

第1回埼玉県後期高齢者医療懇話会

令和5年8月2日

埼玉県後期高齢者医療広域連合

第1回埼玉県後期高齢者医療懇話会 次 第

日 時 令和5年8月2日（水）

午後2時00分から午後3時30分

場 所 浦和合同庁舎別館1階A会議室

1 開 会

2 会長挨拶

3 議題

(1) 令和6・7年度保険料率改定について

(2) 第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）案について

(3) その他

4 閉 会

出席委員（11名）

被保険者代表

君塚明子 浅野俊二 篠原敏夫
田中孝之 羽鳥嗣郎

保険医又は保険薬剤師代表

廣澤信作 畑中典子

有識者

三田一夫

保険者代表

増尾 猛 柴田潤一郎 清宮さと美

事務局

渡辺事務局長、小暮事務局次長兼総務課長、土屋事務局次長兼保険料課長、濱野給付課長
神谷総務課主席主査、永瀬総務課主席主査
柴田保険料課主席主査、渡邊保険料課主席主査
佐々木給付課主席主査、福田給付課主席主査、足利給付課主査
日景給付課保健師、川村総務課主査、下地総務課主事

オブザーバー

埼玉県保健医療部黒澤国保医療課長
埼玉県保健医療部今井国保医療課主幹

開会 午後1時50分

- ・開会
- ・会長挨拶

○会長 では、改めまして、議事進行を承りますので、どうぞ円滑な進行に御協力のほどお願いしたいと思います。

この会議は原則公開ということになっておりますが、本日は傍聴者の方はいらっしゃいますか。

○事務局次長兼総務課長 いらっしゃいません。

○会長 いらっしゃいませんか。分かりました。

では、ちょうど定刻になりましたので、令和5年度第1回埼玉県後期高齢者医療懇話会を開催いたします。

まず、議事録の署名委員を指名させていただきます。

署名委員を川口市の君塚委員、深谷市の浅野委員にお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

次第に従いまして議事を進めさせていただきます。

今、懇話会の次第を配ってございますけれども、議題「(1) 令和6・7年度保険料率改定について」、まず事務局から御説明をお願いいたします。

○事務局次長兼保険料課長 それでは、御説明申し上げます。

こちらの資料No.1-1を御覧ください。

先ほどお話がありましたとおり、今年度は次期保険料率を改定する年度でございます。保険料率の改定は懇話会の主要なテーマとなりますので、よろしくお願いいたします。

第1回目となる今回については、初めての委員もいらっしゃることで、また、制度改正が行われましたことから、保険料率改定の原則や制度改正のポイントを御説明申し上げたいと思います。

試算や提言につきましては、後ほど年間スケジュールの中で説明申し上げますが、次回以降お示しして、御意見を頂戴したいというふうに考えております。よろしくお願いいたします。

それでは、1ページおめくりいただきまして、「1 保険料の基本原則」でございます。

「(1) 後期高齢者医療にかかる費用」でございますが、図にありますとおり、国・県・市町村からの公費が約5割、現役世代からの支援金が約4割、そして、残りの1割は被保険者の保険料によって賄っております。

次に、(2) 保険料は個人単位で賦課するという事となっております。したがって、被保険者が被用者保険の被扶養者としてこれまで保険料を納めていらっしやなかった方も、後期高齢者の被保険者になられた際には保険料をお納めいただくということになります。

また、(3) 保険料については、均等割と所得割を合算したものになります。均等割は被保険者全員に御負担いただくもので、令和4・5年度の保険料では、均等割については4万4,170円ということになっております。

また、所得割につきましては、所得に応じて御負担いただくもので、賦課の基となる所得金額に所得割率を乗じて算出し、令和4・5年度の所得割率は8.38%となっております。

なお、(4) にありますとおり、保険料の算定に当たりましては、均等割と所得割の比率は50対50が原則となっておりますが、1人当たりの平均所得が全国平均に比べて高い都道府県については、国からの交付金が減額されるということがありまして、その分、所得割総額を多く賦課する必要があるということになっております。埼玉県においては、平均所得が多いため、現在、均等割と所得割は47対53という割合になってございます。

(5) 保険料率は2年ごとに改定となるというところでございます。

2年間の財政収支の均衡を目指して料率を決定しまして、今年度は令和6・7年度の改定の時期ということでございます。

次、2ページを御覧ください。

これまでの保険料率の改定の状況でございます。

後期高齢者医療制度開始時の平成20・21年度から現在までの推移でございます。

①は均等割額、②は所得割率でございます。

また、後期高齢者医療制度では、所得の少ない方などへの配慮といたしまして保険料の軽減措置が設けられてございます。この軽減措置適用前の保険料額の平均は、③の軽減前1人当たり保険料額、軽減措置適用後の額が④の軽減後1人当たり保険料額ということになります。

なお、これまでの保険料率の改定に当たりましては、剰余金を活用して、大幅な増額にならないように努めてまいりました。おおむね制度発足当時の保険料水準を維持しております。過去の改定時における剰余金の活用額は、⑥のところに記載してある額でございます。

続きまして、3ページでございます。

関東の1都6県の令和4・5年度の保険料率改定の状況を記載してございます。

関東の他都県と比べますと、まず左側の均等割額につきましては、ちょうど真ん中、4番目、一方、所得割率、右側のほうでございますが、これについては関東近県の一番低い率ということになっております。

また、全国で申し上げますと、均等割額は高いほうから38番目、所得割率は42番目というこ

とで、いずれも低い水準になってございます。

また、前々回、令和2・3年度と令和4・5年度の保険料率を比較しますと、均等割額が増額となっておりますのが埼玉を含む1都2県、所得割率は埼玉を含め上昇したのが1都3県ということになっております。

続きまして、4ページを御覧ください。

こちらは全国の令和4・5年度の保険料率改定の状況でございまして。

一番上が全国の平均ということになっております。全国の平均値は、均等割額が4万7,777円、所得割率が9.34%、平均保険料額は7万7,664円ということになっております。

均等割額、所得割率は、埼玉県においては全国平均よりも低い数字ということになっております。

次に、5ページを御覧ください。

こちらは、次期保険料率改定に当たりまして、まず、保険料率を増減させる要因を順に御説明申し上げたいと思います。

最初に、「ア 1人当たり医療給付費」でございまして。

医療給付費の総額については、被保険者の増加などに伴いまして、年々増加の一途をたどっております。令和4年度は7,903億円、前年度比で5.57%の増加。また、その次の被保険者数でございまして、こちらについても、団塊世代が被保険者となっておりますので、令和4年度には100万人を超えて、約102万人、前年度比5.05%ということになっております。

また、1人当たり給付費も令和4年度は77万7,852円ということで、0.61%の増加ということになっております。

続きまして、6ページを御覧ください。

こちらは、「2割負担化に伴う医療給付費及び高額療養費への影響について」ということでございまして、昨年10月に窓口での負担割合に、2割負担が導入されました。これに合わせて、高額療養費の配慮措置が創設されております。

こちらのチラシの右側中ほどに、「窓口負担割合が2割となる方には負担を抑える配慮措置があります」というふうに記載がございまして。また、その下「令和4年10月1日から令和7年9月30日までの間は、2割負担となる方について、外来医療の窓口負担割合の引き上げに伴う1か月の負担増加額を3,000円までに抑えます」ということで記載してございまして。負担割合の引き上げに伴う負担増加額について、3,000円を超える分については高額療養費を支給するという制度が新たに設けられておるものです。

また、6ページにお戻りいただきまして、令和4年度の高額療養費について御覧いただきますと、11月については約38億円と、前月の10月から約10億円増加しております。これは、この配

慮措置による高額療養費制度への影響というふうに考えております。

なお、本人負担が2割に増えたことから、一方で給付費は減るということになろうかと思いますが、被保険者数の増加による給付人数の増加ということもあって、その左側が給付費総額ということになります。少し影響が分かりづらいという状況になっております。

