

令和元年度第1回北海道後期高齢者医療広域連合運営協議会 議事概要

1 開催日時・場所

令和元年11月8日（金） 17:57～20:06

札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館 4階 理事会室

2 次第

(1) 開会

(2) 事務局長挨拶

(3) 委員紹介

(4) 議題

① 平成30年度事業実績及び各会計決算について

【資料1】平成30年度北海道の後期高齢者医療

② 「北海道後期高齢者医療広域連合第3次広域計画」の改正について

【資料2】「北海道後期高齢者医療広域連合第3次広域計画」の改正について

【資料2-1】北海道後期高齢者医療広域連合第3次広域計画（改正素案）対照表

【資料2-2】北海道後期高齢者医療広域連合第3次広域計画（改正素案）

③ 広報媒体（ポスター、新聞折込広告）及び住民説明会の資料について

【資料3】広報媒体（ポスター、新聞折込広告）及び住民説明会の資料について

平成30年後期高齢者医療制度住民説明会

④ その他

(5) 閉会

3 出席者

別紙1 出席者名簿のとおり

4 議事要旨

別紙2 議事要旨のとおり

令和元年度第1回北海道後期高齢者医療広域連合運営協議会出席者名簿

令和1年11月8日

【委員】

区分	団体名等	役職名	氏名	出欠
学識経験を有する者 又は公益に関する団 体の役職員	名寄市立大学保健福祉学部	教授	佐藤 みゆき	
	北海道市長会	参事	篠崎 敏則	
	北海道町村会	政務部長	熊谷 裕志	欠席
	北海道国民健康保険団体連合会	事務局長	小松 敏之	
	北海道病院協会	副理事長	和泉 裕一	
	北海道社会福祉協議会	常務理事	中川 淳二	
	北海道老人クラブ連合会	常務理事・事務局長	坂井 信	
	北海道シルバー人材センター連合会	常務理事・事務局長	井上 祐次	
保険医又は保険薬剤 師等の団体の役職員	北海道医師会	常任理事	伊藤 利通	
	北海道歯科医師会	常務理事	中川 英俊	
	北海道薬剤師会	理事	山野 勝美	
保険者又はその組織 する団体の役職員	健康保険組合連合会北海道連合会	常務理事	道端 和則	
	北海道医師国民健康保険組合	理事長	長瀬 清	
	全国健康保険協会北海道支部	業務部長	小野寺 秀樹	欠席
	地方職員共済組合北海道支部	事務長	小野寺 誠司	
被保険者等で公募に 応じた者			飯田 昇	
			市川 宏	
			杉浦 進	
			高堰 良子	
			高田 安春	

【事務局】

役職名	氏名	役職名	氏名
事務局長	金谷 学	企画班長	十和田 友美
事務局次長（総務担当）	浦崎 真	医療給付班長	津田 剛志
事務局次長（業務担当）	金指 真弓	医療給付班保健企画担当班長	長谷川 正昭
総務班長	花田 直樹	資格管理班長	佐々木 大
総務班調整担当班長	安藤 雅基	資格管理班収納対策担当班長	有田 勝紀
総務班電算システム担当班長	猪股 博志		

令和元年度 第1回運営協議会 議事要旨

日時：令和元年11月8日（金曜日）17時57分～20時06分

場所：国保会館4階 理事会室

（○：事務局 ■：委員）

■佐藤会長

それでは、早速議事に入りたいと思います。

本日の議事は、4件です。それぞれの議題について事務局から御説明をいただき、その後、質疑等に移ります。

まず、初めに議題1「平成30年度事業実績及び各会計決算について」を事務局から御説明をお願いいたします。

（事務局より議題1「平成30年度事業実績及び各会計決算について」を説明）

■飯田委員

17ページの（2）レセプト点検についてです。全国的に点検の仕方は基本的に同じと思いますが、北海道の割合・件数は、全国と比較すると多いか少ないかを教えてください。

次、18ページの（6）長寿・健康増進事業の表の一番上にある健康診査事業の追加についてです。追加をやっている市町村が21あって、そこに補助金を支出しています。これは、どの市町村かは別として、どういう項目を追加していて、何らかの効果を期待して追加検査をするわけですが、その中身を教えてください。

