

平成26年度第2回大阪府高齢者医療懇談会 議 概 要

1 日 時 平成27年1月20日(火) 午後2時～午後3時30分

2 場 所 ホテルプリムローズ大阪 2階「鳳凰西」

3 出席者

(1) 大阪府高齢者医療懇談会委員

(50音順)

上ノ山 幸子 委員、池西 昌夫 委員、高井 康之 委員、玉井 金五 委員、
堤 守 委員、道明 雅代 委員、林 正純 委員、森 詩恵 委員、
矢田貝 喜佐枝 委員、山本 吉平 委員

(2) 事務局

事 務 局 長 藪本 冬樹 事務局次長兼総務企画課長 谷口 健三
資格管理課長 渡邊 武志 給付課長 黒川 清 ほか

4 議 題

(1) 制度施行状況について

(2) その他

5 傍聴人 一般 1名 報道関係 0社

6 議事の要旨

(1) 制度施行状況について

資料1-1、1-2に基づき事務局から説明を行った後、質疑・意見交換を行った。

(2) その他

○ 大阪府後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例の一部を改正する条例

資料2に基づき事務局から説明を行った後、質疑・意見交換を行った。

○ 大阪府後期高齢者医療データヘルス計画(案)

資料3に基づき事務局から説明を行った後、質疑・意見交換を行った。

7 質疑・意見交換等

(1) 制度施行状況について

(委員) 2点聞きたいが、1点は、75歳以上被保険者数は毎年大幅に増えているのに、一定の障害のある65歳以上75歳未満被保険者数は減少しているのはどうしてか。もう1点は、5頁の年度別給付費について、今年度の見込みは、若干減っているというが、取組の内容などを教えてほしい。

(事務局) 障害認定を申請される65歳以上75歳未満の被保険者については、年齢が75歳になれば、75歳以上被保険者数の区分に移るが、新たに65歳以上75歳未満被保険者として障害認定される被保険者より、障害認定の区分から年齢到達により75歳以上の区分に移行する被保険者の方が多いため、65歳以上75歳未満被保険者数は減少している。

(事務局) 給付費が、昨年度を下回るのではないかとということについて、詳細な分析ではないが、訪問看護等在宅医療への移行がうかがえ、その分医科での入院等は減っている。また、不正不当な請求の摘発を行っており、徐々に成果が出ている。柔整の請求額も増えてはいるが、やはり一定の成果は上がっている。大きな「はやりやまい」がなかったこともあるが、これについては、現在インフルエンザが流行っており、今後給付費が増える可能性もある。

全体としての給付費減少傾向については、入院等が減っているのが大きな要因だ。

(委員) 27年度から保険料の制度が変わり、軽減の9割とか8.5割とかいうのがなくなると聞いているが、そうすると保険料の収納率はどうなるだろう。

(事務局) 新聞などで報道されていることだと思うが、特例軽減といい、2頁でいうと「均等割額保険料等の軽減措置等」の9割、8.5割、5割、2割軽減とあるが、この9割と8.5割軽減は本来、法律では7割軽減となっているが、国で制度施行時の激変緩和措置として、国の予算措置で毎年議論をしながら実施されてきた。この上乘せの軽減部分について、国民健康保険と均衡を欠いていることもあり、29年度から廃止するという議論がされている。ただ実施されるとしても29年度からなので、27年度に影響はない。

(委員) 苦情がいっぱい来て大変だろう。

(委員) 資料5頁の医療給付費で現金給付の給付内容はこういったものか。また、高額介護合算療養費が25年度に大幅に増えて、26年度はまた大きく減っているのはどうしてか。

(事務局) 現金給付は、被保険者がいったん窓口で1割や3割を負担した医療費と、実際の自己負担分の医療費の差額を給付する。また、海外で10割負担した場合の自己負担分との差額などもある。

高額介護合算療養費については、被保険者から申請をいただくという制度になっている。申請をいただいてから支給するまでは普通3ヶ月ほどだ。勧奨通知を1月に送ると、早くて2月初旬に申請書が出てくる。それから支払の手続きを進めるが、25年度では支給が5月6月に入ってしまうものがけっこうあった。それは支給遅延ということになるが、いっせいに申請が出るので、処理が十分行えず遅れて支給していた。そこで、事務を処理している委託先にお願ひし、少しでも効率よく処理できるよう人員を増やし、入力する機械も増やしてもらった。その結果、同じような件数がいっせいに来るのだが、処理できる量が多くなり、25年度給付額には24年度の遅れている分が入っている。また、従来なら26年度の4月5月に支給するものを若干前倒しして3月に支給したため、25年度の支給額が増えている。

