

平成21年度第1回奈良県長寿医療制度懇話会概要

1. 日 時 平成21年10月27日（火）午後2時から午後3時55分

2. 場 所 奈良県社会福祉総合センター 5階 研修室B

3. 出席者

【 委員 】 松田委員 仲村委員 奥田委員 農野委員 森口委員 竹上委員
中森委員 秋山委員 今村委員 安川委員 西島委員 榎原委員
森川委員 杉本委員

【広域連合事務局】

竹内副広域連合長 山崎事務局長 奥田次長 藤本総務課長
山岡事業課長

4. 次 第

- 1 開 会
- 2 あいさつ
- 3 委員紹介
- 4 議 事
 - (1) 長寿医療制度施行後の事業実績概要について
 - (2) 平成21年度からの新たな取組み等について
 - (3) 長寿医療制度の見直しの経過と今後の予定について
- 5 閉 会

5. 懇話会の概要

次第 1 開 会

(司会進行 藤本総務課長)

次第 2 あいさつ

- 竹内副広域連合長あいさつ

次第 3 委員紹介

- 新委員紹介

次第4 議 事

- (1) 長寿医療制度施行後の事業実績概要について
 - (2) 平成21年度からの新たな取組み等について
 - (3) 長寿医療制度の見直しの経過と今後の予定について
- (1)(2)(3)について、資料に基づき事務局より説明

● 意見、質疑及び回答の概要等

(委員) 医療費の動向のところで、伸びている状況があるという事務局の説明があったが、例えば、医科・歯科の療養の給付費の中身、診療報酬でいうと行為別の分析、薬の重複投与、検査の重複など広域連合としてそういうデータの分析や、調査を考えているのか教えていただきたい。

というのは、入ってくる保険料の話と同時に出ていく給付の額の問題があり、給付を適正に行えれば、仮に将来色々な形で制度が変わっても、特に現状の、景気の動向を踏まえると所得の下がっていく状況の中でも、適切な医療を提供でき、また住民の健康が保障されるということを考えれば、こういった分析は今後重要ではないか。

(事務局) 広域連合では、少なくとも市町村別のデータというものがあり、市町村別の傾向を分析することはできる。また、国保連合会に審査等を行っていただいているが、その中で点検を充実してやっていただいているという状況であり、薬の重複や検査の重複についての分析については今後の課題と考えている。

(委員) 健康保険組合では、前期高齢者について以前訪問事業を行い、それに基づいて重複受診についても確認した際、補装具を複数持っているという例を聞いたことがある。

(委員) 重複受診については日医（日本医師会）のデータではほとんどない。一応データを日医総研（日本医師会総合政策研究機構）等に確認してみてもいい。

(委員) 医療費の通知は年3回やっているということであるが、ジェネリック通知というのを今後広域連合で考えているか、また高齢の方が割にジェネリックに関心を持ってらして、利用されているということがあるが、そのあたりの数字をどれくらいつかんでいるかお聞きしたい。

(事務局) ジェネリックの具体的な数字というのは手元に持ち合わせていないが、ジェネリックに関しては昨年度、市町村窓口及び薬局にパンフレットを置いて啓発をさせていただいた。今年もこういった形での啓発等を考えており、配布等の方法等も含めて、関係機関とも調整しながら進めていきたい。

(委員) 市町村と薬局でパンフレットを配布しているとのことであるが、それだけで認知していただけるのかどうか、もう少し工夫のほどをお願いしたい。

(委員) ジェネリックは信頼度がまだ低いということがあり、医師会は推し進めようとは思っていない。厚労省は先発医薬品とジェネリック、同類品が全く同じようであるように言っているが、化学式はいっしょでも添加物等で全く同じとは言えない。

ジェネリック＝先発品ではないということを理解した上で使っていただくのはいいと思うが、市場原理によって価格の安いものを使うように、というのは、個人の自由もあり、お金だけで考えるべき問題ではないと思われる。

(委員) ジェネリック薬品については、諸外国と比較して日本はかなり利用が少ない。そういう中でやはり医療費が高くなってきており、厚労省がジェネリック医薬品を推進していこうとしているが、患者さんにパンフレットを送ってもなかなかご理解いただけない。