それから、表の区分にある保養施設の利用助成についてです。これも61市町村の63件だから、一市町村で重複するところもあるかとは思いますが、どういうことに対しての利用助成をされているのか、分かれば教えてください。

次に、19ページの（7）重複・頻回受診者対策事業についてです。これは、私から見ると、とにかく病院にたくさん行かれる方やいろんなところに行かれる方をきちんとチェックして慎んでもらうというのか適正受診をしていただくという項目だと思いますが、実際に50人訪問されて、その効果はどういう形であったのか教えてください。

関連して、資料2-2の12ページにある事務分担の表には、今回削除するようになっています。ということは、類推するには、余り効果がないからか、重要性は変わらないが件数的にある程度少ないということで削除したのか教えてください。

○事務局（医療給付班長）

レセプト点検の全国数値との比較についてです。レセプト点検業務自体は、医療費の適

正化を図るために実施しており、財政の健全化を図るために一括して行っているものであります。全国との比較の資料はありませんが、各広域連合のレセプト点検、二次点検の結果等の情報を広域間で共有しているものがありますので、改めまして機会を設けて御説明させていただきたいと思っております。

○事務局（保健企画担当班長）

まず、長寿・健康増進事業における追加項目についてです。通常健康診査では、身体計測や血圧、血中脂質など特定健診で行っている検査項目と同じ項目を実施しています。同じように、追加項目についても特定健診と同じ追加項目であります血清のクレアチニンや心電図検査などのように医師が必要と認めた場合でないと長寿・健康増進事業としては対象にならないということになっています。

次に、保養施設の利用助成についてです。多くは温泉や入浴施設の利用助成を市町村が行っており、それに対する経費を補助しています。

次に、重複・頻回受診者等への訪問指導の実施についてです。効果については、算出しているところです。出し方としては、重複・頻回の対象者になった方50人につきまして、訪問指導に入る前、何回病院に通われていたのか、訪問指導後に何回になったのかということについて確認します。それに伴い、通わなくなったのであれば医療費が掛からないということにもなりますので、いくら下がったのかを計算することとしています。

次に、広域計画の改正素案の事務分担についてです。重複・頻回受診者等への訪問指導の実施が、今まで医療費の適正化の推進という方針内容に出ていたのが消えていることについてです。同じように保健事業の充実という方針内容にある健康診査、歯科健康診査などについても一緒に消えています。改正後の高齢者保健事業の充実という方針内容に全部まとめて掲載しています。

■飯田委員

もう一度お聞きしたいのですが、18ページの健診の審査項目の追加項目の説明が分かりづらいので聞きます。医者が追加健診の項目が必要だということで行ったことに対してと考えると、なぜ21市町村なのかがよく分かりません。逆に言うと、どんな市町村でもそのようなことは起こり得るはずだから、もっと多くの市町村が当然に申請をしてくるのではないかと思います。むしろ私が思ったのは、ある市町村はもっと別な項目で健康の指標を計りたいから、その市町村だけが特別に検査項目を増やせるという理解でよろしいですか。

○事務局（保健企画担当班長）

そういうことではありません。もともと健診の追加項目として長寿・健康増進事業が認めている心電図やクレアチニンなどを医師が必要と認めた場合に対象となります。しかし、市町村によっては、そもそもやっている項目にある場合は、長寿・健康増進事業としては

対象にならないので、市町村からすると申請のしようがありません。よって、その部分は自己財源でやっていることとなります。

■市川委員

統計資料について、札幌市の場合は、被保険者全体に占める割合が30%に及んでいます。そのような中、札幌市を一括りで統計上に載せられても、他の市町村との対比が非常にしづらく、札幌市の実態がどうなっているのか見えません。そこで、札幌市として計上をすることは当然であります。内数として10個ある区ごとの数値を載せていただければ全体の流れが分かります。札幌市におきましても、この10区が大変特徴がありまして、相当のばらつきがあると思います。

また、高齢者医療の窓口も各市町村は1か所ですが、札幌市の場合は、各区に置かれているわけですから、当然この数値は事務局で押さえられていると思います。統計に載せるやり方をちょっと研究していただき、内数として出していただきたいです。もちろん、この場合、順位については札幌市として順位をつけていただければよく、区ごとにする必要はないと思います。御検討いただければと思います。

