

第15回 京都府後期高齢者医療協議会 会議録

(日 時) 平成28年11月29日(火) 午後1時30～午後3時12分
(場 所) メルパルク京都

(出席者) ○京都府後期高齢者医療協議会委員(50音順)

今中会長 黒川副会長

上條委員 宇野委員 廣田委員 眞下委員 三井委員

山上委員 山本委員 米林委員

(欠席: 山内委員 柏木委員)

○京都府後期高齢者医療広域連合

岡嶋副広域連合長(事務局長)

藤田事務局次長 荻野会計管理者 宮本業務課長

野々口総務課担当課長

ほか事務局員

1 開会

岡嶋副広域連合長挨拶

2 議題

(1) 後期高齢者医療制度の運営状況について

(資料1～8)

後期高齢者医療制度の運営状況について、資料に基づき事務局から説明。

○質疑の概要

収納率について

(委員)

滞納繰越分の収納率は30%程度で、年々2ポイントずつ伸びている理由は何か。

(広域連合)

例えば市町村において差し押さえをしているところもあり、納付指導を徹

底している中で上昇している。

現年度分は今年度若干下がったが、一貫して99%を超える高い収納率となっている。

納付されなかった分が翌年度以降の滞納になるので、そこを納付指導している。

各項目の全国的な比較について

(委員)

医療給付費や保険料収納率、健診率について、全国と比較して京都はどうか。

(広域連合)

医療給付費については、全国より高いと言われている。

保険料収納率については、26年度が99.26%で、そう大差はない。

健診率については、26年度は全国が26%で、これに比べると低い。

(委員)

特に健診率はかなり低いので、その辺の理由をまた聞かせてほしい。

(委員)

市町村ごとの被保険者数や給付費のデータがあり、健診についても市町村によってかなり違うことが分かるが、京都市は12%と、人口も大きいので全体を引き下げていると思われる。

給付費についても、一人あたりかなり違っており、低いところは64万円、高いところは100万円と、色々な理由があると思うが、事務局としてはどのように考えているのか。

(広域連合)

推測であるが、一般的に医療機関の偏在や、健康に対する意識も考えられる。しかし一概に南部は高く、北部は低いということでもない。

笠置町や和束町など、被保険者数が少ないところは高い傾向にある。人口が少ないと、割り戻すと一人当たりが高くなる傾向がある。

(委員)

保険料は市町村同じになったと思うが。

(広域連合)

26年度・27年度の料率の設定から国の制度がなくなったので終了している。

(委員)

国保で保険料が標準化したときに、(保険料を)払うのと(医療を)受けられる量の違いが府全体で出てくるかもしれないので気になっている。

一方で人口が少ないところは、医療費が高い人が何人かいるとそれで上がったとか、数値が安定しないということもあると思う。

給付の適正化について

(委員)

給付の適正化についてここで気をつけてほしいのが、不正と不当を大分混同されているようだが、意味が違うのできちんと峻別していただきたい。

返還金は保険者審査をして、そこからの返還がこれだけということか。

(広域連合)

一部国保連に委託している。審査の過程で発見し、相談できる場合はその場で相談し、それを除いたものがこちらの金額になる。

(委員)

つまり保険者審査をした結果ということか。

(広域連合)

そのとおり

歯科健診について

(委員)

歯科健診について、成人歯科健診の実施市町村からの実施増については、この成人歯科健診と後期高齢者の健診は全く似ても似つかないものであり、また成人歯科健診の実施率も低く、そこからもっていくにも、ほぼゼロからゼロに持っていくしかないので、もう一考していただきたい。

(広域連合)

記載している意図としては、市町村の実施策や方向性の問題もあり、施策の中で後期高齢者の分だけをやるというのは難しいので、こういう表現となる。

いただいた意見についても参考として、市町村との調整を進めていきたい。

(委員)

実は書いていただいているだけでもありがたい。よろしくお願ひしたい。

(委員)

基本的な質問であるが、委員の話の中であつた、健診の成人と後期高齢者の違いとは、具体的にどういふものか。

(委員)

成人歯科健診は主に歯周病健診がメインになっている。後期高齢者は歯周病健診も大事ではあるが、いわゆる口腔機能であり、義歯がちゃんと機能しているか、咀嚼できているか、誤嚥誤飲の癖はどうかなどの肺炎予防である。

よつて健診する部分も病態の違いからターゲットが変わつてくる、例えば成人の歯周病健診は無歯顎の人は該当しないが、後期高齢者では無歯顎の人が重要なターゲットとなる。8020運動の達成率が70%で、今は有歯顎の高齢の方も多いので、もちろん歯周病予防も重要であり、こうしたことから「似ても似つかない」といふ表現を用いたものである。