なお、この配慮措置につきましては、今回の保険料率改定期間中の令和7年9月で終了ということになりますので、令和6・7年度の保険料率改定に当たっては、こういったことも考慮しながら算定するということになります。

また、改めて、右は令和5年度の表でございますが、こちら、速報値になりますが、医療給付費につきまして、4月から6月までの3か月間の前年度比が7.24%ということで、大幅に増加しております。

医療費は令和4年度も増加したところでございますが、令和5年度はそれ以上のペースで伸びておりますので、こういった直近の給付費の実積を踏まえて算定するということになります。

次に、7ページを御覧ください。

こちらは後期高齢者負担率でございます。

資料の1ページで後期高齢者医療に係る費用の約1割を被保険者から保険料で賄うとしていた部分に該当するものでございます。

こちらの率については国が定めておりますが、5月12日に改正健康保険法が成立したことによって、この仕組みが変更されてございます。

これまで、高齢者人口が増加して若者人口が減少していることを踏まえて、世代間の公平を図る観点から、若年層人口の減少の影響の2分の1の割合で引き上げていくという仕組みでございましたが、この仕組みでは現役世代の負担が大きく増加し続けてしまうということ、また、今は増え続けている高齢者でございますが、長期的に見ますと減少局面を迎えることになるとございまして、今の仕組みでは、その際にも後期高齢者負担率が上昇し続けてしまうというのが課題でございました。

これを解決するために、令和6・7年度の改正につきましては、高齢者世代・現役世代それぞれの人口動態に対処できるような仕組みにするとともに、当面、現役世代の負担上昇を抑制するため、高齢者1人当たり保険料と現役世代の1人当たり支援金の伸び率が同じになるよう設定方法の見直しが行われるということでございます。

これによって、後期高齢者負担率は、ここにありますとおり、平成20年に始まった当初から徐々に伸びてきているわけなのですけれども、一層上昇する見込みということになっております。

厚生労働省の試算によりますと、令和6年度については、改正前の算定方法で計算した場合

と比較して1.04倍になるという話がなされているところでございます。こういったことについても、増額要因ということになります。

また、その他の要因としまして、診療報酬改定が予定されております。令和6年度は2年に1度の診療報酬改定が行われる予定でございますが、今回は介護報酬、障害福祉サービス等報酬と合わせたトリプル改定になるということ、また、昨今の物価高等々を受けまして、厚生労働省としては大幅なプラス改定を考えているという話もございます。

次、出産育児一時金でございますが、これについても費用の一部を、後期高齢者医療制度においても負担するという仕組みが導入されることとなります。激変緩和措置が設けられていて、令和6・7年度はその費用のうち2分の1を負担するということとされておりますが、厚生労働省の試算では、全国ベースで約130億円、1人当たり年額600円の増加という形になっております。

また、3つ目、賦課限度額の大幅な引上げでございます。

保険料負担の上限を定めた賦課限度額は、これまでも徐々に引き上げられてきたところではございますが、今般の制度改正によりまして、令和6年度は73万円、令和7年度は80万円ということで、現行66万円から大幅に引き上げられる見込みでございます。

この賦課限度額が上がりますと、高額所得者にその分保険料を多く負担していただくということになりますので、全体として保険料率を引き上げる要因となるということでございます。

続きまして、8ページでございます。

これまで増額となる要因を御説明申し上げましたが、次は保険料率上昇を抑制するために活用できることということで、「ア 保険給付費支払基金」、いわゆる剰余金でございますが、これについては、これまで剰余金は基金として積み立ててきたもので、保険料の上昇抑制に活用してまいりました。

この基金の推移でございますが、令和3年度は年度末残高が156億円ございましたが、この間お寄せいただいた提言を基に、このうち短期的な財政リスクに対応するために約20億円を残して、この下の矢印の先にありますように、令和4・5年度は136億円を活用するというようにしてございます。

短期的なリスクというのは、想定を超える医療費の増ですとか保険料収入減というところでございますが、これに20億円を確保し、残り136億円を活用したということでございます。

次期改定で活用できる令和5年度末の残高見込みでございますが、現時点では156億円ということで記載しておりますが、空欄となっております令和4年度の剰余金の積立てがプラス要因、また、令和5年度は現時点では10億円の取崩額ということで記載しておりますが、先ほど申し上げたとおり医療費が急増しておりますので、この取崩額が増える可能性があるということが

マイナス要因となります。156億円にプラス要因、マイナス要因を加味したものが残高という形になります。

続きまして、「イ 財政安定化基金」でございます。

これは、医療費の急激な増加や保険料収納率の悪化によって財源不足等になった場合に備えて、県に設置されている基金でございます。

毎年度、国・県・広域連合が3分の1ずつ資金を拠出しておったところでございますが、平成28年度以降は新たな積み増しをせずに、令和4年度末残高は102億円となっております。

この基金は、平成22年度の法改正によって、保険料率の増加抑制のためにも活用できるということになっておりますが、本来、例えば想定外のインフルエンザの大流行などのリスクに備えて、財政の安定化を図るために設置されたものでございますので、活用する場合も国・県との協議が必要になっております。

仮に保険料率の増加抑制のために活用した場合は、次の年、その分積立てを行う必要があるということから、次の改定時の保険料率が跳ね上がる要因になりかねず、活用は慎重に考えるべきということで、これまで埼玉県の広域のほうでは活用実績はないということになっております。

続いて、9ページでございます。

「料率改定に向けた検討をする上でのポイント」ということで、令和6・7年度改定に向けて整備すべきポイント、少し繰り返しの部分もございますが、改めて記載したものでございます。

1つ目として、法改正によりまして、後期高齢者負担率の設定方法の見直しと、②にありますとおり出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みが導入されて保険料の上昇が見込まれるということ、2点目、同法改正では、増額となる要因のほか、改正による保険料の急激な上昇を抑えるため、激変緩和措置も同時に導入されております。まず、均等割額は制度改正に伴う増加が生じないようにするとされ、約6割に当たる年金収入153万円相当以下の方、この方は制度改正に伴う負担の増加が生じない見込みです。

また、所得割額についても、約12%に当たる年金収入211万円相当以下の方について、令和6年度は制度改正に伴う負担の増加が生じないということになっております。

なお、これらの方についても、自然増、いわゆる被保険者数の増加ですとか医療給付費の増加に伴う上昇分につきましては、保険料増加分を負担するという事となっております。

制度改正の1人当たりの保険料額への影響でございますが、厚生労働省が試算した全国ベースの数値を掲載しております。

自然増分は含まずに、法改正の影響による増額分のみで、1人当たり平均保険料額は、令和

6年度は4,100円、令和7年度は1,100円と増額になる見込みでございます。年収別に見ますと、年収80万円の方については所得割は発生せずに、均等割のみでございますが、激変緩和措置によって令和6・7年度からの法改正による影響はなしとなります。

次に、年収200万円の方については、所得割と均等割の両方が発生いたしますが、年金収入211万円相当以下の方は、これも激変緩和措置によって、令和6年度は法改正による増額はなしとなる一方で、令和7年度は3,900円増額の見込みとなります。

最後、年収400万円の方は、激変緩和措置の対象にはなりませんので、令和6・7年度ともにそれぞれ1万4,000円の増額という見込みが記されております。

以上、御覧いただきましたとおり、制度改正によって、令和6・7年度改正時の一定以上の所得の方にはより多くの御負担をしていただくということが見込まれております。

この改正の内容につきましては、別途添付しております資料の1-2、こちらの厚生労働省の資料のほうに記載がございますので、よろしければ御参照いただければと思います。

次に、令和6・7年度保険料改定に向けた検討に当たりましては、懇話会から提言を頂戴いたします。

参考に、前回の提言を記載しております。

3点ございまして、「(1)被保険者の生活に与える影響に配慮し、剰余金を活用することにより保険料率の上昇を抑制されたい。ただし、剰余金の一部は、短期的な財政リスクに対する備えとして必要な最低限の額を確保されたい。」ということで、剰余金156億円のうち短期的な財政リスクに備えて20億円を確保し、それ以外のものを剰余金として、保険料率の上昇抑制に充てたということです。