もう一点は、健康診査の件についてです。現在、政府においても健康寿命の延伸を図り、結果として医療費を抑制しようとする動きが相当強まっています。そのような中、現状を見ますと、北海道は非常に低く14%です。全国平均から見ても半数に満たない状況です。加えて、医療費は1人平均、年間15万円高い数値ですから、改善すべきと考えられます。

■佐藤会長

市川委員の1点目についてですが、札幌市の区ごとのデータは出すことは可能ですか。

○事務局（企画班長）

どこまで区のものが出せるかというデータは、持ち合わせていないので即答はできませんが、持ち帰り数字等を確認し検討いたします。

■佐藤会長

ぜひ御検討いただきたいと思います。

■高堰委員

健康診査については、全ての市町村に事業委託をされていますが、30年度は37市町村に事業委託しています。これも全ての市町村に事業委託することはできませんか。また、財源については国庫補助が3分の1、健康診査も同じく3分の1で、健康診査は、広域連合が3分の2を負担しています。歯科健康診査も同じように3分の2を負担していますか。市町村が自己負担することはありませんか。

○事務局（保健企画班長）

歯科健診は、37市町村に委託しています。このことについては、市町村に対し受託を依頼し、市町村では地元の歯科医師会や歯科医院などと調整をして、準備が整ったところから委託を進めている状況です。よって、すぐに実施することはできませんが、より多くの市町村で実施していただけるように説明をしています。

また、財源につきましては、歯科健診も体の医科の健診と同じで、3分の1が国補助、残る3分の2は広域連合の財源で措置しています。

■佐藤会長

歯科健康診査について、31年度は50の市町村が手を挙げていただいたという御報告があったと思いますが、今の段階で数字はわかりますか。また、その後、どのようになっているかわかりますか。

○事務局（保健企画担当班長）

年度途中から始めたところが、2市町村あり、50いくつだと思いますが、正確な数字は今分かりません。

■佐藤会長

またの機会に御報告をいただきたいと思います。

■杉浦委員 杉浦でございます。

ジェネリック医薬品についてです。実際にジェネリック品が出ているにもかかわらず使用をしていないなどの統計はありますか。

○事務局（医療給付班長）

ジェネリックの利用状況につきましては、その都度、どれぐらいの方が利用されているか統計を取っています。実際には、例年、ジェネリックを使用される方が増加傾向にあり、直近ですと8割に近い方がジェネリックの医薬品を使っている状況です。

■杉浦委員

それは、一人ひとりが、薬を何種類か頂いている中、ジェネリック医薬品を処方されているにも関わらず、それを服用したかしないかの統計というのは非常に難しく、できないということですか。

○事務局（医療給付班長）

そのとおりです。現状では、今の調査方法が妥当と考えています。

■高田委員

平成31年3月末に被保険者数が82万2,994人います。このうち、延べ日数に関係なく病院にかかった実人員数を教えてください。

もう一つ、先ほど2025年度以降に後期高齢者の人数が最大になるという説明がありました。その最大になるのが何年ぐらいで、どのぐらいの人数になるのか何か予測を立てていれば教えてください。

次に、同じ病名で複数の病院を受診している重複受診について、同じ薬品をもらっている人のデータはありますか。例えば、A病院でもAという薬をもらって、B病院にかかっても、またAという薬をもらっている例はありますか。それは、何件ぐらいありますか。

○事務局（総務担当次長）

人口の関係について、ある研究所の報告によりますと、平成27年の国勢調査を踏まえた将来人口を市町村別に出しています。その数字によりますと、5年おきですが2025年に75歳以上の人口は100万を超え、2030年には109万2,394人となっています。ここが一番ピークになっており、その後は5年ごとに少しずつ減少していきます。この75歳以上の方と74歳未満の障害を持った方を加えた数が後期高齢者医療制度の被保険者になってくるという見込みになります。

○事務局（保健企画担当班長）

重複処方についてです。レセプトで人数を拾うことは、統計としてはないと思います。

保健事業の一つに重複して薬をもらっている人や多剤の人に対する訪問指導事業があります。その事業を実施するためには、データがないと訪問指導もできませんので、今その準備をしているところです。次回の運営協議会するときなどに、数字を出せば用意したいと思います。

