

第 17 回 後期高齢者医療運営懇談会議事概要

日 時 令和 4 年 11 月 18 日 (金) 午前 10 時から午前 11 時 40 分まで

場 所 栃木県本町合同ビル 901 会議室

出席者

- ・河野 楯夫 委員 ・中尾 清茂 委員 ・川淵 幸男 委員
 - ・佐々木 克博 委員 ・入江 雅之 委員
 - ・藤本 亨 様 (高梨 晃一 委員代理)
 - ・春山 敏明 委員 ・篠崎 和男 委員 ・山本 康弘 委員
 - ・田野邊 一徳 委員
- 以上 10 名

事務局

- ・石崎 金市 事務局長 ・中山 和江 事務局次長兼総務課長
- ・大和田 全己 管理課長 ・吉野 清史 給付課長 外 8 名

議 事

1 開会

2 あいさつ

○事務局長あいさつ

○委員の紹介

3 議事

(1) 前回の意見等への対応状況

<事務局>

令和 3 年 11 月 9 日に開催した「第 16 回運営懇談会」においては、「効果的な広報活動」、及び「健康診査受診率の向上」等をテーマとし、多くの御意見や御提案をいただいた。それらを踏まえ、これまで対応してきた主な取組み等について、御報告する。

まず、「効果的な広報活動」についてであるが、「封筒に資料を入れて送付した場合、なかなか読んでもらえないため、圧着形式のものを送付する、ダイレクトメール、スマートフォン等を活用するなどしてはどうか」との御意見をいただいた。

これについては、「生活習慣病受診勧奨通知(再勧奨分)」に圧着はがきを採用し、今月発送するものとなっている。

また、「紙には目を通さない方が多く、言葉で普及啓発を行うことが有効ではないか」という御意見もいただいた。

そこで、本年4月から6月に、ラジオCMによる歯科健診の受診勧奨を実施したところである。

次に、「健康診査受診率の向上」について、「訪問や声掛けをするなど、地域で後押しすることが重要ではないか」との御意見をいただいた。

現在、広域連合では、市町への委託により、「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施」を推進しているが、この中に、健康状態が不明な方や閉じこもりの可能性がある方の自宅を訪問することにより、健康状態の把握や、健康診査あるいは医療機関の受診などへつなぐ取組みがある。令和4年度においては県内23市町で「一体的実施」の取組みが開始されているため、そうした訪問の取組みを、より一層充実していけるよう、引き続き市町を支援していきたいと考えている。

また、「健康診査に、行きたくても行けない方の交通手段の確保が効果的ではないか」という御意見をいただいた。

広域連合では、市町が実施する高齢者の健康づくり推進事業などに対して、「長寿・健康増進推進交付金」を交付し、市町の取組みを支援している。

その中で、本年度は新たに、市町が集団健診を実施する際に、バスやワゴン車等の移動手段を提供する場合を交付金の対象事業としたところである。

さらに、「開業医等が、外来の被保険者に健康診査を受診するよう積極的に声掛けをすることが効果的ではないか」という御意見をいただいた。

このことについては、市町において、診療所等にチラシの設置をしたり、医師が健康診査の受診勧奨などを行った場合、次年度から「長寿・健康増進推進交付金」の対象事業とすることを検討しているものである。

次に、「口腔機能評価やオーラルフレイルに係る検査を市町に導入することで、歯科健診受診率が向上するのではないか」との御意見をいただいた。

こうした意見を踏まえ、本年度から、口腔機能評価の実施を含めた歯科健診の受診機会を拡充するため、市町で実施する歯科健診において、従来の個別受診に加え、集団形式の歯科健診の実施を奨励するとともに、次年度からは、そのために必要となる費用の一部を、新たに「長寿・健康増進推進交付金」の対象に加えることを、検討しているところである。

さらには、歯科健診の対象者を「前年度に75歳となった方」から、「75歳、80歳、85歳となった方」にする予定で考えている。

<会長>

ただいまの説明について、御意見、御質問などはあるか。

(2) 事業の実施状況

資料1に沿って事務局より説明。

<会長>

ただいまの説明について、御意見、御質問などはあるか。

<委員>

24頁の歯科検診の審査事業について、口腔機能低下症を含めた歯科検診を徐々に実施してきているところである。これについて広域連合で、歯科検診における集団検診の推奨や、75歳・80歳・85歳への対象者の拡張について検討をさせていただくなど、より実施しやすい環境を整えていただいていることから、実施市町も増えてきている。ここに記載されている以外に、令和4年10月から足利市も既の実施している。以上のことから、我々が非常にやりやすくなっているということに対して感謝する。今後もよろしくお願ひしたい。