「(2)財政安定化基金については、制度の安定的な運営に資するよう、今後とも、県と連携して、広域連合の予想外の財政不足などに対する備えとして、運用及び活用されたい。」

「(3)医療費及び将来の保険料率上昇を抑制するためにも、高齢者保健事業実施計画(データヘルス計画)に基づき、市町村と連携して高齢者保健事業を適切に実施されたい。」という、3点ございます。

次回以降、試算結果もお示しする予定でございますが、それと併せて、こちらの提言についても御検討いただくというふうに考えておりますので、よろしく願いいたします。

また、今のページの最後の行です。繰り返しになりますけれども、団塊世代の加入等によって被保険者数と医療費の増加というのが著しくなっておりますので、この辺も加味して御提言いただければと思います。

それでは、最後、10ページでございます。

今後の改定スケジュールでございますが、次回、第2回は11月を予定しておりますが、その

中で第1回目の試算と提言の論点整理をお願いしたいと思います。

今度、第3回については、12月を予定しておるところでございますが、この回は、第1回の試算状況に医療費の動向を踏まえた実績を加えて再計算した数値、これをお示しするとともに、改めて懇話会提言の論点整理をしていただく。

それで、(3)にありますとおり、1月の第4回の懇話会において、これが今回最後になるのですけれども、第2回の試算状況の報告をさせていただくとともに、懇話会の提言をまとめていただくということを予定しております。

その後、県知事への協議を経まして、2月に条例改正の提案ということで考えておるところでございます。

「令和6・7年度の保険料改定について」は以上でございます。

○会長 今、事務局から御説明がございました。

大きく分けると、資料の8ページまでが制度、一番最後の9ページ目が検討するときのポイントというところでございますが、まず、8ページまでのところについて、制度上何か疑問点があれば確認の程度でさせていただきますが、何かございますか。

○委員 8ページです。

令和3年度のところで、156億円とありますね。そこを先ほど20億円残して、令和4・5年度に充てるとおっしゃったのですが、その20億円の意味というのは何なのか。

○事務局次長兼保険料課長 この20億円につきましては、財政的リスクへの備えでございます。

想定をしております財政的リスクの内容は、例えば急激な医療費の増加ですとか、予定していた保険料が確保できなかったということで、そういったことが起きたときに充てるため残しているものです。

○委員 はい、分かりました。

○会長 ほかに、8ページまでのところで御確認したいところはありますか。

では、また、ございましたら後ほどお知らせください。

では、9ページ目の料率改定に向けた検討をする上でのポイントのところ、何か確認されたいことはございますか。

○委員 9ページの真ん中辺で、1人当たり保険料額への影響というところで、令和6年度はプラス4,100円、令和7年度はプラス1,100円とあるのですが、この令和7年度というのは令和6年度の分と比較してという意味でよろしいのでしょうか。

○事務局次長兼保険料課長 おっしゃるとおりです。

○委員 さらに、令和6年度に対して1人当たりプラス1,100円と捉えていいわけですね。はい、分かりました。

○会長 ほかにございますか。

それでは、また後でお聞きいたします。

では、議題の（１）については、ひとまず質疑は終わったという形にさせていただいて、議題の（２）のほうに移らせていただきます。

議題の「（２）第３期保健事業実施計画（データヘルス計画）案について」、事務局より御説明願います。

○給付課長 「第３期保健事業実施計画（データヘルス計画）案について」、御説明させていただきます。

まず、資料No.2-1を御覧ください。

現行の第２期データヘルス計画の計画期間が令和５年度までとなっているため、今年度に次期計画である第３期データヘルス計画を策定する必要がありますことから、昨年11月の医療懇話会におきまして、次期計画の概要と改訂案を御説明させていただいたところでございます。

その後におきましても、広域連合において内容の検討を進めてまいりましたが、今年３月に厚生労働省より、データヘルス計画策定の手引きが改正されました。

策定の手引きの主な内容といたしましては、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を保健事業の基軸といたしまして、そのフレームや評価シートを標準化して計画を策定することとなっております。

一体的実施の推進を図るため、課題の分析に必要なデータや実施体系、評価指標の設定などを全広域連合共通のフレームとして、それをデータヘルス計画として位置づけることが求められております。

この標準化に関しましては、国において今までも標準化の取組を推進しておりまして、今回のデータヘルス計画改定に当たってのワーキンググループにおきましても、主にこの標準化に関して協議をされているところでございます。

フレームや評価指標を標準化することによりまして、他の広域連合との比較が可能となり、情報収集や分析につなげることができるようになるとともに、計画全体の目的、目標の明確化が図られ、課題解決に向けた効果的・効率的な保健事業の実施が可能になるとしているところでございます。

共通の評価指標のほかに、広域連合において評価指標を別に設定することは差し支えないとされておりまして、地域の特性に応じた設定を追加することは可能であるものの、基本的には共通の評価指標を設定することが求められております。

当広域連合といたしましても、標準化により保健事業の課題が明確となり、埼玉県の特徴を加味しつつ共通の評価指標により評価することで、他の広域連合との比較が可能となり、事業

の改善につなげることができると考え、第3期データヘルス計画策定においてはこの手引きの考えに基づきまして計画案を検討しているところでございます。

次に、「2 計画の構成内容」でございますけれども、こちらにつきましては、計画案の目次に基づいて大まかな流れを御説明したいと思っております。

資料2-2、計画案の2ページを御覧ください。

基本的には、第2期計画の構成を踏襲して作成しております。

第I章には基本事項といたしまして、計画策定の背景・目的や、現時点では暫定値になっている部分もでございますけれども、第2期計画に関する評価を記載しております。

第II章では、健康・医療情報等の現状分析といたしまして、人口や被保険者の推移と将来推計、寿命と死因、健診や医療費、介護保険の分析、介護・医療のクロス分析を記載しているところでございます。

この分析内容につきましては、策定の手引きにおいて求められている項目を基本として記載しております。

次に、3ページを御覧ください。

第III章では、第II章での分析を踏まえまして、埼玉県の問題を整理し、第3期計画の目的と目標を掲げています。

目的と目標に関しましては、資料2-1の「3 計画の目的と目標」に抜粋したものを書かせていただいております。

再度、資料2-2にお戻りいただきまして、続いて、第IV章におきましては、具体的な個別事業を掲げています。

事業の柱となる高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進を重点項目といたしまして、その他、適正受診・適正服薬の推進、健康診査・歯科健診、医療費適正化の推進、市町村との連携・支援を実施してまいります。

第V章では、その他として、計画の評価などを記載しております。

再び資料の2-1にお戻りいただきまして、2ページ目になりますけれども、「4 計画の目標値とその項目」ですが、計画の目標を達成するために今回は目標値を設定いたします。

この目標値に関しましては、策定の手引きにおきまして、計画全体の評価は共通評価指標を用いて評価することといたしまして、個別事項に関しましては、主に保健事業の柱となる高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関しまして、取組ごとの評価指標例が示されており、この指標例を参考に設定いたしました。

以上のように、第3期の計画の策定に当たりましては、策定の手引きに基づきまして全体のフレームを構成し、データ分析や評価指標の設定を行ったものになります。

その中において、市町村の実情を鑑みて、埼玉県の地域性を加味しまして、また、医療懇話会の委員の皆様の御意見をいただきながら、関係機関の皆様とも連携を取って計画を策定していきたいと考えております。