○事務局（事務局長）

受診の実人数の関係については、基本的に今のところは統計的にはとれないと思います。被保険者の数は、年齢到達になった方や死亡の方など医療を受けたか受けないかと関係なく、実は被保険者の資格をつけています。レセプトは、月に1件、1医療機関ごとになっていますので、一人で何枚ものレセプトになる方もいます。よって、その統計をクロスで拾っていくことは現時点では恐らく難しいと思います。

しかし、国保のシステム化が進んでいますので、エリアごとには分かってくるようなこ

とはあるかもしれませんが、全道規模で出すことは、まだしばらくかかると思われます。昔は、レセプトも紙でしたが、15年ぐらい前に電子化になったぐらいかと思いますので、統計的に実受診人数はしばらく出てこないと思います。

■高田委員

介護保険の関係について、札幌市は被保険者が50万人位いますが、そのうち認定を受けている人が11万人位、実際に病院へ受診しているのは6、7万人です。そうすると、50万人いて6、7万人しか実際にかかっていませんが、健康保険ではどのくらいの人数になるのか教えてください。

○事務局（事務局長）

医療保険は保険証を持っていると医療にかかることができます。しかし、介護保険は、介護保険証を持っているだけでは介護のサービスは受けられません。次に、要介護認定の仕組みを経ないと給付に至りません。要介護の認定者は、要介護度が付与されていますので、要介護度ごとの人数を把握することができる仕組みになっています。よって、医療の仕組みとは若干違っていると思われま

■道端委員

国保システムが進んだら、頻回度やクロス分析などができるかもしれないと受けとめましたが、レセプト点検は、誰が何のシステムをどこで行っているのかお聞きします。

○事務局（医療給付班長）

レセプトの二次点検につきましては、専門的な有識者が行うこととされていますことから、毎年、入札により業者を選定しまして、委託により点検を行っております。

■道端委員

資料にあるレセプト点検の状況は、二次点検の業者の点検も含めた過誤の数になりますか。

○事務局（医療給付班長）

はい。そのとおりです。

■道端委員

業者は、後発医薬品利用差額通知や多剤、頻回などのデータを全部出せるような業務も担当していると思いますが、そちらのほうは使う予定はないということですか。

○事務局（医療給付班長）

後発医薬品利用差額通知につきましては、該当する条件を設定し、業者等が国保データベースから抽出して作業を行っています。

■道端委員

レセプトから頻回や多剤の方を抽出する作業はしていないですか。

○事務局（保健企画担当班長）

レセプト点検を委託している業者から、重複や多剤などの方をピックアップして事業を実施していることではありません。国保データベースシステムにレセプトデータが取り込まれていますが、その中から各市町村において抽出をかけて行っていますので、レセプト点検をしている業者に委託しているわけではありません。

■長瀬委員

ジェネリックについて、医療機関では、普通の薬の名前を書いて処方箋を出しますが、薬局でジェネリックに変更してしまうことがあります。しかし、レセプトを見ても、ジェネリックが出たということは分かりません。よって、最終的にどのくらい使われたかは、見ないと分からないこととなります。しっかりとした統計を出すことは、かなり難しいです。今は、コンピューターで全部集計するようになってきたので、かなり正しい数値が出てくるかもしれませんが、本来の薬を使った数やジェネリックを使った数、さらにトータルでどれくらい使われたかは難しいと思います。

○事務局（医療給付班長）

実際に個別の事情を加味して統計等のデータをとるというのは難しい部分がありますが、レセプトと実際のジェネリックの使用状況とでは、医師の方の処方と調剤薬局等での処方が異なる場合は確かにあるかと思います。当広域連合でジェネリックの利用者の方を抽出する際は、実際に調剤処方されました調剤データのレセプトデータをもとに統計等を使っていますので、大枠でしか出せていない現状ではありますが、実際の利用者の方の実人数が把握できているものと考えています。

■佐藤会長

次の議題に移りたいと思います。

それでは、議題2、「北海道後期高齢者医療広域連合第3次広域計画の改正について」を事務局から御説明をお願いいたします。

（事務局より議題2「北海道後期高齢者医療広域連合第3次広域計画の改正について」

を説明)

