

令和3年度第1回東京都後期高齢者医療懇談会議事概要

令和3年9月30日（木）14：00～15：20

東京区政会館 191 会議室

- 【出席者】：井藤会長・飯塚委員・植竹委員・黒瀬委員
佐川委員・清水委員・末田委員・外山委員
鳥海委員・根本委員・横山委員
- 【欠席者】：渡邊副会長・雄川委員・加藤(之)委員・加藤(博)委員
山下委員
- 【広域連合】：大井副広域連合長・新井総務部長（保険部長兼務）
西谷総務課長・高瀬企画調整課長・中島管理課長
白鳥債権管理課長・菊池会計管理者
- 【一般傍聴者】：なし

【議事内容】

1. 開会・懇談会の成立報告

委員の過半数以上の出席があり、懇談会が成立する旨を事務局から報告した。

2. 委嘱状の交付

委員に席上配布により委嘱状の交付を行った。

3. 副広域連合長挨拶

副広域連合長が挨拶を述べた。

4. 委員自己紹介・広域連合職員自己紹介

委員及び広域連合職員が自己紹介を行った。

5. 会長・副会長の選出

委員の互選により会長が選出され、その後、会長が副会長を指名した。

6. 会長・副会長挨拶

会長が挨拶を述べた。副会長は欠席。

7. 議事