それでは、計画案の内容につきまして御説明いたします。

資料2-2、計画案の5ページを御覧ください。

「第I章 基本事項」、「1 計画策定の背景・目的」ですが、計画策定に係るこれまでの国や広域連合の動向を記載しております。

「2 計画期間」ですが、令和6年度から令和11年度までの6年間とし、令和8年度に中間見直しを行うとしております。

続いて、6ページを御覧ください。

「3 関連する他の計画」には、本計画案と整合性を図るべき関連する計画や期間などを掲げております。

続いて、7ページを御覧ください。

「4 実施体制・関係者連携」ですが、医療懇話会を含めた広域連合の役割や市町村との連携強化の必要性、関係者との連携体制などを記載しております。

9ページを御覧ください。

「5 第2期計画に関する評価」になります。

まず、重点項目として、「(1)フレイル対策」ですが、「①健康づくりの普及啓発」としてリーフレットの作成をし、75歳に到達した被保険者に配布いたしました。

表の上段には第2期計画での目標、下段のほうに取組結果を記載しております。

また、「②歯科健診結果を活用したアウトリーチ型の介入」として、フレイルの兆候が疑われる方に対して、市町村職員により保健指導や介護予防事業への参加勧奨を行いました。

10ページを御覧ください。

もう一つの重点項目である「(2)生活習慣病の重症化予防」ですが、重症化リスクの高い方に対し、文書勧奨や市町村職員による個別介入により、医療機関への受診勧奨を行いました。

実施人数は増加したものの、新型コロナウイルス感染症拡大の影響もありまして、受診につながった割合を上げることはできませんでした。

次に、「(3)適正受診・適正服薬の推進」における「①健康相談等訪問指導」でございますけれども、これは重複や頻回受診の傾向がある方に訪問指導を実施いたしました。

11ページを御覧ください。

令和2年度の新型コロナウイルス感染症拡大の時期を除いては、改善割合は目標値である80%に近い数値となっており、令和4年度も同様の見込みであることから、おおむね目標を達

成したと考えております。

次に、「②適正服薬の推進」として、複数の薬局を利用している方に通知を送付することで、かかりつけ薬局の普及啓発を行いました。

次に、「（４）医療費適正化の推進」として、「①「医療費のお知らせ」の発行」を行いました。

12ページを御覧ください。

「②ジェネリック医薬品の使用促進」として、ジェネリック医薬品希望シールを配布するとともに、ジェネリック医薬品差額通知の送付を行いました。

数量シェアについては、広域連合における算定において、目標値である80%以上を令和4年度には達成することができました。

次に、「（５）健康診査・歯科健診」ですが、13ページを御覧ください。

「①健康診査の実施及び受診率向上」につきましては、年々受診率は向上しているものの、暫定値であります。目標値である40%には届かず、未達成になりました。また、全ての市町村の受診率を20%以上にするという目標にも届かず、こちらにつきましても未達成となりました。

「②歯科健診の実施及び受診率向上」につきましては、年々受診率が向上し、目標値である10%以上を令和4年度に達成することができました。

次に、「（６）高齢者保健事業等の実施体制整備」において、「①市町村の健康増進事業への経費補助」につきましては、国から交付される特別調整交付金を活用いたしまして、適正かつ適切に経費補助を行いました。

「②市町村との意見交換」、「③高齢者保健事業担当者研修会の開催」につきましても、実態調査や意見照会、会議や研修会を通じまして市町村との連携を図ってきました。

「④市町村の一体的な実施の取組への支援・連携」につきましては、日常的な市町村からの相談や、データや分析結果の提供を行ってまいりました。

また、支援が必要な市町村には直接訪問し、助言等を行ってまいりました。

これらの取組もあり、年々、一体的実施に取り組む市町村数は増加しまして、令和6年度におきましては県内全市町村が取組を開始できる見込みとなっております。

15ページを御覧ください。

「（７）総括」でございますけれども、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、特に介入による支援の実施が困難な時期がありまして、その結果、事業としては縮小した部分がございます。

第2期計画においては、数値目標を掲げている事業は多くはないものの、全体としてはおお

むね予定どおり事業実施ができ、目標を達成できたと考えております。

第3期計画においては、評価指標を新たに設定することで、計画の進捗や評価につなげていきたいと考えているところでございます。

続きまして、16ページを御覧ください。

「第Ⅱ章 健康・医療情報等の現状分析」になります。

各種データに関して、最新である令和4年の数値につき、集計中のものがございますが、その場合には現段階における最新のデータを暫定的に記載しておりますので御了承ください。

まず初めに、「1 人口及び被保険者の推移と将来推計」ですが、被保険者においては、80歳未満が全体の約4割を占めまして、女性の割合が高い状況にございます。

将来推計に関しましては、17ページから18ページの表のとおりになりますが、埼玉県の総人口は減少していくものの、被保険者数は令和7年に団塊世代が加入となるため急上昇し、その後も増加傾向で、令和27年には団塊ジュニアが加入となるためさらに増加する見込みでございます。

また、年齢階層別では、90歳以上の割合が高くなる傾向にございます。

続いて、19ページを御覧ください。

「2 寿命と死因」ですが、埼玉県健康寿命は全国平均よりも高く、特に男性は全国3位となっております。

健康寿命の延伸は生活の質の低下を防ぐことから、さらなる延伸を図る必要があると考えております。

続いて、20ページを御覧ください。

「3 健診の分析」、「(1) 健診・歯科健診の実施状況」ですが、健診の受診率に関しまして、全国平均を上回ってはおりますが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響もありまして40%には届いていない状況です。

21ページを御覧ください。

歯科健診の受診率は近年上昇傾向にありまして、10%を超える状況となっております。

続いて、22ページから24ページにかけましては、「(2) 健診・歯科健診の結果」、「(3) 質問票調査の結果」を記載しております。

フレイルや生活習慣病の重症化のおそれがある、受診勧奨すべき被保険者が多く存在している状況となっております。特に高血圧や腎機能低下の方が多くなっております。

続きまして、24ページ「(4) 健康状態不明者の状況」ですが、医療や健診データがなく、介護認定も受けていない被保険者が4%程度存在している状況となっております。

続きまして、「4 医療費の分析」、「(1) 医療費の推移」ですが、新型コロナウイルス

感染症が拡大した令和2年を除いては年々上昇しておりまして、被保険者の増加を鑑みますと、今後もこの傾向は続いていくと考えられます。

次に、26ページを御覧ください。

「(2) 1人当たり医療費の推移」ですが、こちらも、新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えにより令和2年には減額となりましたが、現在は従来水準に戻りつつある状況となっております。

次に、「(3) 医療費の構成」ですが、全国と比較しますと例年、入院の割合が小さい傾向にあります。

次に、27ページから29ページにかけて、「(4) 疾病分類別医療費の状況」を記載しております。

循環器系疾患の医療費が高く、また、筋骨格の疾患や骨折も高くなっておりまして、生活習慣病やフレイルの予防が重要であると考えております。

次に、30ページを御覧ください。

「(5) 性別・年齢別医療費の状況」ですが、前回の医療懇話会におきまして、年齢構成による医療費の動向についても把握しておいたほうがよいとの御意見を踏まえまして、独自に記載したものととなります。

年齢が上がるほど医療費は上昇する傾向にあり、女性より男性のほうが高くなっています。

次に、「(6) 生活習慣病の発症状況」ですが、多くの被保険者が生活習慣病を抱えている状況でございます。

こちらにつきましても、第2期計画にこの予防を重点項目としておりまして、第3期計画におきましても重要な取組としていることから、独自に記載いたしました。

次に、31ページを御覧ください。

「(7) 人工透析患者の状況」ですが、人工透析患者数は年々増加しておりまして、男性の割合が高くなっております。

次に、32ページを御覧ください。

「(8) 後発医薬品の使用割合」でございますけれども、令和4年度は国において集計中ではございますが、使用割合は年々上昇しております。

「(9) 重複・多剤投与者数」ですけれども、新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、一旦は減少したものの増加傾向にあり、今後は増加に転じるおそれがあります。