(委員)

歯科健診や口腔機能について、医療界で重要度が上がつてきていると思う。現在8ページにあるのは歯科健診が2町になっているが、誰が何を努力したらいいのか。

(広域連合)

中々単純にどこがといふのは難しいと思うが、今現在、歯科医師会とも相談しながら、実施市町村を増やせないかと進めているが、市町村にも重要度の理解を高めていくなど、地道な努力が大事であるとする。

(委員)

市町村が理解してやろうと決めたらよいか。

(委員)

ここにはないが、市町村が独自に協力をいただいて歯科医師会に「こういう形でやりたい」と舞鶴市が今年度手を上げていただいているが、その中に色々な問題がある。

健診の委託を受けて歯科医師や歯科衛生士の派遣はいくらでもできるが、健診はやりっぱなしでは意味がなく、その大事なデータをどのように活用し

て、個別の方々の健康の増進にどう寄与していくかということが大事になってくる。その事務をどこがやっていくのか、例えば舞鶴市だけならば府歯科医師会でそのような事務も代行できるが、府全体で考えると不可能である。

目標である26市町村全部をやっていこうとすると、それぞれの市町村が事務の代行までをやっていただいて、データの整理をしていただくまで踏み込まないと、健診の事業が中々成り立たず、そうすると各市町村の重荷になって動きにくい。

今、乙訓の医療圏では「健康長寿のまち」と宣言しているところが、やってみようかと徐々に出てきているので、そういったモデルで広がっていけばありがたいと思う。

(委員)

事務局的な機能を府の中でどこか一か所がもって、そこに後期高齢者医療保険制度からお金を払ってという単純なわけにはいかないか。

(委員)

それができたらありがたいし、お願いしたいが、そこまで振ると怒られる。

(広域連合)

市町村にお願いしてきている経過もずっとあり、それぞれの市町村の取り組みに大きく期待するところが大きい。補助裏の問題、体制の問題もあり、まず整理しないと進まない。ご意見を踏まえながら進めていきたい。

(委員)

体制整備というのはどこがするのか。

(広域連合)

市町村も健診の窓口と保険の窓口が違うなど、色々なバラつきや意識の違いも当然あるので、我々や医師会の意見も頂戴しながら進めていきたい。

中々進まないのは財政や体制の問題があったり、一気に進まない実態がある。

(委員)

例えば市町村ごとに努力するというのは非常に大変なような気がするので、1か所、府の未病センターなどにそういうのをつくってもらって、データを集約したりフィードバックしたりはできないか。

多分個々の疾病データをどう扱うかとか、ややこしいと思うが。

(委員)

仰った未病センターを立ち上げたので、データヘルスということで分析を一括してできるような取り組みを進めており、一足飛びには難しいが、今までなかった取り組みを始めようとしているので、そういう成果を活かしていけたらと思う。

先ほどから歯科健診が中心であったが、健診事業は本当に過去からの非常に大きな課題であったが、保険事業が基本的に市町村に主体が移っている中で、府としても後期高齢者医療制度ができた時から、色々な支援をしているが、中々成果が上がってこないという中で、財政的な裏打ちもいつまでも、というのは難しくなっている。

今年度からデータヘルスということで、本当に保健指導の必要な方に市町村が直接指導できるような支援をしており、これまでの長い経過の中で、より実効のある取り組みに移ってきている状況である。

高額療養費について

(委員)

資料6 ページの高額療養費というのは、一定以上の負担が免除されて制度から払うというものか。

(広域連合)

個々の被保険者により異なるが、一定の基準を超えたものについて療養費を支給する制度である。

(委員)

例えばそれなりの手術をして入院するとすぐ超えて、保険者側が負担することになると思うが、高額療養費として給付しているのは全体の給付費のうち、どれほど占めているのか。

(広域連合)

27年度の給付総額全体に占める割合は、およそ4.6%程度である。

(委員)

それほど多くはないね。

(委員)

高額療養費制度の比率も金額も低いということであったが、低所得者の給

付と高額療養費の給付が混同されていないか。高額療養費は所得に関係なく、高額部分に給付されるものと認識しているが。

(広域連合)

言葉が足りなかったが、限度額というのがいわゆるそれぞれの被保険者の所得に応じて変わっており、例えば外来であれば現役並み所得の場合、自己負担の限度額は4万4,400円となる。

(委員)

高額療養費というのは、100万円なら100万円を超えた一定の手術とか、超えた部分に給付されるのが高額療養費で、今のは低所得者への減免であり、別制度であると思うが。