今年度は、この1月に勧奨通知を送り、それに基づいて支給する分も合わせると、一人あたり894円程度と見込んでいる。昨年度からみると減っているが、昨年度は24年度に処理を予定していたが遅れた一部と、前倒し処理をした26年度の一部が入っているため、増えている。今年度に対象者が減ったとか、給付額が減ったとかいうことではなく、事務処理上の問題で25年度が一時的に増えたということだ。

(委員) 入院費の支払方法が2つあって、退院の時に高額療養費を差し引いた自己負担分だけ払う場合と、窓口ではいったん多く払って、後から高額療養費が還付される場合があるようだが。

(事務局) 入院で高額療養費の自己負担限度額を超えると、限度額までの支払になるが、高額に該当する月が一定期間に一定回数を超えると限度額が下がるので、その差額を後日還付する。しかし、限度額が一般より低い方が、事前に限度額減額認定証というのを申請して病院の窓口で提示すると、最初から下がった限度額まで支払えばよい。それを支払方法が2種類あると認識されているのだと思う。

(委員) お金がなかったのが、後日の還付ではなくて助かったということを知っている。その2つの方法では戻ってくる額は違うのか。

(事務局) 自己負担する金額は同じだ。後期高齢者医療の場合、後日の支給でも一度高額療養費の口座を登録いただくと、次回からは自動的に振り込まれる。保険によっては、高額療養費の支給を受けるには、自分で領収書を持って申請をしないといけない保険もある。後期高齢者医療保険では、自動的に支給されるうえ、限度額認定証を申請して病院の窓口で提示すると、最初から限度額分だけを支払えばよくなっている。

(委員) 病院によっては説明するところと、しないところがあるようだが。

(事務局) 高額療養費については、被保険者証と同封して送付する制度案内のパンフレットに説明を載せている。それを見て市役所などに相談される方については、詳しく説明している。

(2) その他

○大阪府後期高齢者医療データヘルス計画（案）

(委員) 21頁の重複・頻回受診者訪問指導についてだが、具体的にどういうことをしているのか、また効果額はどのように計算したのか。

(事務局) レセプトから複数の医療機関にかかっている方を抽出し、被保険者を保健師が訪問し、健康相談というかたちで行っており、強制ではない。中には、複数の病院を受診することによって薬が重複していたり、余ったりしている方がいる。

効果額については、その方の医療費が実際にどれだけ減ったかという計算ではなく、国へ報告する際の指定された計算式があり、それに基づいて出している。複数の病院にかかっていた方が、かかりつけ医を持ったなどの状況から計算している。

(委員) 患者さんの状態はいろいろで、病気によっても違うので、複数の受診が必要な場合もあるし、必要がないのに重複して受診している場合もある。本人の同意を得て、かかりつけ医と連携して行うのはいいが、何でもかんでも、あちこちへ受診するなというような指導は避けてほしい。

(事務局) 本人が相談を受けたいという申し出がある方に対して行っている。複数の病院を受診するのはそれぞれに様々な理由があるので、十分聞き取りをしたうえで、こういう方法もあると助言している。中には、受診した病院の診断が正しいかどうか確認するため、あえて別の病院を受診した方もいる。そういう事情もきちんと報告を受けながら進めている。

(会長) 重複受診者への相談や指導は難しいところだが、取り組み内容はわかった。

(委員) 25頁の「保健事業の推進」の「健康診査」だが、平成25年度末受診率が21.12%で26年12月末が15.08%、それで、平成27・28・29年の目標値はすべて23%とスライドしているが、それでいいのか。

(事務局) 本来、目標であれば増加させていくべきだが、健康診査受診率は、以前から23%を目標にしており、保険料改定にあたって23%を基準に計算している。しかし、制度施行から6年間、まだ到達できていないため、まずは23%を目指そうとしている。平成27年度を21%、28年度を22%…と段階的に目標値を上げる方法もあるが、以前から23%を目標にしていることもあり、23%に設定した。また、データヘルス計画は、今後状況に応じて見直しを予定しており、