■佐藤会長

第3次広域計画の改正について、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施は、非常に大きな法制度の改正であり、今、国が強力に推進しようとしているもので、その中核となる機関がこの広域連合です。また、大変長い道のりで大変なスケジュールですが、その第一ステップとして、まず定められているように広域計画に規定して、それから財源を確保することになります。

また、パブリックコメントが出て、それを踏まえて改正ということになります。

ちなみに、データヘルス計画は、当面変えなくてもよいということでした。

■佐藤会長

御意見がないようですので、次の議題に移ります。

議題3、「広報媒体（ポスター、新聞折込広告）及び住民説明会の資料について」を事務局から御説明をお願いいたします。

（事務局より議題3「広報媒体（ポスター、新聞折込広告）及び住民説明会の資料について」を説明)

■佐藤会長

この説明会資料につきましては、今日ではなく、今月中に御意見等を頂きたいとのことです。

■市川委員

新聞折込広告の件について、裏面の減額認定証と限度額適用認定証が変わりますという部分は当然に分かりますが、関心の的は医療機関における1カ月かかった場合の医療限度額です。しかし、この広告に掲載されているのは、飽くまでも減額認定証や限度額適用認定証を持っている人たちことです。しかし、一般の方の限度額はいくらなのかなど、欄を設けて記載すべきであり、その方法や内容をもう少し検討、工夫していただきたいと思います。加えて、今、この一般と現役3が基本的な主軸です。多くの方が一般の方なので記載内容をもう少し工夫していただきたいと思います。

もう一点は、保険証をカード化していただきたいです。札幌市の場合は、数年前からカード化されました。非常に便利であり、診察券と同じ大きさで他のカードとも同じです。携帯する場合も、非常に便利なので、できれば一つの検討課題として将来的に考えてほしいです。健康保険証については、カード化を検討できればと思っています。

○事務局（資格管理班長）

まず、1点目の要望の件についてです。限度額適用認定証の制度が去年8月から始まったことから、今年度からこのような裏面の形にしました。限られた紙面の中で、高齢者の方が見られることから、なるべく字の大きさをキープしながら、必要な情報を入れなければならないため、一般区分の方と現役3の方を除いたという経緯があります。しかしながら、委員からの御意見のとおり、一般の方や現役3の方の区分を入れてほしいという御意見は、被保険者の方からも何件か頂いておりますので、それも含めて来年度以降、検討をしていきたいと思っております。

次に、2点目の被保険者証のカード化についてです。後期高齢者医療制度の場合、減額認定証と限度額適用認定証を合わせてお持ちの方は、それなりの人数がいますが、この減額認定証や限度額適用認定証については、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則の中で、カード化の大きさは認められていない状況にあります。このことについては、制度開始当初から今日まで、このはがきサイズの被保険者証で進めているところです。

また、来年度3月から、マイナンバーによるオンラインの資格確認制度が開始になります。そのことにより、被保険者証や限度額適用認定証がどのようになるかは、見えない状況でもありますので、国の動向を踏まえながら、検討していかねばならないと考えています。

■杉浦委員

ジェネリック医薬品希望カードを利用しジェネリック医薬品が処方された場合、医者や病院の収入が減るといような影響はあるのでしょうか。

■長瀬委員

全部というわけではないですが、今、病院にかかると処方箋を受け取ることとなります。処方箋は、処方箋代が病院の収入となるので、薬そのものの値段は関係ありません。

また、厚生労働省などは、ジェネリックを使った場合とそうでない場合とで全く同じと言っていますが、同じではありません。形や色とかの違いはもちろんありますが、溶け方の違いなどいろいろ違います。

■高堰委員

広報媒体についてです。保険証の一斉更新のときなどに、テレビやラジオなどで広報するという方法もあると思います。金額的なところは分かりませんが、見たり聞いたりすることにより記憶に残るのではないかと思います。

○事務局（企画班長）

広域連合が立ち上がった当初は、テレビコマーシャルなどを活用した経緯もありましたが、最近では、テレビやラジオというメディア媒体は使用していません。予算の関係も含め今後、検討します。

