

平成26年度第4回兵庫県後期高齢者医療制度懇話会
議 事 録

1 日 時 平成27年3月26日(木) 午後2時～午後3時

2 場 所 兵庫県後期高齢者医療広域連合 会議室

3 出席者

(1) 兵庫県後期高齢者医療制度懇話会委員 11名

(50音順、敬称略)

足立 正樹、荒木 育夫、笠井 秀一、衣笠 葉子、久野 茂樹、島谷 俊秀、
前田 武徳、松本 卓、宮坂 淳一、山下 眞宏、山本 孝子

(2) 事務局 11名

事務局長 土井 義和 総務課長 堀 勤一 資格保険料課長 株柳 典昭
給付課長 北出 美穂 給付課課長補佐 堀 信也 他

4 議 事

(1) 医療保険制度改革に係る国の動向について

(2) データヘルス計画の策定について

(3) 社会保障・税番号制度への対応について

5 傍 聴 人 0名

6 議事の要旨

(1) 医療保険制度改革に係る国の動向について

資料に基づき、医療保険制度改革に係る国の動向について説明した。

(2) データヘルス計画の策定について

資料に基づき、計画の目的、趣旨、考え方、広域連合と構成市町の役割、策定予定時期について説明した。

(3) 社会保障・税番号制度への対応について

資料に基づき、社会保障・税番号制度への対応について説明した。

7 意 見 等

(1) 医療保険制度改革に係る国の動向について

(委 員) 国保に関しては、創設以来の大きな改革が今進められつつある。具体的な姿は今の説明にもあったが、まだこれから進めなければならない状況なので、改革の

内容の具体化を慎重に見守る必要がある。

国保の在り方と後期高齢者医療制度の在り方を密接に関係づけるような態度を厚生労働省に期待しているが、この後期高齢者医療制度については一切手を触れないという慎重すぎるような態度が将来に禍根を残さなければいいがという不安を持っている。

(2) データヘルス計画の策定について

(委員) 今、御説明いただいたデータヘルスと1つ前の医療保険制度改革については、我々の今最大の関心事である。先ほど、事務局長から話があった後期高齢者への支援金の話も国庫補助を含めて税金が入っている中で、どこの保険者からどこへということは余り意味がなくて、大きく俯瞰してみると、全ての国保も含めて1つの大きな保険者という見方になると思う。最大の関心事はやはり財政問題ということで、特に我々健保の加入者のほとんどが10人以下の小さな中小企業なので、1円の利益を上げるためにも1円の経費を削っているという厳しい中で、保険料を少しでも抑えるということで、効果ある保健事業を今、模索しているところである。

先ほど、医療保険制度改革の法案が出た中で、我々の事業計画も来年度、やっと骨子が固まり、その中で主となるものについてはデータヘルス計画、特に糖尿病の重症化予防、それからジェネリック医薬品の利用促進の2つである。これは、どちらも非常に費用対効果が大きくて、明確にエビデンスが出るということで、ぜひ強力に進める中で、先ほどの保険者を越えての話になると思うが、こちらからいずれ国保、後期高齢者に行く中で、全くそういった垣根はないと思うので、ぜひ我々のほうも糖尿病の重症化予防、特に透析移行を防ぐ、これは明確に費用として我々が一番つかみやすく出てくる場所である。

あとジェネリック医薬品についても、先日の兵庫県のジェネリック医薬品の会議でも説明させていただいたが、4年間で軽減通知を含めて10億の効果で、かかった費用が人件費も入れて約1億円ということで、民間企業で営業利益を出すのにこれだけの収益率はなかなかないわけだから、強力に推し進めたいと思っている。ぜひこの2つについても連携して、一緒に取り組ませていただけたらと思うので、よろしくお願ひしたい。

(委員) 今の委員の発言にも少し関わるところだが、前回の御提案のデータヘルス計画の中で、ジェネリックに関する記述があったと思う。さまざまな委員から意見が出たところで、恐らく今回明確なジェネリック医薬品という件が外されているかと思うが、外された経緯、理由を少し御説明いただきたい。

(事務局) ジェネリック医薬品の分については、こちらの以前の素案の中に入れさせていただいていたが、やはり分析を行ってPDCAサイクルでということになると、医療データと突合するということができていない。事業としてジェネリック差額通知については今後も、保険財政という意味で一定の効果もあるので、実施はし