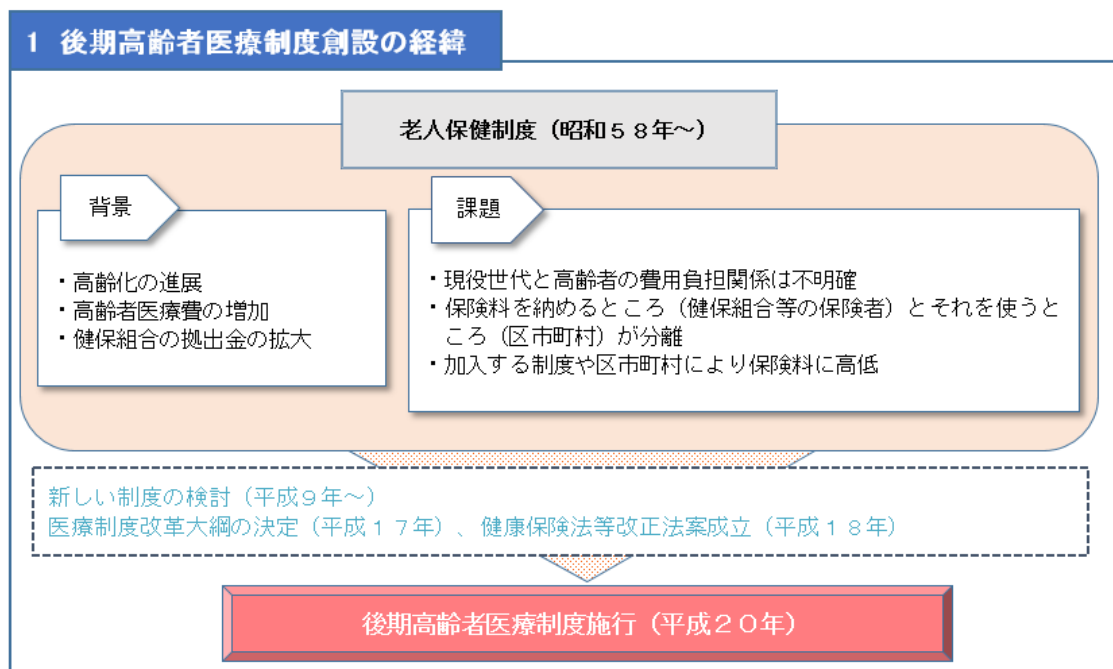
事務局が、会議の取扱い及び配布資料の説明を行った。

8. 事務局からの説明と質疑

議事（1）「後期高齢者医療制度の概要について」

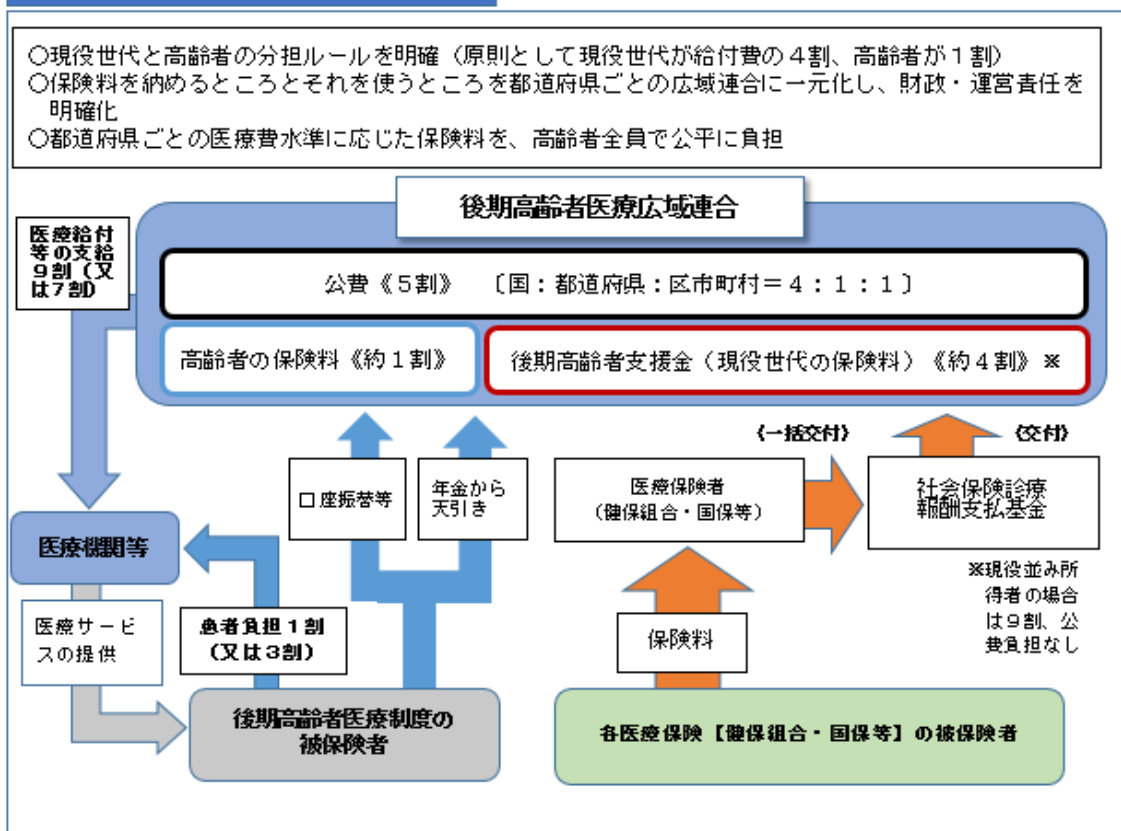
事務局による説明＜資料1＞

後期高齢者医療制度は、原則的に75歳以上の方を対象とする医療保険制度で、平成20年に制度が開始され今年度で14年目に入りました。



本制度の開始前は、老人保健制度が昭和58年から運用されていましたが、当時老人保健制度は、「現役世代と高齢者の費用負担関係が不明確」であること、「保険料を納める所が、例えば健保組合等の保険者であって、それを使う運営主体は区市町村であり分離している」こと、また「加入する制度や市区町村により保険料額に高低がある」といった、課題が指摘されていました。加えて、背景にあるとおり、「高齢化の進展」や「高齢者医療費の増加」、また「老人保健制度に拠出する健保組合の拠出金の拡大」といった状況も顕著になってきたことから、国において新しい制度の検討が行われ、平成20年4月から、原則75歳以上の後期高齢者を被保険者とする後期高齢者医療制度が施行されました。