また長寿医療制度の被保険者の皆様にとっても医療費がかなり負担になっていると思われ、ずっと長く同じ病院にかかられることから、ジェネリック医薬品を利用できる機会が多くメリットがあるのではないか。協会けんぽや、市町村によっては国民健康保険でも、個別にジェネリック薬品に変えたらどれだけ薬代が安くなるか、というわかりやすい通知をしていこうという流れがあるが、広域連合においても、来年度にジェネリック薬品についての広報をどのようにしていくのか、そのあたりのお考えについて教えていただきたい。

(委員) 諸外国というお話があったが、イギリスなどがナショナルヘルスサービス、すべて国家がみるという形で、フランスでも同じようにほとんど国家がみて、ヨーロッパの先進国においては公助というのが一般的であり、制度自体が自助公助という日本とは根本的に異なっている。

ヨーロッパではそういう社会制度の中で後発医薬品を積極的に使っていた経緯、また後発医薬品メーカーを育ててきたという面もあり、先発メーカーが後発医薬品を積極的に出していたという違いもある。

日本は今、後発医薬品を育てている段階だと思うが、日本は医療制度改革の中で、後発医薬品が推進されてきた経緯があり、すべてをジェネリック医薬品にするとしたら、先発医薬品メーカーも潰れてしまう形になるであろうし、いろいろと問題点が多い。

ジェネリック医薬品を普及させるにしても、お金の面だけでなく、このようなメリットがあるという説明がないと納得が得られないのではないか。

(委員) 厚労省もジェネリック医薬品の普及に向けて旗を振っているが、あくまでも医療費を適正化する、お金の問題になっている。医療の内容というのは考えてないのが一番問題だと思われる。

(委員) ジェネリックという言葉の発音さえも難しいという状況だったので、この言葉を普及させるというのは、大義名分があったと思う。患者さんのお立場の方からこの言葉をご存じかどうか。

(委員) ジェネリックという言葉を書くのは聞いていたが、詳しくは知らなかったことで、今初めていろんなことが見えてきたという感じ。

(委員) ジェネリック医薬品、後発医薬品とは、最初に作った薬が20年位前に作られて、10年位経つと、同じ成分の薬を他の会社が半額ぐらいで作ることができる。ただ全く同じだと特許の問題もあるので、若干混ぜものが変わっていたり、化学式で言ったら1つだけ違っていたりという形になり、安くなる。

ただ厚労省の審査も半分ぐらいに項目が減るので、医療者側からすると、本当に安全を確認しているのかという疑問が残る。

それに対して保険者側からすると、国の検査をパスをしているということになる。

使う側からすると、もともとあった薬は経験があるので副作用がわかっており、一方新しい薬というのは、標準よりは超えているというのはわかるが、最高水準かどうかということとはわからない。ただ金額は半額ぐらいに下がる。それを天秤に掛けるという選択肢になる。

これらの情報を、ジェネリックという非常に難しい言葉で説明するので、なかなか普及しないというか、その言葉そのものがわからないという状況がある。

(委員) ジェネリックという言葉について、どこかで聞いたかなという感じで、先程からの説明で今、少しずつわかってきたところかと思う。

ただ一般の消費者がスーパーで買い物をするのとは違う。やはり医薬品であるから、最終的にはお医者さんの判断にお任せするということになる。また日本人の国民性として、一度お医者さんにかかる、なかなか変えにくいというところもあり、そういう心情からすると、このジェネリックという医薬品があると知っていても、消費者の立場からは変えることは難しい。

(委員) 前回の診療報酬改定の際、処方箋にドクターが「ジェネリック薬品に変えないで下さい」というところに丸をしない限り、処方箋を薬局に持っていったら薬局で安いほうに変えることができ、逆にドクターが「変えてほしくない」に丸を付けていれば、その薬しか出せないということになった。パンフレットでそれを説明しようとしているが、分かりにくいと思われる。

情報提供ということであれば、ジェネリックという言葉そのものについて知名度がないので、知ってもらおうというのはいい事だと思う。

ただ、薬のうちの半分は院外処方箋であるが、院外処方箋を薬局に持って行って薬をもらう時に選択肢が広がっているということが分かりにくく、PRの仕方は工夫をしていかななくてはいけない。

(事務局) こういう仕事に携わっている者からすれば、最近テレビ等でジェネリックという言葉を目にするようになってきたので、一般にも結構認知されているような錯覚を持っているのかもしれない。パンフレット等を作るのであれば、原点に帰って、どなたにもわかるように工夫をしていく必要があるだろうと考えている。