<会長>

事務局からもし何か関連事項等あればお伺ひしたい。

<事務局>

歯科検診については広域連合としても歯科医師会の協力を仰ぎながら積極的に推進しているものとなっている。令和4年度も、10月から足利市で歯科検診を行っており、また来年度からさらに拡充する方向での検討を各市町で行っているという情報も頂いているところである。今後についても、また協力をいただきながら歯科検診拡充について広域連合も努力していきたいと考えているため、今後ともぜひ御協力をお願いできればと思う。

<委員>

資料23頁の健康診査事業について、私の町は受診率が良くないように感じる。次年度は35%の受診率を目指すと言われているが、そもそも30%台を目標にしているということは、目標値として適切なのか、過剰な目標ではないのかという疑問を持っている。また、全県的に見ても受診率は各市町とも褒められるような状況ではないと考える。健診受診率を高めるために何が必要なのかしっかりと考えていく事が必要であり、それが医療費の面にも影響していくと考える。

<会長>

関連して委員または事務局から御意見、御質問などはあるか。

<委員>

23頁の内容について。私の市では、高齢担当課において「生活支援協議会」というものがあり、私はその委員も務めている。今年度の協議の場で、健診についてのポイント整備の導入を進めているところである。内容としては、1ポイント100円とし、来年度に向けて検診を受けた方に対して「1回受診すると5ポイント付与」を行い、それを500円相当の商品券等に換算できるという取組を導入しようということで進めているものである。しかし、行政の主管課である健康増進担当課からは、令和6年度からの事業とするよう言われていることから、担当課の意識が低いのではと感じる。このことから、行政の担当部署や担当者個人の意識改革が必要ではないかと感じる。当該協議会の場で歯科検診についても意見が出

ており、そちらについてもポイント制度の導入を提案したところ、見送りとなった。私としては担当する部署や担当者の意識が改革されればありがたいと思う。

<会長>

関連して、もしくは事務局を通じて何か御意見などはあるか。

<事務局>

まず健診事業の受診率であるが、広域連合で作成している「保健事業実施計画(2期計画)」の中で、令和5年度における健診受診率については35%の数値目標を掲げている。新型コロナウイルス感染症の影響もあり、最新の実績である令和3年度については栃木県で28.4%、全国においても30.7%となっている。さらに、市町ごとに見ても、受診率は非常にばらつきがあるものとなっている。まずは来年度、受診率35%の達成に向けて各市町に働きかけをしていきたいと思っており、そのために、広域連合の長寿健康推進交付金等を大いに活用していきたいと考えている。また、来年度作成する「保健事業実施計画(3期計画)」の中でも、健診受診率の目標設定をどのくらいに定めるかということについて慎重に検討し、あまり実態と乖離した目標とならないよう、慎重に検討していきたい。また、検討した結果については運営懇談会等でお示しし、委員の皆様の御意見等をいただければと思っている。

行政機関は、新たな事業の実施に関しては「予算」と「人員」の裏付けが必須となる。その反面、前年度には次年度予算を確定させてしまうという性質と、当年度に新たな事業を推進させたくても急に人員を増やすことができないという性質があることから、結果として取組みが遅れていくということが発生する。そのため、新規事業の推進においては計画的に行っていくということが非常に重要であると考える。

また、数字に出ているように、各市町で温度差があることは事実である。広域連合においても可能な限りPRをし、まずは市町の所管課に真剣に取り組んでいただけるようお願いをすることが第一であると考えている。さらに所管課から財政部署や人事部署に働きかけてもらい、具体的に進んでいくよう、地道に取り組んでいきたい。

<委員>

各市町長にこの表を示すことは非常に有効ではないかと考えた。また、各市町議員にもお渡ししてみたいとも考えた。ただ、あまり受診率が上がりすぎても、医療費の面では逆な効果も出てくることが懸念される場所ではある。

<会長>

ただいまの内容について、御意見、御質問などはあるか。

<委員>

資料の7頁にある2割の被保険者数の令和5年度の見積は出るものなのか。

<事務局>

今現在広域連合において、支出がどのようになるのか、それに見合っただのくらい歳入が見込めるのかを含め、次年度予算編成を行っているところである。昨年度編成をした今年度予算については、国の決定が遅く、2割負担の被保険者が

