

第20回 京都府後期高齢者医療協議会 会議録

(日 時) 令和2年1月21日(火) 午後1時30分～午後3時00分
(場 所) メルパルク京都 スタジオ2

(出席者) ○京都府後期高齢者医療協議会委員
今中会長 黒川副会長
糸井委員 大八木委員 片岡委員 高城委員 野木委員
原田委員 吉岡委員(50音順)
(欠席:小柳津委員 柏木委員 山本委員(50音順))

○京都府後期高齢者医療広域連合
堀口広域連合長
渡辺副広域連合長(事務局長)
藤繁事務局次長 中川会計管理者 孝治業務課長
長谷川総務課担当課長
ほか事務局員

1 開会
堀口広域連合長挨拶

2 議題
(1) 保険料率の試算状況について

(資料1～6ページ)

第7期(令和2・3年度)保険料率の現時点における試算状況について、
資料に基づき事務局から説明。

○質疑の概要

保険料の増減要素と財源について

(委員)

3ページの保険料改定による影響の表に、増要素、減要素とあるが、それぞれ1ページのフローのどの部分に対する説明になるのか。

また、保険料軽減措置とあるが、軽減された保険料の補填は国からなされ

ているのか。

(事務局)

3ページの保険料改定による影響の表は、この増減要素によって全体が引き上がるもの、引き下がるものと、この施策の適用により当該個人の保険料が上がるもの、下がるものが混在している。

例えば、後期高齢者の負担率、審査支払手数料、診療報酬の改定については、全体が引き上がる要素である。一方で、軽減特例の見直しについては、軽減特例を受けている被保険者（全体の4割強）にとっては保険料の増要素となり、手厚かった軽減特例が薄くなる。軽減特例は、国が税金を投入して保険料を下げてきたものだが、今回の見直しで国費がなくなり原則である法定軽減になるため、その分が被保険者の負担となる。

減要素については、軽減措置を受ける方の基準が広がるもので、その方については保険料が軽減される。

(事務局)

法定軽減（7割、5割、2割軽減）は、府と市町村で負担するとなっており、軽減特例（8.5割、8割軽減）は、法定軽減（7割）の上乗せであり、その差分は国の財源である。

(委員)

この資料を見ていると、一番重要な要素は、1ページの③保険料必要額がどれだけ増えるかということだと思う。この点が、2ページの1人当たり保険料に影響してくるところである。そういう意味では、3ページの増減要素には、全体の増減に影響を及ぼすものと、各個人に影響を及ぼすものと混在している。そのため、3ページの増減要素には、混在しないほうが分かりやすいと思う。

(事務局)

次回から書き分けを工夫したいと思う。

1人当たり保険料について

(委員)

第7期は1人当たりの保険料が86,866円となる見込みとのことであるが、最終的には、京都府にて協議中の財政安定化基金がいくら投入されるかによって変わってくると思う。そこで86,866円というのは、1年当

たりの金額なのか、2年間の金額なのか。

(事務局)

1年間で86,866円であり、2年間同額である。

(委員)

そうすると、月額7千円程度になる。

人間ドックの廃止と保険料について

(委員)

3ページの保健事業に要する費用について、前回の会議では、令和2年度でやむを得ず制度廃止、令和3年度にはこれがなくなってしまうとのことだった。人間ドックを見直すことで、広域連合が求められるのは個人に対し健康管理を委ねられるようなことを促しているのかを確認したい。

人間ドックが廃止となると、医療にも大きく影響してくるだろう。その影響はどこで賄うのかと考えると、最終的には保険料に影響が出ることも考えられる。そこで、今後の方向性と、令和2・3年度の2年間同額の保険料が、年額86,866円ということだが、令和3年度には人間ドックが廃止になるので、当然その分保険者の費用負担が上昇傾向になると思うが、そこまで計算されてこの金額になっているのか。

(事務局)

次の議題でも取り上げるが、人間ドックそのものは、疾病の早期発見早期治療を目的に実施されているもので、個人が医療機関に人間ドックにかかったときに、その費用の一部(約7割)を負担する制度である。これがなくなるとどうなるかという点では、無料で受けられる制度として、基本的な検査項目をカバーする健康診査、歯科健診があるので、これで疾病の早期発見早期治療をしていただき、そこで得られた結果を保健指導に結び付けていく取組に力を入れていきたいと考えている。人間ドックを自費で受けるという手段もないわけではないが、当広域連合としては、健診受診率を上げ、そこから得られる結果を保健指導に生かし、まずは本人に健康になっていただこう、その結果として医療費の適正化が図られればと考えている。