■佐藤会長

今はネット社会ですが、紙媒体以外の可能性も一度検討していただきたいと思います。

■高田委員

メディアを活用した広報もいいと思います。また、新聞に無料で掲載していただく方法や市町村の広報を活用していただくなど検討してはどうかと思います。

■佐藤会長

次に、最後の議題、「その他」を事務局から御説明をお願いいたします。

(事務局より議題4「その他」について、会計年度任用職員の任用について、一般職の任期付職員の採用について、今後のスケジュールについてを説明)

■佐藤会長

全て議題について終了しましたが、時間が余りましたので、各委員から一言ずつ頂戴したいと思います。

■坂井副会長

お手元に、老人クラブ道老連会報をお配りしました。

前回の委員会で、健康診査の広報をしたいとお話しました。これは、6月に発行した会報です。8頁9頁に、カラーで北海道後期高齢者医療広域連合のホームページと北海道歯科医師会のホームページを使わせていただき、健康診査を受けましょうということと、フレイル予防について掲載しています。今、このフレイル予防の中で食生活、運動、社会参加に加えて健康診査を載せている市町村もあることが分かりました。私どもも機会があるごとに、このような話をしていきたいと思っています。

■篠崎委員

まず、保険者証のカード化はできないとの話がありました。国保は、来年から順次カード化になります。マイナンバーカードの普及率が、今まだ15%、16%しか広まっていませんが後期高齢者のほうもマイナンバーカードをカード化していくような形になっていくのではないかなと思います。利便性を考えるとカードがいいと思います。また、今、インターネットを使っている若い人たちも必ず後期高齢者になるので、順次、ペーパーレスの世

界になっていくのだらうと感じました。

もう一点、北海道の健診率が全国の半分以下だと数字に驚きました。また、179市町村のうち受診率が50%以上超えているところと、2%、3%という市町村もあります。これは、自治体の意識の問題という部分もあると思います。健診率が上がることにより、保険料などが下がると思いますが、保険団体も自治体も健康で暮らせるための方策、受診率を上げるための方策を考える必要があると思いました。

■小松委員

広域連合の組織体制について、今年度、国保連合会から5名派遣しています。来年度においては5名追加して派遣することになっています。広域連合の職員は各市町村からの派遣で成り立っており、2年ないしは3年のスパンで入れ替わっています。各市町村の財政状況も厳しい中、なかなか派遣をできる人がいなくなっているという中で、国保連合会といたしましても、同じ建物の中におりますので、ぜひとも広域連合に協力してこうということで、来年度は10名の派遣を考えています。

国保連合会ではレセプト審査を行っていますので、御希望があればできる限り希望に沿った統計の内容にしていきたいと思っています。

■和泉委員

健康診査の重要性について、確かに重要ですが、実は、今の疾病の構造から言いますと、ほとんどが生活習慣による病気です。このことについては、後期高齢者に限らず、若い年代のうちからいろいろな対策を講じていかなければなりません。それによっていろいろな疾病の構造も、医療費の状況も変わるのではないかと思います。決して、後期高齢者の受診率だけが上がれば良いということではありません。

また、重複受診と投薬については、今の医療の現場ではやはり医療情報が共有されていません。

医療機関が変わるとカルテも変わります。電子カルテも会社が変われば、ネットワークをつなぐことも難しい場合もあります。ある地域では、ネットワークを、今どんどんつないでいますけれども、全てが双方向に見えるわけではないので、これはやはりそういうのは現場の医師としては処方するときは、患者がどこでどのような処方を受けているかは、紹介状を見るか、本人の申告でしか確認できません。よって、医療の情報は御本人が持つマイナンバーカードとつながらない限り、重複の投薬も受診もスルーされてしまいますので、今後、そのようにつながっていくのではないかと思います。

また、2025年に75歳以上がピークになると言われておりますが、25年前に既にピークを超えているところがたくさんあり、北海道と十勝地方だけが2025年を超えて更に増えていく状況なので、各自治体と全部を同時には議論できないものの中には含まれていると感じています。

■中川（淳）委員

健康寿命をいかにして延ばすかという取組やその意見交換が多々ありました。福祉分野においても、やはり健康寿命を延長していくという観点は大変必要だと思いますので、来年度に向けて特に高齢者福祉の各種施策事業の立案に十分生かしたいと考えています。