どのくらい増えるのか見通せない状況であった。ただ、今年度については10月から2割負担が実施され、その結果が今後出てくることから、それを踏まえてさらに正確な見積をし、2月議会にお諮りをしたいと思っている。

<会長>

関連して委員または事務局から御意見、御質問などはあるか。

－休憩－

(3) 重複・頻回受診者及び重複・多剤服薬者対策について

<事務局>

「資料1」25頁に記載はあるが、改めて詳細について「資料2」を基に御説明する。

広域連合では「被保険者に関する健康・医療等に関するデータ」を活用しながら効果的、かつ効率的に事業を実施することにより高齢者の健康の保持・増進、QOL等の向上を図ると共に、これらを通じて後期高齢者医療制度の安定運営に資するため、「保健事業実施計画」を策定し、事業を推進しているところである。現計画は平成30年度～令和5年度を対象にした第2期計画となっており、令和3年3月に改定を行ったものであるが、これに基づき、各種保健事業に取り組んでいる。

今回議題とさせていただいた「重複・頻回受診者及び重複・多剤服薬者」を対象とした相談指導事業もこの計画の中に位置づけられており、各市町における関連事業の取組の状況、さらには事業を実施する中で生じた様々な課題について、市町と共有を図りながら事業を推進している。以上を踏まえて、おのおのの事業について概要と実施状況について御説明させていただきたい。

－資料2に沿って説明－

<会長>

ただいまの説明について御意見、御質問などはあるか。

<委員>

1点目として、「2 事業の実施状況(令和3年度)」の「①対象者」については、②に記載のあるシステムによりはじき出した75名・98名という数値であるということではよろしいか。また、裏面の重複・多剤の場合は1度対象者を抽出して絞り込んでいるものとされているが、絞り込む前の数値はどのくらいか。

2点目として、他の保険者についても当該事業の対象者に関する同様の統計・データがあるのか伺いたい。また、そういったデータがある場合に、後期高齢者医療制度の対象者の割合と、他の保険者における対象者の割合とを比較した際の高低について伺いたい。

<事務局>

まず、対象者の抽出方法については、条件で機械的にシステムにより抽出する。そして、そのデータを基に市町に問い合わせをかけ、施設入所者や入院患者、市

町独自の福祉事業対象者は除外し、最終的な対象者としている。例えば「重複」については、当初の抽出人数は 362 名であったが、以上のプロセスを踏んで絞り込んだものとなっている。

<委員>

重複の人数が 362 人から 32 人になったという理解でよろしいか。

<事務局>

その通りである。

<事務局>

まず、重複受診者については資料の条件により抽出した人数が 362 名となっている。この人数には、例えば同一疾病でも必要性があるため複数医療機関を受診せざるを得ない方も含まれている。このような、介入が不要であるにも関わらず、システム上は「重複受診者」という判定になっている方々については、広域連合の保健師によるレセプト目視によって選別し、その後の対象者を基に市町に問い合わせをかけ、市町独自の福祉事業対象者等は除外し、介入が必要な方々として 80 名まで絞り込んでいる。そして、その方々にアンケートを含む通知を送った結果、アンケートの返信があり、かつ連絡先の記載があった方に限定すると、最終的に 32 名という対象者数となる。

同様に、頻回受診者については当初抽出が 171 名となっている。そこから広域保健師による選別を行い 106 名まで絞り込み、その後、それぞれの市町の担当部署と相談の上で 98 名まで絞り込んでいる。さらにその方々にアンケートを含む通知を送った結果、最終的な人数が 40 名となる。

なお、重複・多剤服薬者についても重複・頻回受診者と同様の抽出プロセスとなっている。

<委員>

電算システムにより形式的な人数を割り出し、そこに広域連合での知識を加えて真に必要な人数を割り出したのが資料上の数字ということで理解した。

他の保険制度との比較というのは、難しいとは思っているが、できるものなのか。また、そういった数字が統計的にどこかに出ていることはあるのか。

<事務局>

まず前提として、厚生労働省により、平成 24 年頃から専門職による保健指導に関するこれら事業を行うようにということになっているため、後期高齢者医療制度にとどまらず、他の保険制度においても同様の取組を行っているものである。その中でも、保険者に対する対象者の割合までは公表はされていないと認識しているため、結果として保険制度間での比較は難しいものと考えている。