2 後期高齢者医療制度の仕組み



老人保健制度の課題のうち、現役世代と高齢者の費用負担の関係については、医療給付費について、その費用負担を後期高齢者の保険料が1割、被用者保険からの支援金として現役世代が4割とすることにより、現役世代と高齢者の分担ルールを明確化いたしました。また、保険料を納める所とそれを使う所を都道府県ごとの広域連合に一元化することにより、財政と運営責任を明確化しました。さらに、都道府県ごとの医療費水準に応じた保険料を、高齢者全員で公平な負担となるよう、都道府県内一律の保険料が設定されました。

図は、財政運営上の仕組みを図式化したものです。医療機関等に支払うべき医療給付等の支給（一番左側の青ライン）に要する財源につきましては、高齢者の皆様の保険料が約1割、また、国保や健保組合など各医療保険の被保険者からいただいている後期高齢者支援金が約4割、公費での負担が約5割、その公費負担の内訳は、国、東京都、区市町村がそれぞれ4対1対1となっており、これらを広域連合で集約し、医療機関にお支払いしているところです。

3 制度発足後の主な動き

- 3 社会保障制度改革推進本部（平成28年12月22日）
平成29年4月から、負担の公平化の観点等から高額療養費制度や入院時生活療養費の見直しを行うとともに、医療保険制度改革骨子に基づき、低所得者に対する保険料軽減特例措置について、本則実施に向けて段階的な見直しを行う。均等割の軽減特例の見直しについては、低所得者に対する介護保険料の軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施する。
- 5 全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案
「全世代型社会保障改革の方針について」（令和2年12月15日閣議決定）等を踏まえ、全ての世代で広く安心を支えていく全世代型対応型の社会保障制度を構築するため、国会（令和3年常会）提出。後期高齢者の医療の確保に関する法律において、後期高齢者医療における窓口負担割合を見直す。
＜概要＞現役並み所得者以外の被保険者であって一定所得以上（*）であるものの窓口負担を2割とする。
* 課税所得が28万円以上かつ年収200万円以上
（単身世帯。複数世帯は後期高齢者の年収合計が320万円以上）。政令で規定
* 外来受診において、施行後3年間1ヶ月の負担増を最大でも3,000円とする措置は政令で規定
施行日：令和4年10月1日から令和5年3月1日までの間において政令で定める日

このように発足した後期高齢者医療制度であります。制度発足からこれまでの間、国において社会保障制度について検討を行う中で、後期高齢者医療制度についても様々な検討を行ってまいりました。

主な動きは、資料の「3 制度発足後の主な動き」に記載のあるとおりですが、直近の大きな動きとして、5に記載しています「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」が、本年6月の国会で可決・成立しました。

これは、全ての世代で広く安心を支えていく全世代型対応型の社会保障制度を構築するため、後期高齢者医療における窓口負担を見直すものです。

現在、窓口負担は1割（又は3割）となっておりますが、法改正により、窓口負担2割が導入されることとなります。具体的には、概要にありますとおり、単身世帯では課税所得が28万円以上かつ年収200万円以上、複数世帯は後期高齢者の年収が320万円以上の被保険者が対象となります。なお、外来受診においては、施行後3年間、1ヶ月の負担増を最大でも3,000円とする措置について政令で規定する、としています。施行日については、令和4年10月1日から令和5年3月1日までの間において政令で定める日となっています。