27年度に23%を達成できれば、その時点で28年度以降の目標を再設定したい。

(委員) データヘルス計画について、他の保険者では、ポイント制度というものを採用しているところもあり、健康で医療機関にかからないとポイントを支給するという方法をとることが健康増進につながるのではと考えているようだ。しかし、やはり必要な時に必要な医療を受けてもらうということから、いたずらに被保険者証を使わないことを推進するのは問題だと思うがどうか。

(事務局) 当広域連合のデータヘルス計画の中には、ポイント制は入っていない。そして、25頁の保健事業に「健康状態を把握できていない者への受診勧奨」というのがあり、これは未受診者が80%ある健康診査の受診率向上にもつながるが、まず、この事業では、健診を受けていないだけでなく、被保険者証を使っていない、病院に行っていない方を対象に、本当に健康なのかということを確認するため受診を働きかける内容となっている。後期高齢者の年齢層では、生活習慣病等を持って受診をしていない方もあり、そういった方に対して早期発見早期治療を促し、結果的に重症化してから多くの医療費を使って治療をしないといけなくなるのを防ぐことを目的にしている。

このように、当広域連合のデータヘルス計画では、被保険者証を使わないことを勧めるのではなく、健診も受診せず病院にもかかっていない方に、「本当に大丈夫ですか、一度健診を受けてください」と健康状態を確認する事業を考えている。

(委員) それでは、やはり健康診査受診率の目標を毎年度23%で固定するのではなく、少しでも数字を上げていった方がいいのではないか。

(事務局) 受診勧奨については、6ヶ月以上病院にかかっておらず、また健診も1年ほど受診していない方を対象に考えていて、人数は1万5千人ほどになる。この方達に働きかけることで、目標の23%に近づけたいと思っている。ただ、この受診勧奨は、まだ一度も実施しておらず、今後の受診勧奨の効果をみたくうえで、目標値は改めて見直したい。

(委員) 21頁に後発医薬品の利用促進というのがあるが、数量シェアが44.96%、25頁の目標値では60%以上に増加させるよう努力する、となっている。薬剤師会としても努力しているし、行政の方でも続けてほしい。先ほどの重複受診の問題と重なるところもあるが、同じ薬をいろいろなところでもらっているとか、残薬というのが、飲み忘れた薬が残っているのに、また薬をもらう方がいて、医療費の無駄につながっている。ジェネリック差額通知などに、「薬が手元に残っている場合は、薬局や医療機関にお持ちください」と記載するなどして、残薬を整理していくようにすると医療費を削減できる。薬を持って行くのが面倒であれば、薬の名前が記載されているお薬手帳などでもいい。薬剤師会

からも呼びかけているが、広域連合からも呼びかけでほしい。

もう1点、保健事業の推進としていろいろ取り組まれているが、後期高齢者の中には認知症が非常に多い。認知症も重度になれば、薬をずっと飲まなければいけないし、介護の手間もかかってくる。認知症の初期の方をどうやって見つけるかということだが、薬局の窓口でも同じ薬を何度も取りに来るとか、お金の払い方がおかしいとか、何か気がつくことがあれば家族とも連携したりしている。ただ、全体的なシステムとして何か考えていただいて、初期の認知症の方を早く見つけ治療するようにすれば、医療費の削減になると思う。

(事務局) 残薬整理については、重複受診者の訪問の際にも相談にのることができると思うが、それだけではなく、薬剤師会さんとも連携し、意見交換しながら、どのような方法があるのかを検討していきたい。現在、医療費通知やジェネリック差額通知の裏面の余白や通知を入れる封筒を利用し、ジェネリック推進の広報や還付金詐欺についての広報を行っている。それらの広報についても内容や文面などを今後検討していきたい。

認知症の方の初期の発見については、どのような方法があるのか、まだまだ検討していかなければならない。

(会長) 残薬の整理について、患者さんが使わなかった薬を戻して、また使うのは問題がないのか。

(委員) 戻すというより、慢性疾患で同じ薬を続けて飲んでいる場合など、残薬調整とって例えば30日分の処方が出て、患者さんの手元に10日分残っていれば、医師に連絡して20日分にするなど調整する。また、胃薬などで、同じような効能の胃薬が違った病院からそれぞれ出ているような場合など、医師に連絡して片方だけにするようなこともしている。ただ、「残っている気はするが持ってくるのを忘れた」と言われる方が多いが、それだとそのまま処方せざるを得ず、残薬調整はできなくなるので、薬が余ったら薬局に持ってくるように広報や啓発をしないといけない。