次に、33ページから34ページにかけて、「5 介護保険の分析」を記載しております。

3割以上の被保険者が介護認定を受けておりまして、そのうち75%以上が要介護認定を受けています。また、心臓病や筋・骨格疾患を患っている方が多い状況です。

被保険者数の増加に伴いまして介護給付費も増加している中、介護予防が重要となりますけれども、地域支援事業として展開しております通いの場が、新型コロナウイルス感染症拡大の影響によりまして縮小せざるを得ない状況にございました。今後につきましては、徐々に従来ペースに戻っていく見込みであると考えております。

次に、35ページを御覧ください。

「6 介護・医療のクロス分析」でございますけれども、介護認定度が上がるほど医療費も上がり、特に入院におきましてはその傾向が顕著に表れているところでございます。

次に、「7 アセスメント結果」を御覧ください。

今まで御覧いただいた項目を分野ごとに分析及び評価したのになります。

全ての分野において言えますことは、第3期計画案におきましては、多角的視点から多くのデータを分析しているところでございますけれども、この分析結果におきましても、被保険者の増加が続く中、第2期計画と同様、生活習慣病の重症化予防とフレイル対策が重要であるということが示されたものとなっております。

これまでの分析及び評価を踏まえまして、37ページ、「第三章 第3期計画の目的と目標」、「1 取り組むべき課題」に埼玉県の課題を整理しております。

生活習慣病の重症化予防とフレイル対策に向けて事業を展開していく中で、介護保険の地域支援事業との連携、健診受診率の向上やその結果の活用、医療費適正化の取組、市町村との連携が必要であると考えているところでございます。

そこで、38ページ、「2 計画の目的と目標」になりますけれども、目的としては、自宅で自立した生活がおくれる高齢者の増加、健康寿命の延伸といたしまして、目標としては、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を事業の柱としまして、その中で第2期計画の重点項目でもございました生活習慣病の重症化予防とフレイル対策の推進を図っていくことといたしました。この目標を達成するために目標値を掲げ、進捗管理やその評価を行ってまいります。

39ページを御覧ください。

初めに御説明いたしました、国が示しました共通評価指標となります。

計画の評価は、この指標により行っていくこととなります。

基本的には、一体的実施を保健事業のベースといたしまして、行政の活動量による結果であるアウトプットにつきましては、健診受診率、質問票の活用状況とハイリスクアプローチを実施する市町村数の増加を目指すものとなっております。

特に質問票の活用状況やハイリスクアプローチにおける口腔、重症化予防（糖尿病性腎症）、健康状態不明者対策におきましては、当広域連合において優先度が高い項目と考えていることから、最終目標値は全市町村数である63といたしました。

また、このアウトプットを受けまして、その成果であるアウトカムにつきましては、ハイリスク者割合の減少と平均自立期間の延伸でこの成果を測ることとしております。

40ページから41ページにかけては、各項目の説明を記載しているところでございます。

次に、42ページを御覧ください。

「第Ⅳ章 個別事業」になります。

第Ⅲ章で掲げた目標を達成するために、取り組むべき事業を記載しております。

一体的実施を重点項目に置きつつ、第2期計画からの継続性も踏まえ、広域連合が行うべき事項を掲載しております。

第Ⅲ章の共通評価指標と同様に、策定の手引きにおけるフレームに基づきまして各事業のアウトプットとアウトカムの評価指標を掲げ、進捗管理やその評価を行ってまいります。

そのために必要となるプロセス及びストラクチャーを定めました。また、目標値は国からの保険者インセンティブで求められている基準に達成することも考慮しながら、さらに県内市町村におきまして、実施を促したい事業に焦点を当てて設定いたしました。

まず、「1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進」を重点項目といたしました。

令和2年度より実施しておりますけれども、令和6年度より県内全市町村が実施できる見込みとなっております。また、当計画案の目標の達成に直結する要の事業となります。

「(1) 市町村の一体的実施の取組支援」ですが、一体的実施は広域連合から市町村へ委託して実施するものではありませんけれども、市町村が円滑に事業を実施できるよう、有用なデータの提供を行うとともに、研修会の開催や意見交換、相談や助言を行ってまいります。

43ページから45ページにかけては、この評価指標及び目標値を記載しております。

こちらに関しましても、策定の手引きにおきまして国の評価指標が例示されており、当広域連合の現状に適した評価指標としてこのたび設定したものとなります。

行政の活動量による結果であるアウトプットにつきましては、広域連合直轄で実施するものを1から3、4には市町村が実施したハイリスクアプローチによって、各項目の支援対象者のうち支援ができた者の割合といたしました。

また、44ページにまいります。5ではポピュレーションアプローチによって実施した通いの場の数や参加人数といたしました。

そして、このアウトプットを受けまして、その成果であるアウトカムにつきましては、ハイリスクアプローチによる各項目の改善状況と、ポピュレーションアプローチによるフレイルリスクの改善状況といたしました。

45ページから46ページにかけては、事業のプロセスとストラクチャーを記載しております。

次に、46ページ、「(2) 健康づくりの普及啓発」ですが、リーフレットを作成し、ポピュレーションアプローチの一環として通いの場などにおいて配布することで、健康に対する予防啓発を図っていきます。

なお、このリーフレットは、75歳を迎えられた被保険者に対し、被保険者証発送時に同封しておりましたが、マイナンバーカードとの一体化が決定されていることから、今後の配布方法につきましては現在検討しているところでございます。

次に、47ページを御覧ください。

「2 適正受診・適正服薬の推進」でございますけれども、従来、適正受診についての訪問指導を実施しておりましたが、対象者が重複していることもございまして、別に実施していた適正服薬の指導と合わせる形の訪問指導を民間業者に委託して実施いたします。

対象者に対して、かかりつけ薬局を持つことの啓発も併せてその場で実施している状況でございます。

アウトプット評価指標に関しては、発送者割合は低くなることが望ましく、一方、指導を実施する割合は高くなることが望ましいと考え、発送者を設定いたしました。

次に、48ページを御覧ください。

「3 健康診査・歯科健診」ですが、受診率向上を主眼とし、アウトプット評価指標を設定いたしました。

また、血清アルブミンは市町村へ補助金を交付しているところではございますけれども、低栄養予防のため、さらなる実施を働きかけていきたいと考えていることから、指標を設定いたしました。

後ほど御説明する新規事業である市町村の取組に対するインセンティブにおきましても、受診率の向上に向けた取組を評価することで市町村に働きかけをしてまいります。

49ページを御覧ください。

アウトカム評価指標ですが、第2期計画におきましても、受診率20%未満の市町村数をゼロにする目標は達成することができませんでした。第3期計画におきましては、再度ゼロを目指してまいります。

次に、「(2) 歯科健診の実施」ですが、75歳及び80歳に到達した被保険者を対象に実施しており、フレイル対策の取組につなげることが重要になります。

50ページを御覧ください。

アウトカム評価指標ですが、第2期計画においては受診率の目標を達成することができましたが、さらなる向上を目指してまいります。

また、健診結果を一体的実施の口腔機能で活用することがフレイル対策につながるため、取

組市町村数の増加を目指してまいります。

次に、「4 医療費適正化の推進」ですが、51ページを御覧ください。

「(2) ジェネリック医薬品の利用促進」に関するアウトカム評価指標であるジェネリック医薬品使用割合ですが、第2期計画の目標である80%以上は達成したところですが、今後も上昇を目指してまいります。

次に、「5 市町村との連携・支援」ですが、保健事業全般において市町村との連携は不可欠であり、一体的実施が開始されて以降、ますますその重要性が高まっております。

「(1) 市町村との意見交換」におきましても、今まで以上に意見交換を行う機会を確保し、直接市町村を訪問することも含め、緊密に連携していきます。

53ページを御覧ください。

「(2) 市町村の健康増進事業への経費補助」につきましては、現在も補助金を交付しておりますが、この補助金メニューのうち対面による健康診断の結果指導などの健康教育、健康相談や健康増進に係るポイント事業などのその他健康増進事業、血清アルブミンに関し、特に実施を促す事業としてアウトプット評価指標に掲げております。