■井上委員

リーフレットについて、保険証の色や識別が分かるようにカラーにしているというのは理屈が通っていると思います。しかし、費用の面で単色にした方がずっと安くなるというのであれば、一考の余地はありますが、色の識別ができて費用がそれほど変わらないのであれば、従前のほうが望ましいのではないかなと思います。

また、新聞折込広告について、新聞をとっていない高齢者の方々にも、必ずその情報が行き渡るように、例えば町内会を通じて各戸に届けていただくなどの方策も併せて行ったら良いと思います。

■伊藤委員

ジェネリックについてです。処方箋を出して薬局へ行く人がほとんどです。院内で薬を出すことは、非常に少ないです。よって、それによって医者がもうける、もうけないということは全くありません。

また、薬局の薬剤師が患者さんと相談してジェネリックに変えたことがあります。変えてみたら全然効果がない場合や急に気分が悪くなったり、かゆくなるなどの症状から先発医薬品に戻した事例も少しあります。このことから、全て無条件にジェネリックへ変えられるわけではないと思います。

次に、医療機関が受け取る診療報酬は2年ごとに改定されていますが、来年は、ジェネリックを処方した医者にも少し加算が付くというニュースにも出ていますので、普及率が少し増えるかもしれません。

次に、血液検査や健診結果、人間ドックの結果などの電子化が更に進化していけば、もう少し無駄が省けるようになると思います。

■中川（英）委員

これからはフレイルやオーラルフレイルという言葉が、国民の間に浸透していくのではないかと思います。フレイルの状態は健康な状態に戻れるため、健康診査が大事になってきます。

歯科健康診査についてです。平成30年度は予算が2倍以上になったと思いますが、受診者数は4,280人で受診率は1.07%でしたので、ぜひ歯科健康診査の受診率が上がることを望んでいます。

■山野委員

ジェネリックの推進につきましては、医療の質を下げずに医療費を抑制できるという非常に効率的に医療費を抑制できるという部分で、薬剤師会も以前から推進しています。

現在のところ、全国平均でジェネリックの使用率は約80%になっていますが、これは飽くまでも数量ベースの数値です。ジェネリックが発売になっている医薬品、ジェネリックと先発医薬品が両方存在する医薬品の全体の80%が、ジェネリックの使用率という状況です。残りの20%は、何らかの理由で後発品を使用してみたが、最初飲んでた先発医薬品が良いということで戻す方もいます。基本的には、ジェネリックを飲むか先発医薬品を飲むかという選択権は患者にあります。

また、この残りの20%に割合的に結構多いと思われる方に、自己負担が低い方や1割負担の方、あるいは公費で余りお金がかからない方などは、ジェネリックに変更することで200円安くなりますという説明をしても200円の差額なら今までどおりの薬が良いという方もいます。しかし、3割負担の方は600円安くなりますので、若い方は特にジェネリックの使用率が高いのではないかと思います。このようなことから、80%という数字は進んできていますが、残りの20%は、それなりの理由があるため先発医薬品を使用されているという状況です。

■高田委員

健康診断の関係についてです。後期高齢者の方は普段から通院している率が高いと思います。その中で、ほとんどの健診項目に相当する検査は受けているため、健康診断はしなくてもよい状況になっているのではないかと思います。

今、国の財政制度等審議会において、今まで医療費は薬剤の削減が中心でしたが、医療費本体の削減も考えていると新聞に掲載されていました。とても関心深い記事でした。

また、介護について、要介護1、2の通所介護を市町村が運営する総合事業へ移行していくのではないかと聞きました。社会保障の中が随分大きく変わろうとしているため、本来必要な人にそのサービスが届かなくなるのではないかなと危惧しております。

また、ジェネリック医薬品について、個人的な経験からの話ですが、そういったこともやっぱりきちんとしていかなければならないのかなと。安いから不便になってもよいということではなく、改良と見直しを続けていかなければならないと思います。

■高堰委員

来年度から国保連合会からの派遣職員が5名増えるとのことですが、可能であれば年齢階層ごとの医療費がいくらかかっているのか、生活習慣病の何が一番多く医療費がかかっているのかなどのデータがあれば、そのデータを基に年齢や状態に応じた保健事業での指導や仕方も変わってくるのではないかと思います。