(委員) ジェネリック医薬品にはいろいろ論点があるかと思うが、まず認知度ということに関しては、後発医薬品という言葉、ジェネリック医薬品という言葉が昔に比べて知っておられる方は大分増えている。ただジェネリック医薬品といっても、医療費抑制の部分で、数字にだけこだわって見ていくと、あたかもジェネリック医薬品で医療費が下がるような錯覚を起こすような部分も否めない。ジェネリック医薬品を使うことで医療費が減ったとしても、高齢化が進んでいくという構造を変えるわけにはいかない。今後の金額をどこから持ってくるかの仕組みもやはり考えていかないと、この制度自体はやはり長続きはしないと思う。

厚労省に関しても、ジェネリック医薬品の発売をしているメーカーがものすごく多く、処方するドクターの方からしてもどこのメーカーの薬が使われるのかわからない。そのあたりの部分が問題になっているというドクターもいる。

またすべてにジェネリック医薬品が存在するものではなく、ジェネリックに変えられないような薬も当然ある。ドクターの方も、その人の健康のために効き目の新しい部分の薬が使われている部分もある。この冊子はいいものだと思うが、全部が全部半額になるのではないということも考えていただきたい。

(委員) 75歳を超えた方へのケアを手厚くしていくという意味であれば、情報提供のやり方もそれに向けたものでないといけないと思う。

(委員) 住民の立場からお話しさせていただくと、長寿医療制度に変わって保険証が個人に配布されたが、字が小さくて見えないといった苦情がたくさんあった。先日、市役所で保険証に対しての苦情、あるいは紛失などの頻度が以前と変わったかと聞いたが、当初大変だったが今は減ったとのことだった。

また健診について、行政から健診を奨励されるが、検査の内容が以前の健診の内容と違って、項目が少なくなっている。いろいろ疾病をお持ちのお年寄り、全部個人のお医者さんにお世話になっており、そこでも検査がある。健診でもかかりつけの医者でも検査するとなると、その医療費は重複していることになるから、これも無駄ではないかと思っている。

(事務局) 健診項目については特定健診と同じ項目となっている。医療機関での受診と健診の重複については、例えば、健診項目と診療と重複にならないよう医療機関で総合的な形でやっていただけると効果的ではないかとも考えるがそのあたりは非常に難しいところではないか。

また保険証については、当初小さく見にくいという声をいただき、カードサイズである中では、活字を最大限大きくさせていただいた。また名前の長い方も

おられることもあり、名前が表示しきれない等の失礼のないよう、多少小さくなってしまっている部分もあるということもご理解いただきたい。

(委員) 特定健診は現役世代の健診であり、高齢者の健診を想定しているわけではない。75歳以上の方の健診項目は老人保健法のとおりと同じように、もしくはもっと増やさなくてはならない。

健診の受診率が13.8パーセントとのことであるが、受診率を伸ばすためにはもっとお金を出して健診の項目を増やせばよいのではないかと。

(委員) 高齢者でも疾病を持っている方は、かかりつけの医師によって定期的な検査でフォローされていると思う。高齢者は健診の通知が来ると、医療で同じ検査を受けているという意識はなく、健診を受けられる方もいる。医療費の重複のないようにしていただきたい。

(委員) 医療のデータと健診のデータがリンクしていないので、2回検査をしないと健康状態がわからないという状況がある。例えば医療機関で健診を受け、そこで健診データを保管していただくようにすれば、自分の主治医の方が健診データを見ることができ、もう一回保険を使って同じ検査をしなくていいからその分だけ医療費の削減になるのではないかとのご指摘だったと思う。それはいくつかの市町村ではやっており、検討することは可能だと思う。

(事務局) 健診結果については全国的なシステムがあるので、主治医である方がいらっしゃるのであれば、これをご活用いただく事ができればと思う。

(委員) 他で受けた健診結果の活用は実はしづらい。ドクターのところでお願いしている検査会社と正常値が違う。自分のところの数値がデータで高いか低いかわかりにくい。もう一回見なければいけない。普段かかっているドクターで健診として受ける事ができれば、医療費の無駄にならない。