次に、「(3) 市町村の取組に対するインセンティブの交付」ですが、第3期計画における新規事業となります。

健診受診率向上や重症化予防の取組に対し、内容を評価して交付いたします。

55ページを御覧ください。

アウトカム評価指標には、一体的実施におけるハイリスクアプローチで、口腔、重症化予防、健康状態不明者の3項目は優先度が高い項目と広域連合で考えておりますことから、目標値を設定いたしました。

また、国保や介護との連携については、全ての項目で8割以上の実施を掲げました。

続いて、56ページを御覧ください。

「第V章 その他」、「1 計画の評価及び見直し」ですが、これまで御説明したストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムによる評価を行います。

また、57ページになりますけれども、「4 地域包括ケアに係る取組」において、後期高齢者は介護保険サービスを利用する割合が相対的に高いという特徴と、策定の手引きによる要請から、地域包括ケアについて記載しているところでございます。

それでは、初めの資料2-1にお戻りいただきまして、「5 策定スケジュール」ですが、既に計画案につきまして、市町村に対し、オンラインで説明会を実施いたしまして、意見を反映させた上で、本日の計画案を皆様にお示ししたところでございます。

本日の医療懇話会でいただいた御意見を踏まえまして、10月に市町村に対して運営検討委員

会及び主管課長会議において再度説明いたします。

そして、11月の医療懇話会におきまして、再度、計画案に対して皆様から御意見をいただき、また、市町村からも再度意見聴取をした上で、12月にパブリックコメントを実施いたします。

その結果を踏まえ、1月の医療懇話会で最終的な計画案をお示しする予定でございます。

今後、皆様から貴重な御意見をいただき、計画策定に生かしてまいりたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

以上でございます。

○会長 ありがとうございます。

スケジュールのほうは、今日と、11月と1月にそれぞれ意見を言う機会があるということでございます。

かなりの分量になりますので、分けさせていただこうと思うのですが、35ページの7にアセスメント結果とございます。それまでデータについて御説明があって、そのデータを分析したら35ページのこの表になりましたということでございます。

これ以前のことについて、今日は少しお時間がないので、個々のデータの確認については省略させていただきます。

その代わり、事務局等に御質問があればお電話していただいたら結構ですし、次回また時間をつくらせていただきます。

この7のアセスメント結果を受けて、今度はその裏腹の関係で、37ページに取り組むべき課題として、5つにまとめましたということが書いてある。

そして、38ページのところに計画の目的というのがございまして、自宅で自立した生活がおくれる高齢者の増加、これを健康寿命の延伸というのですけれども、そういう高齢者を増加させることを目的とします。そのための目標として、四角で囲ってございますけれども、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を全市町村で展開し、生活習慣病の重症化予防とフレイル対策の推進を図ります」と書いてある。

それを達成するためにどうするかということが39ページ以降書いてあるのですけれども、39ページの表は、原則として市町村に事業を実施してもらうので、県内の63市町村のうちどれだけの割合の市町村が事業を実施したかということを目標値にしましょうというふうになっていて、本当は100%がいいわけですが、それはなかなかできないだろうということで、主管課長会議などを経て、この表にある割合を目標値として設定するという計画になっております。

後期高齢者医療広域連合としては、市町村に頼んでいくだけではなくて、市町村に対してどういう働きかけをするのかというのが42ページの個別事業のところでもあります。データを提供しましょう、研修会を開催しましょうというふうなことをやっていくというのが書いてある。

結局、35ページのデータをきちんと分析できていたかどうか、そして、その結果、取り組むべき課題として設定したものが方向性として間違っていないかどうか。そして、計画の目標を達成するために設定した個別に出ている項目というのは実効性があるのだろうか、それから、この程度の目標値の設定でいいのだろうか、後期高齢者医療広域連合としては、この程度の働きかけで果たして元気な高齢者をつくっていくことができるのだろうかというようなところから御意見をお聞きしたいわけでありませう。

しかし、今日急にそう言われても困るということがあると思いますので、それで3回お時間をいただいているわけです。

今日は、私のほうが雑駁ですけれどもまとめたような感じで御覧になっていただいて、事務局が御説明になった内容の中で何か引っかけることがあれば御確認いただきたいと思っております。よろしいでしょうか。

それと、保険者代表の委員の方々をお願いでございます。各御専門の立場から、ここの部分は発言しておかないと方向性が間違いそうなことがございましたら、ぜひとも御指導願いたいと思っております。よろしくお願いたします。

○委員 前提条件のところの話で、ここで解決できる話ではないようなことなのではけれども、僕としては非常に重要なところかなと思っております。

データヘルス計画なので、データを基に分析していくということなのではけれども、データは健診データと医療費データというのが両方あって、医療費データはレセプトが全部来ますので、被保険者、医療にかかっている全員の分が来るというふうに思われます。

一方で、健診に関して、介護施設に入った人たちは健診の対象者に入らないので、データは恐らく来ていないというふうに思われるので、そうなってくると、健診のデータというのは、被保険者の数からすると非常に少ないデータで分析をしていくことになるということです。

恐らく、医療費データを分析したものと、健診データを分析したものをひもづけてこういうことだというような分析も当然出てくるのだろうと思うのですが、両方の母集団の格差が大き過ぎるのではないかとこのように思います。

埼玉県だけの話じゃなくて、全国的にこういう枠組みになっているのだろうと思うのですが、例えば1人の人をずっと追って行って、こういう重症化予防に取り組んだ後どうなるのかなと健診のデータを見ていこうとしても、介護施設に入ってしまうとそこでぷつぷつデータが切れて、追いかけることもできないのだろうというふうに思います。

介護施設は恐らくしっかり健診をやっているはずなのですが、同じ市町村に住んでおりませんので、難しいのかもしれませんが、可能であれば介護施設から健診データを集めて、この埼玉県全体の中の健診データとして反映させるほうが、いろいろな意味で正確なデータ分析がで

きて、その対応策ができるのではないかというふうに思うのです。

難しい話なのですが、本来的にやって、表面だけ数字を合わせればいいということでなければ、恐らくそういう努力をして持っていったほうがよろしいのではないかというふうに思います。少し難しい課題ですが、素朴な疑問です。

○会長 実態としてはあると思いますが、これはいろいろ問題があろうと思います。特定健診が75歳以上とそれ以下とでは扱いが違うという、そのところが、ようやく今、介護と医療の一体化という話が出てきたところなので、一步、二歩先の御提言ということになると思いますが、事務局としてはいかがですか。

○給付課長 まず、住所地特例という仕組みがございまして、お住まいだった埼玉県内の市町村からほかの県の市町村の介護施設に移られた場合、移られたら住民票がそちらに動くので埼玉県の被保険者でなくなるのですけれども、そうしますと、介護施設が集中しているような都道府県に負担が集中してしまいますので、一般住宅から介護施設に入られた場合は、もともとの埼玉県の被保険者であり続けるという、特例的な制度が前提としてございます。ですので、御住所は埼玉県外になってしまいますけれども、それでも埼玉県の被保険者という形になります。

その場合、恐らく、普通の健診は県内の医療機関で基本的には受けていただきますので、そうしますと健診が難しいという話になってしまいますが、ただ、受けたいとおっしゃる方もいらっしゃると思いますので、そこは費用的な面で助成をさせていただきます。