ていくが、データヘルス計画ではPDC Aサイクルが難しいため、今回、こちらの計画案からは除いている。事業としては今後も続けていく。

(委員) 先ほどのジェネリックの話に戻るが、全ての保健事業にそれなりに費用対効果はあると思うが、我々が今つかんでいる中で、ジェネリック医薬品の費用対効果は最も大きいので、全体の保険者として見る中で、ぜひ一緒に進めさせていただけたらと思っている。

(委員) 全体の保険者という考え方は非常に重要だと思う。例えば、都道府県単位で、後期高齢者には広域連合が責任を持ってこのデータヘルス計画を実施し、協会けんぽは、兵庫県レベルの統一的な意識を持ってやっているが、国保については、何か責任を持ってやっている組織というような体制はあるのか。都道府県化ができれば都道府県が責任を持ってやるのだろうが、それまでの間は国保連合会がやるのか。

(事務局) 国保については、各市町が国保を運営しているので、市町ごとに国保でデータヘルス計画をつくっている。

(委員) 熱意があるところと冷めているところではかなり差が出てくると思うが、それぞれ未知の領域、統一的に協力しながらやっていくのが一番望ましいと思う。ぜひそういう働きかけも市町に対してやっていただきたいと思います。データを集めて実施するのは市町が立たないと仕方ないわけなので、後期高齢者だけではなくて、国保についてもそれぞれ責任を持ってやっていただいて、そのデータを集めていただくような要請をぜひやっていただきたいと思います。

(委員) 本資料の18ページの表9、これは、下に注釈が書いてあるが、19年度は老健法であり、要するに70歳以上にかかる医療費で、20年度は後期であり、75歳以上ということなので、ある意味、全く別物である。それで、ここのV字でこう落ちているのは、結局、一月足りないからというだけで、別にここで何かがあったという訳ではないのではないか。そもそも対象が違う、その理解でいいのではないか。

それと、今意見があったように、制度的には75歳以上は後期であるが、それまで多くは国保であるし、今度のデータヘルス計画についても、基本的には市町村が取れるデータというのは国保のデータしかないから、そのつながりを持っておかないといけない。

それと、別添資料の基本的なことであるが、5ページ、入院の疾病分類があって、要するに総点数だからゼロを1つ付ければ医療費ということになる。国保のほうは後期の制度ができるかなり以前から、5月の診療分のレセプトデータで疾病分類統計を取っているが、この5月というのは1年のうちの一番平均的なデータという傾向がある。そこで、ここの後期はその対象は少ないにしても、25年度分というのは、4月～3月ベースの1年間のデータなのか、データの出どころを聞きたい。

それと再確認だが、その入院の疾病はこうなっているが、高齢者の場合、例え

ば肝がん1つだけで終わる人はおらず、いろいろな疾病がついて、例えば10ぐらいあったら、その10の疾病を含んだ総点数なのか、聞きたい。

(事務局) まず、先ほどの入院疾病のこちらのデータは、計画の5ページ、16ページの表5とか表6については、KDBから抽出したものであり、数値、円グラフの下に書いているが、25年の4月から26年3月の累計である。

例えば、入院であれば医科とDPCの入院レセプトに記載されている傷病名と適用から抽出された点数の高い順に、上位10位までの傷病名と点数を出力したものが出力の条件ということになっており、その判定の条件として、傷病名のDPCや医科、それから適用のDPCや医科で、入院と入院外、その区分でコードをひもづけて、最大医療資源傷病を算出したものということで、KDBから抽出したものである。

それから、計画の7、18ページのところの表9であるが、ご指摘いただいたとおり、15年から19年までは旧老人保健法に係るデータの集計で、20年度は11か月のために低くなっているもので、21年度からは後期高齢者医療ということで確かに対象が違う訳であるが、こちらのほうも1人当たり医療費については、KDBからの抽出ではなく、別のところから集計しているので、こういう形のものを付けさせていただいている。