人間ドックに係る費用については、市町村への費用助成を純粹に計算し、そのコストをそのまま令和3年度については計上しないとしている。人間ドックがなくなった結果、被保険者の受診行動がどのように変わって、それが医療にどう影響がでるかという細かい積算まではできていない。

(2) 保健事業実施計画（第2期）の中間見直しについて

(資料7～9ページ)

保健事業実施計画（第2期）の中間見直しについて、資料に基づき事務局から説明。

○質疑の概要

服薬相談と人間ドックから健康診査への移行について

(委員)

2点質問する。9ページの参考④訪問服薬相談の取組について、薬剤師会と最終調整中で来月から実施予定とのことだが、府内1か所のモデル地域で、条件もあるので、対象者は少ないと思うが、どのくらいの数を予定されているのか。

次に、人間ドックについて、国の制度見直しもあると思うが、廃止していく方向性で前回も聞いていたが、数としては多くはないが、一定利用されていた方もあるので、市町村や利用者から何か意見はあるのか。

(事務局)

訪問服薬相談の対象者は、年度末に差し掛かる時期でもあり、3～4人を想定している。ただ、この取組は、フレイルや重症化予防と異なり、各市町村がなかなか手の出せなかった分野であり、ここを広域連合が、薬剤師会と協議、相談しながら、まずは一歩踏み出したいということで進めている。対象者を広げていくという取組もいずれは必要になってくるが、今は手探りの状況で始めて、そこで得られたものを次の改善に生かしながら、ある程度形になったものを市町村に繋いでいけたらと考えている。

人間ドックについては、府内で7,700人程の利用がある。京都市内は4千人程度で、申込者はその倍の8千人以上であり、抽選に漏れた方には健診のご案内をさせていただいている。従来あった制度がなくなるので、問い合わせはこれからあると思う。来週、市町村担当課長会議があるので、混乱がないように、市町村でしっかりと対象者や医療機関へ説明していただくよう協議を進めていく。なお、当広域連合としては、健診からフレイル、重症化予防へ繋ぐ取組に注力すべく、限られた財源、体制を向けていきたいと考えている。

(委員)

薬剤師会だが、現在、広域連合との取組を進めるとともに、京都府とも重複投薬の取組を行っている。その中で、9ページにある対象者の選定というのが非常に難しい。京都府は、20種類以上の薬の処方というのではなく、複数の医療機関から同一成分の薬を処方されている方を対象として事業を進めている。しかし、同一薬効であればもっと件数が増えるということもあり、再来月に事業評価をする多職種との意見交換会があるので、そこでの評価も踏まえ、広域連合の事業も、来年度に向けてブラッシュアップさせていただきたいと考えている。

(委員)

服薬相談についてだが、これは本人に対する指導とのことだが、お薬手帳もあることなので、必要以上に処方されている薬を削減するのだということであれば、同一成分、同一薬効の処方をしている複数の医療機関にも調整する等、医療機関との連携があってはじめて今後の広がりがみられるのではないか。

もう一点、人間ドックと健康診査について、人間ドックを受けている人が2.2%、健康診査の受診率が22.1%なので、人間ドックを廃止し、健康診査への移行を促したとしても微々たるものである。そもそも健康診査を受けていない人へどのようにアプローチするのかを教えていただきたい。

(委員)

医療機関との連携調整ということだが、この事業を通じ、薬剤師がまず患者に服薬状況を確認させていただく。お薬手帳は、全員が携帯しているわけではないので、医療機関を受診した際にきちんとお薬手帳の提示ができていれば医師が判断できるが、必ずしもそうではないので、まずは薬剤師が患者に服薬状況等を確認した上で、これは医師に相談する必要があるとなれば、当該薬局が医療機関と調整させていただく場面も出てくるかと思う。

(事務局)

人間ドックには枠がある。一方、健康診査には医療機関における個別健診と集団健診があり、健診には枠がないので、来ていただければ健診を受けていただくことができる。そのため、人間ドックからの移行を受け入れる体制はできている。そもそも、健診に来られない方に対して、しっかりと意識喚起を行い、できるだけ健診に来ていただけるよう、各市町村の方で国保と一緒に取組はしていただいているが、現状は5人に1人というところである。一方で、以前にもこの医療協議会でご指摘いただいた内容として、後期高齢