今までの実績でいきますと、大体1桁、令和4年では6人ほどになります。大体1桁の方に対して、健診を受けたときの費用の助成をさせていただきます。

ただ、おっしゃるとおり、健診のデータは私どものほうに来ない、実際分析をするときに抜けているのではないかという状況の話だったかと思います。そこはテクニカル的に可能かどうか研究させていただきますけれども、可能であればそういうことも考えたいと思います。ちょっと難しいところもあると思いますので、私どもも、もう一度技術的に可能かどうか、法的に可能かどうか確認させていただいた上で検討させていただきたいと考えているところでございます。

○委員 ハードルが高いのは十分承知の上で申し上げます。手間はかかるけれども、個人の同意を取れば幾らでもデータを取ることは可能ですし、法的には大丈夫かと思いますが、そんなことに手間をかけることは難しいと思いますので、そこは一括してどうできるかということで、すぐの話じゃないと思います。将来的には、介護施設に入る方がどんどん増えれば、やっぱり高齢者のこういうデータを分析するには不可欠というふうに思いますので、課題として御認識いただければ現段階では結構かなというふうに思います。

○会長 ほかにありますか。

○委員 32ページについて、まず一つ、確認ですが、私たち薬剤師は重複・多剤投薬というところがメインになるのですけれども、重複処方と多剤投薬処方という2つの考え方があって、重複処方というのは同一薬効の処方薬を複数の医療機関でもらっているもの、それから、多剤投薬は15剤以上の薬剤を処方されているもの、これは国が決めていることなんでしょうか。

○事務局長 15剤というのは、国の医療費適正化計画の中で定められていて、今、次期計画の議論を国でされていて、15剤を6剤に変えるような議論がされているということを伺っています。

だから、これは今の計画が15剤ということになります。

○委員 はい、分かりました。

確かに、私たち薬剤師的な観点で言えばポリファーマシーは6、7剤ですけれども、現実的には10剤とか15剤の方がいるのでこの数字だったのかもしれないですね。

重複処方というのは、幾つかの病院にかかっているということですよ。

私たち薬剤師は、たくさんの薬が出ている場合、医師に疑義照会というのを行って、薬を削減することはできるかどうか可能性をはかるというのが今大きな仕事になっているのですが、その疑義照会の理由で一番多いのが、やはり腎機能との関連なのです。

今これを見ますと、腎機能の不良者、つまり透析とか腎機能低下というのがやはり大きな問題になっているというのを考えますと、ここは非常に大きなことなのだなとしみじみ思いました。

例えば、幾つかの診療にかかっているなくても、1つの先生が10剤、15剤出すことはあります。それは、先生の中で判断して出す場合もあるのですが、実はほかの先生から紹介があって1つの先生にまとまったときに、なかなか切りにくいという状況が発生してそのまま残ってしまったということはあると思う。

なかなか切るというのは大変な作業なので、だんだん多くなっていくというのがあると思うのですが、明らかにこれを国、県のほうから、例えば10剤とか15剤になっているので一度見直してくださいというふうに出せば、薬剤師はそれを理由にドクターに返して、ちょっと見直しをしたほうがよろしいかと思えますと出せるので、できればこのハードルを下げた上で、薬剤師が国から言われたことなので、先生、見直しませんかと持っていけると、私たちもドクターも見直しがしやすいということにならないかなと思いました。

もちろん、それでも複数疾患があるとそれぞれに薬が出ているのでなかなか切りにくいのですが、人間の体は1つなので、10剤となると、ドクターはやはり薬が多いというふうに思ってしまう、それはそうだと思います。

39ページの服薬の重複・多剤等というものの現状値が2というのは、2市町村しかここに関わっていないということなのでしょうか。

○給付課長 この一体的実施において、この現状値2というのは、おっしゃるとおり2市町村しかやっていないということです。というのも、服薬は専門的な知識が必要であります。市町村にはそのような知識を持った専門職がない場合もありまして、なかなか取組が進んでいないところなんです。

ですので、目標値もほかと比べて低めになっているところですけども、この全国的な一体的実施における一番の課題というのは、この取組が非常に実施することが難しいということがあって、私どももどうすれば良いのかということもあるんですけども、広域連合には保健師がおりますけれども、やはり投薬のことになるとなかなか難しいというのが現状でして、今後市町村が実施できるようにどう働きかけていけばいいのか、外部の先生方の力もお借りして進めていければと思います。また、市町村によってはうまくいっているところもあるかもしれませんが、薬剤師会との連携というのがなかなか難しい市町村があるということです。

あと、市町村によって規模も違うことから、事情も違うということもございまして、連携を取りにくいところもあるという話も聞いているところでございますので、広域連合としてもどうやれば取組が進むのか、これからの検討課題となっているところでございます。

○委員 分かりました。

それはしっかり薬剤師会としても持って帰りたいと思います。

やはり、市町村と薬剤師会が連携するというのはこちらからもしっかりアプローチをかけていくようにつなげていきたいと思います。

実際、薬剤師会のほうでも、多剤服用の場合には、薬局に相談しなさいという通知が本人に届いて、その通知を持って薬局に行ってくださいというポリファーマシー対策事業が1つ実施されているのですが、薬局に来てくださる方がやっぱり少ないですね。

だから、薬剤師会としては、薬局に来てくださる方が多ければもっとダイレクトにいろんなアプローチができるのだけれども、薬局に来てくださる方が少ないというのが大きな課題と私たちも思っていますので、今日の説明を聞いてこの事業の重要性をととも感じましたので、ぜひそこはもう少し話し合っ、数を増やせるようにしていきたいと思います。

○会長 ほかにありますか。

○委員 今の関連ですが、これは簡単じゃなくて、一番進まない理由が、個人に対して多剤ですよとかは言えるのですが、これを医療機関に言おうと思うと、個人の同意を取らないといけないのです。この個人の同意が取れない。ですから、これを進めるためには、個人の同意をどのようにしたら取りやすいかということを考えていくのがまず一番だと思います。

それで、個人に言っても、自分から相談に行く人なんてほとんどいないのです。これは何とか同意を取って、本人の健康のためにも将来の医療費のためにも、保険者のほうがやはりやっ
ていく以外恐らくない。

特に後期高齢者の方々は、薬をたくさんくれるお医者さんはいいお医者さんという意識が非
常に強い方が多いものですから、ここはいかにして同意をうまく取っていく方法があるかとい
うのを考えるのが一番早いかなという気がします。

○委員 先ほどの32ページの多剤処方ということで、あまり、私らは7剤を超えると多いかな
ということもあるのですが、15剤ってあまり聞いたことがないのです。

ただ、ほかの医療機関から来た人が、薬がある程度多かった場合に、どうやって減らすかと
いうと、投与したからには何かの根拠があるのかなと思って、しばらく見ないと分からないと
いう現状があるので、勝手にやめてしまって、後になってとんでもなかったということもある
ので、その辺のところは慎重に減らしていきたいなと思います。

関連して、ほかの質問でもよろしいですか。

○会長 どうぞ。

○委員 まず、最後のページの57ページの4の地域包括ケアに係る取組で、1行目に、地域包
括ケアシステムというのは、高齢者の要介護度が重度になっても住み慣れた地域で自立した生
活といっても、これは難しいのではないかな、少し矛盾した言葉になっていないのかなと思う
のですが、ここが一つ疑問なのと、それから、戻りまして、38ページ、先ほどの健診とも関連
があるのですが、2の計画の目的と目標ということで、目的で、自宅で自立した生活が送れる
ということで、これは自宅でないといけないのかなというのの一つですね。

最近では、往診でも自宅等という言葉を使っていて、いろんな施設があるので、自宅という言
葉に限定していないので、その辺をどうお考えなのかなということと、先ほど質問があった後
期高齢者の健診なのですが、さっき住所地特例というのがありました。これは介護施設以外
でも、何かの施設に入ってしまうとできないのか、施設っていろいろあるので、施設はどのよ
うなところまでができないのか、ほかのサービス付き高齢者向け住宅とか、どこまで含めるか
という概念がいろいろ違うと思うのですが、データの取り方ということで、一つは、健康な人
が介護とかそういうのにならないためのもののデータなのか、いわゆる医療費ベースでどうい
う方がどういう治療を受けているのかということのベースのデータかなということ、その辺
の使い分けというのはどうされているのかなということ、聞きたいと思います。