ジェネリックについても、薬剤師ばかりが言うと、患者さんから「それで点数が高くなるのか」などと言われることもある。行政や広域連合、協会けんぽなど、多方面から言われると患者さんも納得し行動に移しやすい。

症状が変わっているのに余った薬を手元に残しておく、間違っただりすることもあり、そういう場合は処分するよう言うなど、薬剤師としても患者さんの状態を見極めながら取り組んでいる。

(委員) 24頁の保健事業の検討で、実施を検討する事業として、「市町村との連携会議の開催」とあるが、どういうものをイメージしているのか。

(事務局) 具体的には決まっていない。現在も給付部会という会議をして、後期高齢者医療担当課との連携を図っているが、保健事業については、必ずしも担当し

ているのが市町村の後期高齢者医療担当部署ではない。今回も市町村がしている歯科健診について補助をしていこうとしているが、市町村の状況を聞こうと後期高齢者医療担当部署と連携しようとしても、保健事業は他の部署でやっているのではわからない、と回答されたりする。そこで、ここに記載している連携会議はケースバイケースで、会議の内容によって、適切な担当部署と連携したいと考えている。

(委員) わたしは病院で主治医に紹介されて、他の病院に行ったのだが、そうするとそこでまた同じような薬を大量に、食べるほど出された。一応この薬はどういう薬でどういう症状に効くなどを書いた説明書はもらったが、説明書だけではお年寄りには、よくわからずに間違えて飲んでしまうこともあり怖いと思った。大量に、いろいろな種類の薬を持っているお年寄りも実際知っている。薬局や病院で、もっとはっきり指示してあげてほしい。

ジェネリックについては、今テレビなどでも、一般の薬より安くて同じように効くとか、よく言われているが、あまり知識がないので教えてほしい。

また、早期発見早期治療について、以前大阪市では市民健診というのがあった。今は病院に行けば診てもらえるが、家に閉じこもっている方や行くに行けない事情がある方もたくさんあり、やはり市民健診は必要だった。今から市民健診を復活させることはできないだろうけれど、もっと行政は市民のことを考えてほしい。

(委員) 薬の種類や量は疾患により、一概に量が多いから悪いとか種類が多いか悪いともいえない。ただ、もし薬が余っているのであれば、それを先生に見せて、まず余っている薬を飲んでから新しい薬を処方してもらおうとか、それも疾患によってはやめたほうがいいのかもあるので、まずかかりつけ医に相談してほしい。また薬の量が多くて飲み方がわからないというような時や、余る薬や足りなくなる薬があつておかしいというような時は、複数の薬をひとつの袋に入れる一包化などもできるので、かかりつけの薬局で相談してほしい。

ジェネリック医薬品は、安全性や効き目を国で試験して最初に出ている先発医薬品と同じ成分や効果で作られている薬だ。ただ主成分が同じで、添加物に関してはジェネリックのほうが優れていたり飲みやすかったりする場合もあるし、逆に合わない場合もある。また、今はジェネリックでもオーソライズドジェネリックといって先発薬と添加物まで全く一緒のジェネリックも出ている。全く一緒のジェネリックがいいのか、添加物が違って製薬メーカーによって工夫があるのかがいいのかは、薬局で相談したらいい。

(委員) よくわかるが高齢者なので、書いてあってもその指示どおり飲んでいない場合もあるし、何に効くとか、食後何分以内に飲むなどの飲み方もわからないで飲んでいる方も多い。薬局によっていろいろあると思うが、市民の方にもっと

わかりやすく説明してほしい。

(委員) 薬をもらったら薬の袋に飲み方が書いてあり、また薬の説明の紙がある。その紙に血圧を下げる薬などの効能の説明や飲み方の注意などが書いてあるので、それを見てわかるまできちんと聞いていただくのがいい。どんなふうに効くのかわからないとか、どんな副作用がでるのか知りたいとか、詳しく聞いてもらえば、それを説明するのが薬剤師の仕事なので、しっかりとかかりつけの薬剤師を捕まえて、きちんと説明するよう求めてほしい。

(委員) よくわかるが、なかなか一般的に実現していないように思う。

(委員) 委員になって、初めて参加した。今回の会議で、広域連合でデータヘルス計画を予定していることがわかったし、制度施行状況の説明で、一人当たりの給付費は全体的に下がってきているとのことも聞いた。今後も給付の減に努めていただきたい。