者の方は8割が何らかの医療にかかっているため、その医療機関で医師の診断を受けている。何も医療を受けられていないという状況にある方は少ないと思われるが、年に1回の全身の基本的な部分をチェックする健診は、重要であるから、市町村と連携し力を入れて取り組みたい。

7ページに、国保からの連続した取組について記載しているが、新しい取組は、健康状態が不明な高齢者の把握、必要なサービスへの接続である。これは、健診を受けていない、医療も介護も受けていない、健康不明者が一定数存在するので、ここへ自宅訪問等のアプローチを図り、健康状態を把握した上で必要があれば健診、医療、介護へ繋いでいくというものである。この取組も市町村とともにしっかりと進めていきたいと考えている。

(委員)

健康不明者というのは、健康とは限らないだろうが、健康状態が良くない人が多いのか。

(事務局)

医療に一切かかることなく、他と交わることなく自立されている方もいるだろうし、アウトリーチと呼ばれるが、必要な手を差し伸べることができていないために、不健康な状態になっている人もいるかもしれない。そのことが分からないので、それを分かるようにして必要な方にはアプローチをかけていこうということである。

一体的実施の人員配置・財政措置について

(委員)

8ページに、一体的実施に係る人員配置・財政措置について記載がある。それぞれ重要な役割だと思うが、企画・調整等担当を市町村毎に1名、地域担当を日常生活圏毎に事業量に応じて配置というのは、何人程、人件費はどれくらいを見込んでいるのか。委託料であるから、後期高齢者医療の予算から支出するのか。

(事務局)

企画・調整等担当は、KDBを活用しながら健康課題を明らかにし、ターゲットを抽出して地域担当へ伝える重要な役割である。市町村毎に1名の配置であるから、26市町村で26人の配置となる。なお、1人当たり人件費の上限は580万円である。上限を超えるところもあるが、上限までの部分については全額を当広域連合で予算措置するが、3分の2は国費で賄われる。

なお、地域担当は、日常生活圏毎に上限400万円である。

(委員)

かなり難しい役割だと思うが、人材はどこから見つけてくるのか。

(事務局)

企画・調整等担当は、庁内の部署間を跨いでの連携や、医師会・歯科医師会・薬剤師会などの庁外の機関と連携する必要があり、スキルが要求されるポストである。市町村の現役職員をこのポストに充てるというのが今の状況では一番多い。いきなり雇用して、いきなりこのポストというのは難しいので、その市町村でネットワークを築いてきた方にこのポストを担っていただくという方向で進んでいる。

(委員)

地域担当者についてはどうか。

(事務局)

これについては、市町村の担当者が行く場合もあれば、いわゆる雇い上げとして管理栄養士に来ていただく等、必ずしも直営でなくてもいいが、自前で用意できるスタッフと、庁外を含めて連携を図りながら地域にアプローチをしていくことになる。

(3) 広域計画の改定について

(資料10～15ページ)

広域計画の改定について、資料に基づき事務局から説明。

○質疑の概要

改定時期について

(委員)

広域計画は4年毎に改定するのか。

(事務局)

そのとおりです。

その他全体を通じて

(委員)

ハイリスクアプローチに一步踏み出されたということは大変ありがたいと思う。大変な準備、困難を伴うことだと思うが、健康には、身体と同時に精神的な面もあり、それを掴む機会にもなると思うので、ぜひ進めていただきたい。

(委員)

病院もかかっていない、お付き合いもないという方はどうしているのかという話があったが、私の住んでいる市であれば、75歳以上の一人暮らしの方へは福祉委員が月1回訪問しているので、その点は見逃しがないのではないかと考えている。

(事務局)

今回アプローチしていくのは、医療専門職である。普段のお付き合いの中で、民生委員や福祉委員等とのかかわりというのは、高齢者を見守る仕組みとして非常に重要なネットワークだと思うが、そこに医療の要素を加えていくというのが重要なところである。既存のネットワークと連携しながら、一歩でも二歩でも進めていけたらと考えている。

(4) その他

特になし。

3 閉会

渡辺副広域連合長挨拶