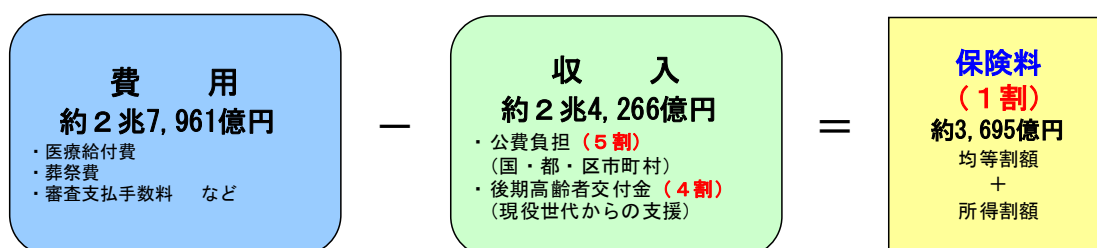
議事（1）と関連する内容であるため、引き続き事務局で議事（2）の説明を行います。

議事（２）「後期高齢者医療制度の保険料率等の概要について」

事務局による説明＜資料2＞

被保険者の方に負担していただく保険料が、どのように決められているか、令和元年度に算定いたしました「令和2・3年度の保険料率」を例にご説明いたします。

1 令和2・3年度保険料率の算出方法【2年間】



※収入には保険料増加抑制対策分を含む。

この図は、算出方法の考え方を示したものでございます。

「2年間」とありますのは、被保険者の方にご負担いただく保険料の料率は、2年ごとに見直しされるからであり、保険料率を算出するにあたりましては、2年間の収支を見越して算出する必要があります。以下、医療機関の窓口等でご負担していただく窓口負担等の一部負担金を除いた部分のご説明となります。

まずは、青色の「費用」、これは医療に係る費用の見込み総額、つまり支出の総額ですが、これを算出します。その結果、令和2・3年度の費用総額として、約2兆7,961億円と見込みました。そして、そこから、緑色の「収入」である、国や東京都、区市町村からの公費や、後期高齢者交付金、つまり、現役世代からの支援金など、合計約2兆4,266億円と見込み、この金額を費用から差し引きます。その結果、黄色で示している約3,695億円が、後期高齢者の皆様に保険料としてご負担していただくものとなります。

これを、すべての後期高齢者の皆さんに均等に賦課される均等割額と、所得に応じて賦課される所得割額に分け、さらに被保険者数等で割り返すことによって、保険料率を決定します。

2 保険料率算定時の被保険者数・医療給付費の推計

(※平成26～30年度は実績、令和元～3年度は最終案での推計値。)

【被保険者数】

(単位:千人)

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
被保険者数	1,333	1,376	1,428	1,478	1,526	1,571	1,596	1,608
前年度比	—	3.2%	3.8%	3.5%	3.2%	2.9%	1.6%	0.8%

【医療給付費】

(単位:円)

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
一人当たり医療給付費	839,519	855,970	843,943	853,258	848,741	858,813	862,248	865,697
前年度比	—	1.96%	-1.41%	1.10%	-0.53%	1.19%	0.40%	0.40%

(単位:千円)

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
医療給付費	1,118,359,533	1,177,315,377	1,204,871,741	1,260,735,315	1,294,375,831	1,349,194,878	1,376,147,808	1,392,040,776
前年度比	—	5.27%	2.34%	4.64%	2.67%	4.24%	2.00%	1.15%

保険料率を算出するに当たり、最も基礎となる、被保険者数・医療給付費の推計についてご説明いたします。

2つの表を、お示しておりますが、まず被保険者数の表をご覧ください。被保険者数は、平成20年度の制度創設時から毎年逡増し続け、令和2年度の1年間の平均被保険者数は、159万人、令和3年度は、160万人を超えると、見込みました。

実際、令和元年度の年間平均の被保険者数は約156万7千人、令和2年度は約158万4千人となっております。

次に、医療給付費の表をご覧ください。医療に係る費用についても、被保険者数と同様に、逡増し続けており、一人当たり医療給付費を、令和2年度は862,248円、令和3年度は865,697円とし、医療給付費は令和2・3年度の2年間で2.7兆円を超える費用を要するものと見込んでいます。