■杉浦委員

ある新聞に2018年度の医療費が過去最高の42兆6,000億円という記事が掲載されていましたが、配付された資料は2015年までの数字です。新聞記事と配付資料の数値がかけ離れている部分がありますが、この協議会に配付された資料のデータは、コンサルタント会社で作成したものなのか、事務局が作成したものなのか教えてください。

○事務局（企画班長）

コンサルタント会社などではなく、配付した資料は広域計画を策定したときの最新データを掲載しています。今回の広域計画の改正については、データ自体を改正するのではなく、法改正に伴う文言などを修正する予定であり、データの更新は予定していません。

また、データの出典元は多々記載していますが、事務局で積み上げているものやそのままの数字を使用しているものもあります。その他、国立社会保障・人口問題研究所の公表数値などを使用しているものもあります。

■市川委員

事務局の皆さんは、様々な資料を作成され大変御努力されていると思います。その御苦労に対しまして心から感謝申し上げたいと思います。この広域連合の特殊性から派遣職員で構成されている事務局は、仕事上や人間関係など大変なことが多々あるかと思いますが、現場の隅々まで士気高く勤務できますよう、また、市町村と連携しながら今後も頑張ってくださいと思います。

■飯田委員

広域連合の果たしている役割は非常に大事だということは、事業の説明や政策内容からよく分かります。例えば、収納率や健診率の向上、あるいは第三者行為の求償行為など、市町村独自で実施することは大変な事業だということがよく分かりました。

これらのことから、そういう意味では、事務局の人員構成やプロパー職員の育成問題、あるいは若い人が意見を出しやすく問題意識を持って仕事ができる職場環境も非常に大事だと思います。特に、若い方が高齢者の制度についていろいろ思うこともあると思いますので、事務局内では様々な問題意識を持ちながら、大いに活発な議論、積極的な仕事をこれからも進めていただければと思います。

■小野寺委員

住民説明会の資料が、非常に読みやすく、分かりやすい内容と思いました。

■長瀬委員

一番問題になっているのが、がん患者が非常に多いことです。今、がんも非常に高額な薬品になりますが、薬でもがんが治る時代になってきました。北海道は健診率が非常に悪く、また喫煙率がすごく高いです。皆さんも御存じのように、来年1月に道議会庁舎が新たに完成しますが、庁舎における喫煙所の設置について大変問題になっています。絶対に阻止しなければならないとの思いで抗議していますが、その理由は、がんは生活習慣病であり、その原因となるたばこが、最も悪いものだと思っています。そのようなことから、医療費の削減に関係してきますが、できる限り健診を受け、がん患者を減らすように日々活動をしていますので、ぜひ、応援をしてほしいと思います。

■道端委員

2022年になると団塊の世代の方が後期高齢者となります。健保組合全体では、前期高齢者も含め、自分たちで使う医療費よりも、高齢者へ支払う医療費の方が多くなります。

現在、社会保障費も当然に増えてきます。後期高齢者の負担を2割にするような論議が最近出てきていますが、私どもとしては、医療費の増加に対して、この広域連合で実施する保健事業や様々な取組の中で、医療費の抑制を目指してほしいと思います。

健保組合では、一生懸命にドックやレセプト点検など頑張っていますが、後期高齢者の医療費が伸びると、全部そちらに流れてしまう状態になりますので、ぜひ現役世代のためにも頑張って、様々な取組を進めていただきたいと思います。

■佐藤会長

今、国は全世代型の社会保障を目指して動いていますが、後期高齢者でしたら後期高齢者の方だけを見るのではなく、全世代を対象にしてみんなが考えなければならない時代に来ていると思います。

それでは、最後に事務局から御連絡があります。

○事務局（総務担当次長）

今回の運営協議会の開催予定についてです。

今回の日程につきまして、当広域連合の議会日程や会場の都合上、来年2月3日、4日、7日のうちの1日で調整をしたいと考えています。

最終的な出欠の確認は、開催の1か月ほど前に日時、内容等を含めた御案内で確認をさせていただきます。

■佐藤会長

他に御発言されたい方がいなければ、これで令和元年度第1回北海道後期高齢者医療広域連合運営協議会を閉会いたします。