(委員) 受診率が13.8パーセントとのことであるが、目標とする数字はあるのか、またそれに対するペナルティー等があるのか。

(事務局) 長寿医療制度に関しては、健診受診率の国のから目標値の設定はなく、目標に達しない場合のペナルティーはない。

ただ、元々これくらいの年代の方が老人保健法のもとで28パーセント程度受診されていたという実績があるのでその位は確保するようにしたい。

(委員) 保険料の平均額が約6万3千円から約6万2千円に下がっているとの説明があった。一方で給付費は当然上がっていると。

厚労省が最近出した通知によると、2010年度の保険料が昨年度に比べて

全国ベースで10.4%増加が見込まれているということであった。先程の説明だと均等割と所得割のうち、所得割の分が減ったから保険料の平均額が減ったということであるが、これは来年保険料がまた下がるということではないと思われる。来年は保険料は7万近くにあがるのかどうか、そのあたりの試算はどうなっているのか。

(事務局) 来年度についてはまだ試算中である。

平均保険料額が下がったと説明した部分であるが、軽減を受けられた方が増えた部分については、当然その軽減については国、県、市町村で補填するといった状況もある。

(委員) 10.4%上がると厚労省が言っているのは、それは補填しない状態ということか。

(事務局) 厚労省が言っているのは、1つは医療給付費が伸びるであろうということと、また来年から高齢者の負担率が上がるということ。

もともと後期高齢者医療制度のフレームとして、半分は公費、半分は高齢者の保険料と各保険からの支援金で賄うこととなっている。現状では、高齢者の保険料と支援金が10%対40%となっているが、この10%のところを10.26%に上げるという方向が出されている。よって高齢者の保険料で負担すべき部分が若干増えてくると、こういったところも影響している。

(委員) 後期高齢者医療制度の問題であるが、被保険者の57%、半分以上に保険料の軽減をしなければいけないような制度が本当にきちんとした、確立した制度であったのかどうか、そのあたりの反省をしなければいけないのではないか。

支援金が4割で、1割分が保険料とのことであったが、先ほどの説明にあったように10コンマ何%増える可能性があるということと、特定健診、特定保健指導の結果によってはまた変わるだろうし、いろんな仕組みが加えられている。後期高齢者医療制度というのはお年寄りの医療費を下げようという制度だったから、こういういびつな形になっている。

後期高齢者医療制度は廃止するべきだと考えており、民主党も今回廃止というのはいいことだと思うが、ただどういう制度にするのかをこれから考えていかなければならない。

(委員) 制度そのものの根幹に問題があったことは確かだと思われる。

今回はこの制度を一度廃止するという話が出てきているが、今後どのように変えていくべきかということは、次の制度を議論する時も同じ問題として残っていて、以前4年議論されていて解決しなかった問題であり、それをまた4年以内に議論して解決しようということであれば、いい案を挙げていかない限りは、同じ期間で議論したら同じところで進まない可能性がある。

(委員) 後期高齢者医療制度廃止について、新聞によると、京都府後期高齢者医療広域連合が「老健制度が抱えていた問題の解決を遠ざけ、制度の度重なる大幅な見直しにより高齢者や制度を実施する現場に大きな混乱が生じることが懸念されることとし、制度の堅持を求め決議を採択するなど反対の声も上がっている」とのことであるが、民主党マニフェストが公表されたころよりも、後期高齢者医療制度が落ち着いていることも事実である。

加入者の皆さんにとっては制度というのは大変大事なものであり、これだけ景気が悪い中、医療、年金に不安があるとさらに消費が落ち込むことも考えられるので、加入者の生の声を聞きとって早く制度の方向性を示していくことが大事かと思う。

(事務局) 政府では地域保険として一元化を図ろうとしている。後期高齢とか国保だけの問題ではなく、幅広い人たちの利害やそれぞれの思いが通じあい、誰からも理解が得られるような制度設計をしていただかないといけない。

そういった面等含めて、奈良県広域連合独自として、また先ほど申し上げた全国後期高齢者医療広域連合協議会もできたことであるので、全国でタッグを組んで要望していくということも考えているところである。

(委員) 国保と健保、協会けんぽ等色々あるが、保険の一元化を民主党政権は考えているわけで、そのなかで後期高齢者をどうするか、ただ制度を廃止すればよいというものではなく、高齢者をより大事にする制度に改めてくことを、もっと大きな枠組みのなかで考えていく。そのためには4年間くらいが必要ということだろう。