○給付課長 この表現につきましては、おっしゃるとおり、改めて聞きますとちょっと違和感
を感じるころもありますので、私どものほうで、自宅かそれ以外も含めるのかということ
も含めまして、もう一度検討させていただきます。それで、次回の懇話会のほうで説明させて

いただきます。

もう一つ、健診のことですけれども、先ほど私のほうで住所地特例のお話をさせていただきましたが、もともと健診の除外者といたしまして、今おっしゃられたような介護施設に入られている方、サービス付き高齢者向け住宅のうち居宅サービス事業者の指定を受けていない者が運営されるものを除きますが、その介護施設の入所者はもともと健診の対象から除外しているところであります。

それで、こちらの方々につきましては、私どもの健診から除外しておりますが、日頃受診しているのであればレセプト自体は確認はできますけれども、実質健診という項目では確かに私ども把握することができておりませんので、これを今すぐにどうするのかというところとちょっと難しいところではございますけれども、このような方たちが含まれていないということは、分析する上で考慮していく必要があるのかと思っております。

○会長 全体を通じて何かございますか。

○委員 最初のほうの資料1-1の9ページなのですが、③の最初の丸の①のところ、保険料の上昇が見込まれる主な改正事項とあって、①②があって、②のほうは制度的な問題で、不可抗力で増えてしまうという部分なのですが、1つ目のところは、後期高齢者の保険料の伸びがたしか1.2倍で、被用者保険等から出している支援金が1.7倍という状況で、高齢者の保険料と現役世代の支援金の伸びを同じようにしましょうという話ですので、そういう前提があって、保険料を決めていくのは、逆にまた実質的にこの都道府県ごとなので、①と②では少し意味合いが違うので、今回のポイントとして、次回以降もう少し①のところは明確にさせていただいたほうが、出しているほうの被用者保険としては望ましいなというふうに思います。

○事務局次長兼保険料課長 分かりました。

資料については、分かりやすく整理してまいりたいと思います。

国のほうから後期高齢者負担率というのが今後示される場所かなと思いますので、分かりやすく通知してまいりたいと思います。

○委員 少し前に戻って申し訳ないのですが、資料2-2の12ページの医療費のお知らせ、あるいはその前のページの9ページのリーフレットの作成、75歳に到達した人への配布、そのような問題から一つ提言をしたいし質問したいのですが、まず、12ページで「医療費のお知らせ」の発行を継続します」となっておりまして、令和4年度については約300万部発行されております。

これは、前にも質問したことがあるのですが、特に悪いということではないのですが、私ども被保険者の立場からして、通知を頂くのは非常にありがたいのです。ありがたいのですが、記載されている金額なり、あるいは医療機関なりについては、かなり古いと。半年

以上前のものが載ってきているということで、これはどういう目的で発行しているのか、それを一つお聞きしたいですね。

それで、間違いがありましたらお知らせくださいというような文面が書いてあると思うのですが、そういったことが実際に起きているのかどうか。医療機関の方がいらっしゃるので大変申し訳ないのですが、被保険者が間違いですよと言った場合には、本人が勘違いしているのか、医療機関のほうで間違えているのか、あるいは薬局のほうで間違えているのか、その3つに一つだと思うのですが、そういった成果を求めているのか。あるいは、被保険者だけに知らせることが目的なのか。それにしても経費が多過ぎると思います。

逆に言うと、9ページの、先ほど言いましたリーフレットによって75歳に到達した者に対して通知されるいろんな情報が、各被保険者には行かない。やっぱり被保険者に対しての通知文書は、この医療費のお知らせが唯一の手段じゃないかと思います。

ですから、医療費のお知らせをもし継続するのであれば、そういった、9ページのリーフレットのいろんな情報なり、そういったものを併せたものを作って、300万人に対して情報を提供するというのも私はいいのではないかなと思うのです。

一つは医療費のお知らせの目的は何なのか、もう一つは間違いがあった場合に知らせるといった目的に対して違反行為があったのかどうか、それだけ質問したいと思います。

○給付課長 医療費通知につきましては、年に3回お送りしてしまっていて、時期が古いものが配布されるというふうな捉え方もあるかとは思いますが、目的としましては、被保険者の方に御自分の受診状況について、また、医療費について関心を持っていただくということと、あと、先ほどの不正請求がもしあれば御連絡いただくというところを目的として行っているところですが、医療機関にかかった全員に送っているものですから、確かに、特に郵送代が高額になっております。

そこで、私どもも、医療費通知を送る回数をもう少し減らすということを考えているところでございます。そうしますと、1回当たり、1人当りに送るボリュームが多くなってしまいうので、その辺の調整であるとか、システムの改修等がありますので、今すぐにできるかというところも難しいのですが、そこの検討をしております。

被保険者の方から私どもにお問合せいただくときは、この医療費通知はほとんどが税申告で使いたいというお問合せになっています。ただ、結局、1年分はそろわないものですから、最終的には足りないところは領収書を御用意いただくこととなります。将来的には、マイナポータルで確認していただければと思いますが、今すぐにというのはまだ難しいと思いますので、その分送る回数を少なくしようとは思っております。

それで、被保険者からのお問合せなのでございますけれども、今回お送りしました計画案の51ページ

の一番上で、アウトカム評価指標といたしまして、現状値が40と、これはおよその件数なのですけれども、お問合せいただくことももちろんございます。

不正かとか意図的にやったのかどうかは別として、やはり受けていた受診状況と違うということは現実にありますし、そういった誤りを発見していただくような効果は実際としてはあります。送った件数に対してこの件数がというのはもちろんあるところではございますけれども、そこは被保険者の方に関心を持っていただくという目的に基づいて送っているところです。

先ほどリーフレットの話もありましたけれども、今まで75歳になったときに、改めて後期高齢者になられたということでリーフレットを送っていたのですが、マイナンバーカードと被保険者証の一体化が決定されましてその機会が失われつつありますので、一体的な実施の事業の中で配っていくなど、もっと検討していかなければいけないというところです。今、医療費通知は圧着のはがきで送っていますので、同封が今の形では難しいというところもあるのですが、送る回数とその送り方の内容も含めまして、そのときに併せていただいた御意見を踏まえ、リーフレットの件も検討していけたらと考えております。

○委員 目的についてはそのような内容でございますので、それについて何名かそういうような反応があるということは非常に結構だと思います。

そういうことで活用していただければいいのですが、私なんかはまた来たと思っても、調べてみるところまでいかないです。だから、3回送るのを、2回にしたってそんなに変わらないですよ。逆に、確定申告のときに、医療費の控除については全部調べますからね。むしろ1年間分か半年分ですら出してもらったほうが分かりいいというふうな感覚もあります。

ですから、今お話があったように、何らかの形で被保険者に対するPRに使えるような費用としても利用していただければありがたいなというふうに思いますので、よろしく願います。

○会長 ありがとうございます。

では、以上で本件は終わったということにさせていただきます。

議題は全て終わりました。

その他、何かございますか。

○事務局次長兼総務課長 特にございません。

○会長 ありませんか。

じゃ、一度議事は終了させていただいて、事務局のほうにお返しいたします。

○事務局次長兼総務課長 長時間にわたり、誠にありがとうございました。

それでは、以上をもちまして、令和5年第1回埼玉県後期高齢者医療懇話会を閉会とさせていただきます。

次回は11月頃の開催を予定しております。詳細につきましては、後日皆様にご通知をさせていただきますので、よろしくお願い申し上げます。

それでは、お忘れ物などございませんようお気をつけてお帰りください。本日はどうもありがとうございました。

閉会 午後3時50分