<会長>

ただいまの説明について御意見、御質問などはあるか。

<委員>

資料の②実施状況に「広域連合電算処理システム」「KDB システム」と、システムについての記載があるが、市町への照会等については KDB システム上で行っているということか。

<事務局>

KDB システムで判断できない部分もある関係から、そこについては市町に直接確認する形で進めている。

<会長>

他に御意見、御質問などはあるか。

<委員>

自分自身、痛風の疑いにより、17年から18年ほど薬剤の服用を続けている。寛解・再燃を繰り返していることから、医師に「そろそろ薬をやめていいのではないか」とも言っているが、「まだだめですよ」と言われている。友人の中には、「医師の言っていることは本当か、別な病院に行ってみようか」と言っている人もいる。例えば別な医療機関で検査を受けることや、別な薬を飲んでみようという医師からの助言や、患者側の自発的な選択を提案するということも必要ではないかと思う。医師の適切な助言があれば、重複受診等も少なくなるのではないかと感じる。患者側のみならず、医師側の助言・指導に対する影響もあるのではないかと感じているところである。

また、新型コロナウイルス感染症の影響により、医療機関側も通院頻度における対策を取るようになり、薬剤を1か月に1度ないし2か月に1度しか出さないという取組を行っていることもある。そのため、患者の状態や薬剤の適正投与における緻密な管理が難しい側面もあると考える。

<委員>

マイナンバーの保険証利用及びマイナポータルサイトへの加入により、患者個人における薬剤情報の管理が可能となり、また、複数の医療機関間で管理が可能になる将来がくることと思う。具体的には2年後にそういったことを実行されるとの話を聞いた。NHKによる世論調査においても賛成44%・反対42%となっていた。そこで、本当に2年後にこのような状況になるのか。広域連合が把握している限りの情報として、どのような状況となっているかお聞きしたい。

<事務局>

2022年秋頃までは、厚生労働省より、「最終的に被保険者証を発行するか否かは各保険者の判断するものである」と聞いていた。しかしその後、2024年度に被保険者証を廃止することとされた。このことについて、国の詳細な見解はまだ示されていないものとなっている。

<委員>

現大臣となり、デジタル庁が積極的にDX化の推進を行うようになった事も影響していると考ええる。ただ、詳細に政府の意思決定がされたかどうかは情報として持っていないところである。ただ、厚生労働省の事務方においては、例えばマイナンバーカードを保険証にした場合の短期証の発行は不要になるというような技術的な検討を内部で行っているようであるが、保険証をマイナンバーカードに切り替えられない方の取り扱いをどうするのかという部分は詰め切れていないと思っている。さらには、医療機関においてもマイナンバーカードの保険証利用によるシステム整備が必要になる。以上の2点がまだ明確でない状況の中で報道のみ

先行しているのが現状である。

当然、マイナンバーカードの保険証利用が可能になれば、受診歴等がデータとして蓄積され、重複頻回受診や多剤服薬への被保険者に対する注意喚起がしやすくなるというメリットはあると考える。

<委員>

今は、マイナンバーカード作成及び健康保険証の利用登録による 7,500 ポイントを含む最大 2 万円のマイナポイントがもらえるため、登録に動いている方も多い。また、住民のマイナンバーカード申請率が約 53% 以上であれば自治体も交付金を申し込むことができる。診療所についても、マイナンバーカードのオンライン資格確認により投薬状況なども管理できる状況ができつつある。このような状況において、今後の動向について気になったものである。

<委員>

デジタル化のメリットは大きい。市町においても集団でマイナンバーカードを申請できるような取組を行ったり、できるだけ多くの方にマイナンバーカードを取得していただけるように動いているものと認識している。

<委員>

オンライン資格確認システムは半強制的に入れられているところである。2 年後には全ての環境を整えそのシステムで診療内容を全て把握できるようにするのが厚生労働省の目標と聞いている。

例えば小さな規模の診療所で、パソコンや Wi-Fi 環境の整備も難しい機関もあるが、2 年後には 8～9 割について環境が整う見込みである。

<委員>

電子カルテの導入の際にも、医師が 1 人で運営している診療所などは導入しないのではないかという意見もあったが、現在は医療機関の 9 割以上は導入している。よって、マイナンバーも結果的にそのくらい普及していくであろうと考える。