医療給付費の実績は、令和2年度につきましては、新型コロナウイルス感染症拡大を受けた受診控えの影響もあり、一定額の医療給付費実績の落ち込みがありましたが、昨年度の後半からは新型コロナ感染症感染拡大の影響のない令和元年度と同等の規模まで戻ってきており、令和3年度につきましては、今のところ、ほぼ保険料率算定の際に見込んだ額で推移しています。

このように、医療に係る費用が増加する事により、収入である国や東京都、区市町村からの公費等は定率により措置されますので、その差引として被保険者にご負担いただく保険料は増加傾向にあります。

そのため、当広域連合では、増加傾向にある保険料を抑制するため、都内62の全区市町村との合意のうえで、区市町村の一般財源、つまり公費を投入し、他の広域連合では行っていない保険料増加の抑制対策を講じています。

3 保険料率増加の抑制対策

保険料率の増加抑制のため、以下の対策を実施した。

(1) 4つの特別対策（合計：約213億円【2年間】）

以下の施策について、区市町村が一般財源で負担する。

- | | |
|-----------------|-------------------|
| ① 葬祭費支給（約82億円） | ② 審査支払手数料（約68億円） |
| ③ 財政安定化基金拠出（0円） | ④ 保険料未収金補填（約63億円） |

(2) 所得割額の軽減（約3.7億円【2年間】）

所得が少ない被保険者の所得割額の軽減分の一部を、区市町村が一般財源で負担する。

- | |
|------------------------|
| ① 旧ただし書き所得15万円まで…50%軽減 |
| ② 旧ただし書き所得20万円まで…25%軽減 |

項目の3、保険料増加の抑制対策をご覧ください。

まず、(1)の4つの特別対策です。先ほど概要で説明があったと思いますが、本来この4つの項目は、国が定める政令によると、保険料で賄うべき経費となりますが、その経費には算入しないで、区市町村の公費で補填しています。

次に、(2)所得割額の軽減です。当広域連合では、独自に所得金額に応じた50%・25%軽減の措置を実施しています。

以上のように、当広域連合では、被保険者にご負担いただく保険料の負担増加を抑制する取り組みを行っております。

4 令和2・3年度の保険料率

		増加抑制対策の実施		＜参考＞政令どおり（増加抑制策を実施せず）	
	平成30・31年度	令和2・3年度	増減	令和2・3年度	増減
均等割額	43,300 円	44,100 円	800 円	46,700 円	3,400 円
所得割率	8.80%	8.72%	-0.08ポイント	9.41%	0.61ポイント

つづきまして、項目4「令和2・3年度の保険料率」をご覧ください。

この保険料率は、現在、被保険者にご負担いただいている保険料額を算定するうえでの基礎数値を示しております。

先ほど、保険料増加の抑制対策で申し上げましたように、当広域連合独自の特別対策を行ったことなどから、平成30年・令和元年度の保険料率と比べ今期の保険料率は、赤字記載のとおり、均等割額が前期比800円増の44,100円、所得割率が前期比0.08ポイント減の8.72%となりました。

ここで、＜参考＞政令どおりとあります、表の右側をご覧ください。これは、当広域連合独自の保険料増加の抑制対策を講じなかった場合、つまり国の基準通り算定した場合ですが、均等割額は前期比3,400円増の46,700

円、所得割率は前期比 0.61 ポイント増の 9.41%となっていました。この国の基準どおりに算出した場合との差が、当広域連合独自で行った保険料負担の軽減策の結果でございます。

<参考 1> 令和2・3年度の保険料率等の全国平均との比較（厚生労働省資料）

	保険料率（年額・率）				一人当たり平均保険料額（月額）	
	被保険者均等割額		所得割率		保険料額	
	（円）	順位	（％）	順位	（円）	順位
全国	46,987	—	9.12	—	6,397	—
東京都	44,100	32	8.72	29	8,421	1