(事務局) 医療の一元化というのは、地方としてもそういう方向であるべきであろうと考えるし、特に健康保険の分野ではいい方向ではないか。

また、我々としては単なる医療保険の観点からで高齢者を見るのではなく、高齢者福祉全般の中で医療を見るという考え方で制度設計を進めていくべきでないかと考えている。

後期高齢者医療制度、国民健康保険は、毎年毎年制度変更が積み重なり、非常にややこしい、わからない制度になっている。今後の医療保険は、高齢者福祉の立場からわかりやすくシンプルな方向を目指していただきたい。去年から被保険者からの声もおおよそパターンが分かってきているので、それらを国に申し上げるとともに、制度設計にあたってはあくまで高齢者福祉の中の医療保険であるという考え方に立って、そういったことを発信してまいりたい。

(委員) 今回様々な試行錯誤があり、問題点はかなりの部分は解決しているのではないか。であるからこそ、長妻厚生労働大臣もすぐに制度を廃止せず、今あるいい部分は維持するように持っていくのではないか。

また大きな枠組みを変えられるチャンスでもあるので、広域連合の方からも提言していただきたい。

(委員) 現役世代からの保険料から後期高齢者への支援金を負担しているが、それを知らずに払っている方もいらっしゃる。後期高齢者については、半分は公費が投入されているが、前期高齢者についても半分の公費を投入して、経済的に持続していくことができるような制度にしていきたい。

(委員) もともと国保が会計的に厳しいというのが後期高齢者医療制度の議論の発端だと思う。今回元に戻さなかったということはそのあたりは理解していただいているということかと思われる。元々75歳以上で区切ったというのが反感を呼んでしまったので、その区切りを広げるということで今後の議論が進むのではないかと。ただ前回4年間で議論が進まず中途半端な制度になってしまったという状況であるので、国がどこまで先に進められるか、広域連合からも後押しするような意見を出していかないと前回と同じ所で議論が止まってしまう可能性もある。

(委員) 医療制度の見直しの問題について、資料19ページから提示されている政府の方針では、全国老人クラブ連合会からの意見はほとんど取り入れていただいていると感じている。

民主党の話から、今後改善、見直し、大きくは廃止という問題もあるが、廃止されると大きな混乱があるのは当然であり、それに伴って莫大な費用がかかることもマイナス要因である。

一般的に現行の制度は定着しているし、現状の見直しを積極的に行って、この制度を維持してほしい。

(委員) 県のほうでも近々発行する11月号の県民だよりで、全国で医療費が少ないことで有名な長野県と奈良県との比較、分析を行った。奈良県のよいところ、十分でないところもわかったが、一方、奈良県の中でも長野県より進んでいるところとして、山添村がある。長野県と山添村に共通する部分は健康づくりであり、村におられる医師、保健師、ボランティアが一緒になって早い時期から健康づくりを進める取組みをされている。

県としても来年度以降、少子高齢化のなかでどういう医療保険制度を考えるのかの前提として、皆さんができるだけ病気にならず、健康で長寿である、健康長寿立県をめざし、長野県や山添村を参考にし、取組みを進めたいと検討している。

(委員) 長野県の話が出たが、厚労省が入院日数の平均日数などを長野県に合わせなさいと言われる。医療水準を保ちながら適正に効率化することを追求していくのはいいが、医療費を安くするためになんでも長野県の水準というのではなく、いいところをとっていただきたい。

(委員) 奈良県は医療費適正化計画ができていない唯一の県であるが、それはなぜか
というところ、ご指摘のあったように長野県を一つの基準点にして厚労省の示した参
酌標準にのっとして目標値を設けることはしないで、奈良県の実態を踏ま
えていこうとしてきた。なんでも長野県に合わせるのではなく、長野というもの
を参考に、奈良県に持ってこられるいいところを参考に、いい健康づくりを
目指したいと考えている。

(委員) 後期高齢者の見直しについて、積極的な意見と事務局からの回答をいただ
いたが、今の制度で乗り越えたいところは残して、また一方で大枠を変えて全体
の中の後期高齢者医療に持っていけるよう、ぜひ後押しをしていただきたいとい
うのが全体の議論の中での多くの意見と思われるので、事務局より国へ積極的に
意見として出していただきたい。

5 閉 会

(事務局) 次回の懇話会は来年1月の開催を予定しているが、具体的な日程については、
事務局より個別に日程等確認のうえ、調整させていただきたい。

以 上