<会長>

他に御意見・御質問等はあるか。

<委員>

現在の薬剤師会の取組みについて。主に薬局では、複数の医療機関の薬剤を「おくすり手帳」で管理し、重複すると思われる場合には疑義照会をして調剤を行っている。投薬時点に患者とヒアリングを行い、症状が改善しても漫然と投薬が続いていると疑われる場合には薬の必要性、減薬の提案を行っているものである。

<委員>

歯科医院においても、薬剤師会の的確な取組みにより、患者は必ず「おくすり手帳」を持参してくる。歯科医院では主に抗生物質と鎮痛剤を処方しているが、手帳の内容をよく確認しながら、重複投薬にならないよう徹底している。現時点でも「おくすり手帳」は機能を発揮していると考えている。

<委員>

今回の資料の中の「パンフレット」について、配布対象者や配布の方法はどの

ようになっているか。

<事務局>

対象者になった方に限定し、アンケートに同封して送付している。

<委員>

私どもにおいても、年に数回、下部組織から各市町事務局に対して文書を送付するということがある。よって、そういう文書の送付時を活用し、抱き合わせて送付する方法もあるのかと考えた。事務局間で協議することにより、そういった形を取れるかもしれない。個人的にはそのように思っている。

<委員>

医療機関に行った際に待合室での会話が聞こえてくることがあるが、「薬をもらっているがなんの薬かわからない」ということを耳にすることがある。また、飲み忘れや、自身で症状を判断し、勝手に断薬してしまう方もいると思う。

電子化も重要であるが、医師が画面を見て判断するより、実際に患者の顔を見て個々人の状態を判断することも重要なことだと思う。医師と患者間の会話の中で、この薬剤が有効かそうでないか等、状態を見ながら的確に指導をすることも、多剤服薬の改善に少なからず繋がっていく要因になると考える。

また、普及啓発に関して、行政から保健師を派遣し、指導してもらうことや、自治会にも医療関係者がいるので、例えば相談員として協力を仰ぎながら対応することも一つかと思う。後者は個人情報絡むので難しい部分もあるかと思うが、比較的親しい方から言われると「ああ、そうかな」と思うこともあるため効果的だと考える。

<委員>

私どもの会において、会員の健康状態を確認するタイミングがあり、様々な項目の中に「健康診断は受診したか」というものがある。その際には、自己申告で全員「受診した」と回答する。しかし、全国平均も県内受診率も3割程度という現状に鑑みると、到底全員が受診していると思えないものである。恐らく、「かかりつけ医」の検査を持って「健診を受診した」と認識しているものだと考える。

しかし、私どもにおいて、詳細を確認することにつき健診の証拠の提出を求めても、個人情報の関係から難しいと考えるため、会としても会員の健康状態をきちんと把握しながら仕事をやっていただくということになる。もう少し工夫がいるのかなと感じる。

<会長>

他に御意見・御質問はあるか。

<委員>

保健師の指導方法等について、最終的に戸別訪問ということもありえるのか。

<事務局>

対象者へのアンケート等に回答いただいた結果において、即座に何かしらの対応をしなければならぬ方も出てきたりするため、そういった方々についてはその情報を市町と共有しながら、可能な限り早い時期に市町の保健師による訪問等をしてもらうようにしている。さらに今年度より、薬剤師会と連携し、保健師が

訪問した際に、オンライン環境を活用して薬剤師による助言を行ったり、訪問した結果と事後対応についてやりとりをする事業を始めているところである。ただ、あくまでこの事業はきっかけであり、最終的にはやはり市町の職員が訪問をして最後まで対応することが有効であると考えている。昨年度については新型コロナウイルス感染症等の影響でなかなか訪問が難しいということもあったが、今後も市町と密に連携を取り、役割分担を決めながら取り組んでいきたいと思っている。

<会長>

事務局から何か御意見等があればお伺いしたい。

<事務局>

先ほど質問の中で対象者の抽出についての話があった。資料の中の「2 事業の実施状況」で「①対象者」については、対象となりうる敷居がかなり高いものと認識している。例えば、「重複頻回」だと「2か月以上15回以上受診している方」となっている。多剤服薬だと「1か月につき6剤以上」となっている。このことから、対象者の範囲が非常に狭いと感じる。しかし、介入には至らないが「注意喚起の対象者」ということでいうと、対象範囲を拡張することも必要ではないかと考えている。予算の問題もあるため、先ほどいただいた御意見の中の「資料の配付、活用の仕方」についても含め、流れをよく検討していきたいと考える。

4 閉 会