年金収入別の保険料額の例（月額）			
基礎年金受給者 （年金収入78万円）		平均的な 厚生年金受給者 （年金収入188万円）	
保険料額		保険料額	
（円）	順位	（円）	順位
1,175	—	4,542	—
1,103	32	4,308	30

<参考 2> 都道府県別 1人当たり所得額の状況（厚生労働省資料）

（令和元年度）

	1人当たり所得額	順位
全国平均	858,000 円	—
東京都	1,623,000 円	1 位

次に、＜参考 1＞をご覧ください。

これは、全国平均との比較をするため、厚労省が公表した資料を一部抜粋し、作成した表です。

表の保険料率、黄色の部分をご覧ください。均等割額及び所得割額はともに、全国平均を下回り、均等割額は全国で 32 番目、所得割率は、29 番目となっています。

保険料率の右の列をご覧ください。保険料率の順位の一方、一人当たり平均保険料額は、全国で 1 番高くなっています。このことについては、マスコミ等で盛んに報道されていますが、＜参考 2＞の、都道府県別一人当たり所得額をご覧ください

東京都は、全国平均額のおよそ倍の所得額で、全国で 1 番高いことがわかります。そこに起因しているもので、所得が高い被保険者の保険料額が、平均保険料額を引き上げているという、統計上の数値結果によるものです。

しかし、実際に保険料負担の実態を把握するには、収入額に応じた保険料額を使って、全国との比較をすることが適切でございます。

つづいて、＜参考 1＞に戻り、右側「年金収入別の保険料額の例」をご覧ください。ここでは、基礎年金受給者や平均的な厚生年金受給者の被保険者に当てはめて、保険料額を算出した場合の表です。ご覧いただきましたとおり、同じ年金収入額の場合、保険料額は全国平均より低いこと、つまり、東

京都の保険料率は、全国で比べた場合、むしろ低いということが確認できます。

5 令和4・5年度保険料率の算定

高齢化の進展、医療の高度化等に伴う医療給付費の増加により、保険料率は上昇傾向にある。

特に令和4年度からは、団塊の世代が75歳に到達することから、被保険者数は大きく増加し、この傾向が継続していく。一方、新型コロナウイルス感染症拡大による生活不安や社会経済状況の悪化など、その収束がいまだ見通せない中、令和4年度の後半には、全世代型社会保障制度の一環として、窓口負担2割を導入することが見込まれている。

このような中、医療費負担の大部分が公費や現役世代からの支援金で賄われていることから、被保険者にも応分の負担を求めざるを得ないが、同時に低所得世帯に属する被保険者に過重な負担がかからないよう対策を講じる必要がある。

次期保険料率の算定に当たっては、保険料軽減のために継続して実施している「特別対策」や「低所得者に対する独自軽減措置」等について、区市町村等と協議を行い、検討していく。

つづきまして、下段の項目5「令和4・5年度の保険料率の算定」をご覧ください。

当広域連合では、今後も医療に係る費用見込み総額、つまり支出総額の基礎となる被保険者数や一人当たり医療給付費の増加が見込まれることから、次期の保険料率も増加するものと想定しています。

そのため、次期の保険料率の大幅な増加を抑制するために、令和2・3年度保険料率算定時も実施した次の2項目の対策の継続等について、十分に協議することが必要と考えています。

まず、一つ目が4つの特別対策です。これは、当広域連合独自の保険料軽減策でございますが、現在は、62区市町村のご理解により、区市町村の一般財源、つまり公費を投入し、保険料相当額に充てています。次期の保険料率を決めるにあたって、特別対策の継続について62区市町村と協議をしております。

次に、所得割額の50%軽減と25%軽減です。これも、当広域連合独自の保険料軽減策でありまして、4つの特別対策と同様に、62区市町村のご理解により、区市町村の一般財源を投入しています。こちらの継続につきましても、62区市町村と協議を行う必要があると考えています。