(広域連合)

高額療養費制度は申し上げた通り、収入だけに限らないが世帯の課税、非課税であるとか収入により、負担限度額があらかじめ定まっている。

医療費の一定額以上払われると、その差額が被保険者に還ってくるなり、場合によっては限度額認定証を持っていれば、その額が上限で止まる仕組みである。

委員が仰っているのは、先ほど予算のところの説明したように、400万円を超えたレセプトを200万円を超えた分を皆で共同してやろうとって仕組み立てはあるが、一般の方が高額療養費の制度を考えると、今説明したような内容である。

ただ医療機関が実際に請求する中での、特に高額なレセプトのことを仰っているのであれば、また別の仕組みのものとする。

先ほどの質問は、一般的な高額療養費に係る内容であったと思う。

(委員)

それにしても少ないと思ったからである。

(広域連合)

後ほど医療制度改革の中で説明するが、70歳以上と現役世代では、自己負担限度額の負担割合に差があり、70歳以上と以下でかなり異なってくる。

例えば低所得者、80万円以下の年金しかない場合、1か月の窓口負担の上限額が非課税だと8,000円程度であるが、普通3万5,400円からスタートするとか、市町村国保で一番収入が低く多数該当であればもっと下がるが、そうでなければ3万5,400円からスタートする。

その辺に大分開きがあるといういことで、低所得者の分は別として、もう少し上のランクの基準の見直しをしてはどうかということで、国の社会保障審議会医療保険部会等で、与党も含めて議論しているところである。

返還金について

(委員)

資料6ページの返還金の中で、2,600万円を不正請求した施術師を告発したとあるが、このお金は回収したのか。

(広域連合)

現時点で800万円程度の返還があり、残りの分について返還に係る相談をしているところである。

負担割合について

(委員)

自己負担が1割だった者が、現役並み所得であれば3割と、一挙に3倍の負担になるわけだが、この3割負担になってどんなことが起きているのか。

3割分払うことですごく負担になっていないか、或いは先ほどの返還金のところのもあったが、古い保険証を提示したというのが以外と多いなという印象があるが。

(広域連合)

保険証を提示しているというのは別として、3割については、元々2割の時代があったりとか、今70歳以上で75歳までは従来1割であったのが2割になったりしてきている。

3割というのがどういう人かということ、資料の18ページが一番分かりやすいと思うが、見直しの視点があり、70歳以上の現役並みというのは370万円という収入が記載されており、3割で外来というのが出ており、論点の上のほうで69歳までの370万円も当然3割だが、例えば高額療養費の限度額は5万7,000円を超える額になっており、若干低めに設定されており、加えて外来だけで4万4,400円という上限が設定されており、同じ370万円でも69歳以下と70歳以上では若干の差が設けられている。高齢者ということで、国の考え方で一定配慮がなされていると思われる。

先ほどの保険証を間違えて提示ということについては、これはよく質問されるが、確定申告されるけども遡って税が更正されるということが何パーセントの確率で起こり、それは1年に限らず2年、3年と時と場合によって遡ることもある。

窓口で一旦、一割を負担したということであっても、例えば2年後とかに遡って1割の負担が3割になるような収入を実は得ていたということになると、それは1割を3割にしなければならず、そうすると2割分不足してくるので、その分を改めて被保険者に広域連合が請求する流れになる。

その分について一括で払えない方、分割で払う方、そういった方の相談をしていく中で、こういう不足分が生じてくる。

もう2年も経っているので、医療機関にその分を取ってくれということは実際できず、我々が事務的に処理している。

後発医薬品について

(委員)

皆さんお金のことを言っているが、そうするとお金を節約することも考えないといけないのではないか。

後発品の利用度は55.4%と書いてあるが、平成20年の国の目標が80%である。薬剤師会は、機会あるたびに言っているが、もっともっと後発品を促進してもらおうように、特に国保連合会は赤字にも関わらず、首長に会えばいつも言っているが、「医療機関はそんなのはだめだとよく出ていますよ」と、そういうことを機会あるたびに申し上げているが、皆さんお金の要ることばかりを言っているけども、せめて利用度55.4%ではなく、国でも80%と言っているのだから、少なくともこの辺については積極的にやりましょうというアピールをやらしてもらわないと。いつまで経ってもお金はないけど、負担したくない、やらしてもらわないと困るというような話だが、それならこのところをもっともっと考えていくということ。まず最初の元が無い袖を一生懸命振れ振れと皆さん言っている感じだが、それならそれがもう少しあるような活動をもっと積極的にやらしてもらわないとダメではないか。