それと、国保と後期高齢のつながりということで、KDBシステムで、国保と後期高齢の分のひもづけというのを、機械的にしようとしているが、個人情報保護審査会への諮問が必要であり、各市町のほうでも必要なので、その後、国保と後期をひもづけしたいという市町があれば、後期の医療データ等を国保に提供して、また市町の国保の医療データ等をこちらのほうに提供してもらい、両方で見ること、今後、実施できるのではないかと思っている。

(委員) せっかく時間を割いて、数値データから見るのだが、結局、今言っていたようにレセの枚数というのはあったが、その国保で取っている5月診療月なり、同じ抽出するのであっても、それがあらかずものと25年度の12か月の中からどういう格好で抽出されたのか分からないが、それとも全然違うし、逆に言えば、入院だけではなく、入院の場合のこの疾病の例えば国保が取っているデータと比べると、そこが基本的なものがかなり違ってしまうと思うし、資料の中で主要な疾病が医療費に占める割合が、ほかのところは77が4分の3以上あるが、それはデータとしては何を意味するか、取るのかというのはあるから、お金をかけて非常に苦勞されるのだから、そのデータのところだけ合わせておかないと、これからも絶対に国保とここのところできつなげてくるのだから、そもそもデータの取り方というか、そうしていないと、多分、この入院の総点数の合計のところというのは、25年度の総医療費の本当にごくごく一部になる。しつこいようだが、25年度の入院の抽出の取り方で、どういう格好で抽出しているか、何かメモでもあれば教えていただきたい。

(委員) 何かあるのであれば結構だが。

(事務局) KDBからこちらのほうは抽出しており、それが何から出ているかというのが、先ほど申し上げた出力仕様で、10位までの積み上げというような形のもので出力ということになっているが、5月分で抽出できるかどうか、もう一度検討したい。

(委員) 入り口のところだから、これは25年度と書いてあるから、普通に考えたら1月から12月のところで、どんな格好でその平均に全体像を表すような抽出でない。だから、どんな格好の方法を使ったかなど、個人的な疑問である。進めてもらって構わない。後で見せてもらう。

(委員) この間から気になっていることであるが、健康寿命というのが最近非常に重要な概念で、ひとつの目標となってまで高められている訳であるが、これは計算の仕方がいろいろあるみたいである。WHOの定義とか、厚労省の定義とか、ここで上げられている数字も違うし、日本の厚労省の場合には、平均寿命と健康寿命の格差、かい離がものすごく大きい。7、8年ぐらい差があると思うが、ここで見たらほとんど1年か2年しか差がないようなデータである。やはり何かその辺、どこかに取れんさせる共通理解ができるようなものが必要ではないかと思う。やるとすれば厚労省がやらないと仕方がないとは思いますが。今のところ、果たしてこれはこういうところに目標値で挙げてもいいほどの信憑性のある数値なのかというのは、ちょっと疑問に思っているので一言申し上げておく。

重要なことは確かである。ただただ生きるだけではなくて、健康で生きるその期間を長くしなければならないのは、これは誰も否定できない非常に重要な概念であるが、ではいったいどういう尺度でもってその健康寿命を測るのかということが、必ずしもまだ統一的な見解ができていないような気がする。

(委員) ほかに意見がないようであれば、本日出された意見を踏まえていただくということで、懇話会としては大筋了承させていただいて、詳細事項の確認については、これから私に一任していただければと思うが、委員の皆様、いかがか。

(「異議なし」の声あり)

(委員) それでは、今回提案されたデータヘルス計画については、大筋了承とさせていただいて、今後の詳細事項の確認については、私に一任させていただく。

(3) 社会保障・税番号制度への対応について

(意見なし)

(委員) 最後に本日の内容をもう一度確認したいと思う。

まず1点目の議題として、医療保険制度改革に係る国の動向について事務局から説明があった。

次に、データヘルス計画について、今回を含め2回にわたり検討を行ってきたが、当懇話会としては、本日提案された計画をもって大筋了承とし、今後の詳細事項の確認については、私に一任していただくことに御賛同をいただいた。

次に、社会保障・税番号制度への対応について、事務局の対応状況、今後の予定等の説明が事務局からあった。制度の導入に関して、限られた時間の中での対応となるが、制度の円滑な導入に向けて、事務局には万全を期していただきたいと思う。

本日のまとめとしてはこのような形でよろしいか。

（「異議なし」の声あり）