリットだと思うので、基本的にはマイナンバー保険証を積極的に使いましょうというように保険者としては加入者の皆さんに働きかけていくというのが本来ではないかなというように思うので、先ほど資料で右下の5番のところで、来年また保険証一斉更新するのはいいのですけれども、そのタイミングで本来は全加入者に可能な限りマイナ保険証で受診するよということ強く推奨するくらいのプランを立てるほうが本来ではないかなと個人的には少し思いますので、意見として述べさせていただきました。

以上です。

【座長】 ありがとうございます。

他はよろしいですか。

あと、愛知県医師会のほうとしては何か会員の皆さんからの意見とか何かございますか。

【委員】 いや、特にないですね。皆さん、粛々と顔認証付きカードリーダーを申込みされて、大体入れるべき先生たちは、もう大体入れられているという状況で、粛々と進んでいるという状況です。

【座長】 歯科医師会からはいかがですか。

【委員】 特に。できるだけということで、どんどん進めているところでございます。

【座長】 はい。

薬剤師会のほうは何かありますか。どうでしょうか。

【委員】 薬局のほうは普通に最初の立ち上げの方はよかったですね。そのまま特に問題なく進んできたなと思っています。一時不祥事があったり、利用率がぐっと下がって、いわゆる利用者のほうから提出されなくなったということがあって、その後、まだ肌感として戻ってないような状況があるので、その辺が少し気にはなっております。

【座長】 保険者団体とか被保険者さんの委員の皆さんから何か、御懸念とか何かございますか。不安なこととか。もしありましたらどうぞ。遠慮なく。

特にそういう話もあまりお耳に入りませんか。他の皆さんからそういう話はないですか。

【委員】 はい、特にいいです。

【委員】 いいですか。

【座長】 はい、どうぞ。

【委員】 お医者さんにセカンドオピニオンだったかな。ちょっと他の病院で同じことをかかってみたいなというときがあるのですけれども、先生方ってそういうのは嫌がるのですかね。

【座長】 でも今はもう病院としては、それがある程度システムになっているので。

【委員】 あっ、そうですか。いや、そこところがマイナンバーカードになるとみんな分かっちゃうわけですね、どこの病院にかかって、誰が診察したかっていうこと。

【座長】 なるほど。でも、セカンドオピニオンを求める場合は、前の先生の、やはり資料を求められますので、自分の主治医の先生の了解は絶対得なければいけないですよ。そうでないと、2回同じ検査したりしなければいけないので、必ず元の先生の御意見を聞いて、あと資料も、セカンドオピニオンを受けたいから資料を用意して向こうに送ってくれとか、用意してくれということはおっしゃらなければいけないので、当然元の主治医の先生は分かることです。今それを、そんなこと知らないとか、そういう先生はまずおられないと思いますので。

【委員】　　そうですか。

【座長】　　ええ。

【委員】　　なかなか言い出せないのですね。

【座長】　　いや、今はもうそれが当たり前という形には私はなっているというように認識していますが。

【委員】　　セカンドオピニオンというのは、前の先生のところで作った資料を持ってかかるのをセカンドオピニンというのです。それは患者さん御自身が、今かかっている先生にセカンドオピニンを受けたいという意思表示をすると、その先生が、「あっ、分かりました。資料を用意しますね」と言って調べてくれる。

【委員】　　その辺が言いづらいのですよ。

【委員】　　それが言いづらい人は、わざわざセカンドオピニオンとか言わなくて、自分で勝手にほかの病院へ行ってしまえばいいのです。それは患者さんの権利としてあるから。開業医の先生のところに行くのは、別に初診料7,000円余分に取られませんので、自分で好きな先生のところに行って、前にかかっている先生のこと内緒で、新たに受けたって別にそれは患者さんの権利としていいのです。ただ、1からまた最初に検査を受けなきゃいけないので、それは患者さんにとって不利益なことかもしれないけれども、全く新たなところで、今かかっている先生とはちょっと馬が合わないから、他の先生にかかりたいというのは、別に患者さんの権利としてありますから、それはやっていただいてもいいけれども、あまりあっちもこっちもの開業医さんのところに行くというのはあまりお薦めはしないですが、そこだけをお気をつけていただきたいと思います。

【座長】　　委員が言われた、結構割と大きな病院は、紹介状を持っていかないと初診料をすごく取られますので、やはりかかりつけ医の先生から紹介状をいただくと、その費用は発生しないので、そこだけは気をつけられたほうがいいかなとは思いますが。窓口には必ず書いてあったり、ホームページには書いてあるので、それだけ少し気をつけられて行ったほうがいいかなと思います。

　　他はよろしいでしょうか。

　　マイナンバーカードの医療のいわゆる電子化とかデジタル化というのは日本は大分遅れているようですので、やはり方向性としてはそちらの方向に行くというのが普通の方かど。医療の発展と、あとはリスク管理の上でもいいかなと思います。

【委員】　　なかなか一般には理解されてない部分が非常に多いような気がするのです。

【座長】　　そうですね。特にこの間、誤入力とか、間違っただ人のデータが自分のところに入ったり、逆に自分のデータがほかの人のところに行ってしまったたり、そういうことがあったので、かなり不信感を国民の皆さん持たれているというのはもう間違いないと思いますけれどもね。

あとは、もうやはり電子化ということに対する抵抗感は、やはり特に後期高齢者の方はどうしてもありますよね。

【委員】　　はい。

【座長】　　それはもう本当に全くそのとおりだと思いますね。ある程度並行してやっけていかざるを得ないところもあるかなと思います。

ありがとうございます。

ほか、御意見、コメント等よろしかったでしょうか。

では、少しだけ早いですけれども、いい時間になりましたので、委員の皆様にはたくさんご発言いただきまして、ありがとうございます。また、議事の進行にも御協力いただき、円滑にできたかなと思います。

では、事務局にお返しします。よろしく願いいたします。

【総務課長】　　皆様、長時間にわたり、ありがとうございました。

頂戴いたしました御意見につきましては、今後の当広域連合の事業の参考とさせていただきます、今後とも後期高齢者医療制度の運営にしっかりと取り組んでまいりたいと思います。

また、本日の議題に関することやそれ以外でも構いませんので、後期高齢者医療制度に関する御質問、御意見などがございましたら、またぜひ遠慮なく事務局のほうにお尋ねいただきたいと存じます。

なお、次回は、来年3月に第2回の懇談会の開催を予定しておりますので、よろしく願いいたします。

本日は誠にありがとうございました。

— 了 —