まあこう書いてあるからいいと思っていたが、皆さんずいぶんお金の要ることを言うのであれば、せめてこの節約することに関してもっと積極的にやらしてもらわないと、いくら何を言っても「無いものは無い」と言っておしまいである。

薬剤師会は色々なところにそれを申し上げている。したがって、55.4%ではなく、75%か80%ぐらいに2年ぐらい先にはそうしますと。特に国保連とか、実は健保組合もそういうことに関しては「そうです」と言っているけども、いざこういうところになると発言が弱くて、それが一方ではいろんなところから「こんなこともやって、あんなこともやって」と言っていて、やれもしないことを「やって」と言ってもどうしようもない。ここをまず、もっと使用を増やすアピールをやっていただきたい。

(委員)

今はお金を使う話ではなく、負担について話をしていたものであり、使う話ではなかったとご認識していただきたい。

後発医薬品を使うというのは大変重要で、今診療報酬上のインセンティブもちょっとあって、かなり上がってきているとは思いますが、55.4%というのは都道府県比較ではどうか。

(委員)

下位のほうである。一番多いところが沖縄県で、70%を超えている。京都はどうもその辺は奥ゆかしく、割と下位のほうである。

(委員)

今かなり各都道府県で変化が起きている時期なので、いずれ京都も沖縄並みになるのではないかと。

(委員)

そのように言うておられるので、多分そうなると大いに期待する。PRは重要である。

(広域連合)

これまでから、ことあるごとにジェネリックのカードを同封するなりしているが、現実的には一気にとはいかないものであり、引き続き努力していきたい。

(委員)

薬に関しては、最近たくさん薬を処方するとか、異なる医療機関に掛かっている場合、重複して薬が出されている場合もあるので、それをどのように減らしていくかということで、医師会、薬剤師会、歯科医師会協同でおくすり手帳の普及をはかられているので、段々とそういう重複も減っているのではないかと思うが、そのあたりで変化は今は特にないか。

健診について

(委員)

健診について、一般に健診を受けるときに後期高齢者の場合、診療所に元々かかっている場合もあると思うが、そういう場合にまた全身をチェックし直すということで意味があると思うが、診療所でも健診できる市町村とできない市町村があるが、健診をするとき市町村がやっている場所で健診をやると

いうのも一つの手であり、もう一方で日頃かかっている病院で健診をやってもらうと、後者のほうが便利だと思うが。

(広域連合)

市町村によって様々な形態があり、市町村によっては集団のみの健診をやっているところもあり、個人の診療所を指定して、それと並行して集団健診をやっているとか、後は個人診療所のみを指定してそこで受けるとか、市町村によって様々な形態があると聞いている。

またそちらのほうが、結果的に受診率にも一定反映していると考えている。

(委員)

診療所で受けられるところのほうが健診率は高いのか、おおよその傾向として。

(委員)

歯科は個別健診は断然低い。ある程度集団検診のほうが実施率ははるかに良いというデータが出ている。

(委員)

例えば京都市では個別でもやっているが、見ていただいたら分かるとおり、こういう数字であり、それはあまり関係ないと思う。

(委員)

あまり関係しないということか。

(2) 後期高齢者医療制度の動向について

(資料9)

後期高齢者医療制度の動向について、資料に基づき事務局から説明。

○質疑の概要

特になし

(3) その他

○質疑の概要

(委員)

色々のご説明があったが、協会けんぽ京都府支部の傾向も、全国に比べて、健診については被扶養者で低い。

あと柔整や鍼灸も、これは近畿全体に言えることだが、全国に比べ断トツに高い。京都も高さでいうと一人あたりの利用金額が全国で3番目ぐらいである。

それからジェネリックは全国で見るとやはり後ろから4番目、5番目という傾向である。

何か地域性というか、そういうものが多分あって、現役世代が将来後期高齢者に移行されるので、現役世代にも広報していき、色々な理解を深めてやっていくのも重要だと再認識した。

あわせてジェネリックなどは何か連携して一緒にセミナーをすとか、健診に関しては共同でホストをつくっているが、やはりちょっと地域性のようなものを感じているので、現役世代から将来につながるようになっているので、何か協力できることがあれば、これからも進めていきたいと改めて痛感したところである。

(委員)

27年度の海外療養費の不支給というのは何か。

(広域連合)

保険適用外の診療であったもの。

(委員)

海外療養費について申請数は増えているのか。

(広域連合)

26年度と27年度の比較では、特段大きな変化はない。

75歳以上の保険ということもある。

3 閉会

岡嶋副広域連合長挨拶