質疑

(会 長) 窓口負担が増える話がありましたが、これは被保険者の収入と
の見合いでどのようになるのでしょうか。また、被保険者の自己
負担が増えた場合、どれくらいの歳入の増加になりますか。ま
た、歳入が増加すれば保険料は下がるんじゃないかという議論も
ありますが、見通しはありますか。

(事務局) 窓口 2 割負担の導入時期については、国からはまだ導入の時期
がはっきり示されておらず、実施時期についても 10 月から 3 月ま
での幅があり、現状で影響力・影響額について具体的に数字で把
握することは難しいところです。

また、本年 1 月の国の試算で、東京都における影響額を 120 億
円とした資料もありますが、その後は何も示されていない状況で
す。現状の報道や手持ちの資料を基に思案いたしますと、東京の
被保険者一人当たりの保険料への影響は、年額で数百円程度と考
えています。

(委 員) 現状で 1 割負担・2 割負担になるおおよその人数の想定は、どの
くらいでしょうか。

(事務局) 現在、東京都の被保険者数は約 160 万人ですが、そのうちの約
86%ほどが 1 割負担の対象者です。また、国の試算によると、2 割
負担の導入をすることにより、全体の約 23.1%、人数にしますと約
36.9 万人の方が、2 割負担になるといった試算が出ております。
しかし、この数字は令和 2 年 7 月の時点の数字でございますの
で、被保険者数が増えれば人数もまた増えるものと考えておりま
す。

(委 員) 私どもの方、現役世代の方といたしましても、後期高齢者医療
制度への支援金ということで関係があります。

2022～3 年度から、いわゆる団塊の世代が後期高齢者になり、
2025 年には 75 歳以上の方が、それまでに比べて人口で 4%ほど増
えていくという推計がございます。

全世代型社会保障制度の構築ということで、6 月の通常国会で、
後期高齢者の方の所得の中では 28 万円以上の方が 2 割負担とな
り、実施時期は来年の 10 月から再来年の 3 月までに決めるという

こととなりました。また、プラスとして急激に増える方々の負担軽減ということで、1か月に増える自己負担額を3,000円に抑え、高齢者の方々の負担をある程度抑えるというような措置もございます。先程来ございますように、時期が未定ですので、そこがどうなるかによって財政的な効果が変わってきます。私どもといたしましては、2023年3月になってしまうと、ほとんど効果がないですし、10月から実施ということでも満年度じゃなくて半分ということになります。

1件お聞きしたかったのが、75歳以上の方々の窓口負担で3,000円までにするということについて、具体的にどのようにするかということです。また、高額療養費として通知できるというようなお話を耳にしたのですが、具体的にどうやるのか、現段階でどういった仕組みになっているのか教えていただければと思います。

(事務局) 国から案内を受けているのは今おっしゃったとおりで、高額療養費と同じスキームで乗せてやってくださいという話となります。高額療養費と同様に広域連合で集計し、負担増が3,000円を超えるときに被保険者にお金を戻すという形になると考えております。

(委員) レセプトを見て判断するというやり方でよろしいですか？

(事務局) はい。

(委員) 2割負担になる方については一定の所得がある方ということと、2割負担の方について3,000円という限度を設けているということで、「受診控え」を一番心配するところなんですけれども、このような枠組みを設けることで、受診控えというのはある程度大丈夫と考えているのでしょうか。

(事務局) 受診控えについては、国も懸念として考えているようでございます。

新型コロナウイルスに伴う受診控えについては、令和2年4～5月から秋にかけて徐々に医療費水準が戻り、年末年始・年度末にかけては当初ほど受診が落ち込まない傾向がありました。別の理由による受診控えではありますが、このように、当初は若干の受

診控えが発生するが、その後は本当に必要な医療が被保険者によって取捨選択されるのではないかと思います。国の方もそういったところを踏まえて、3,000円というところを数値として設けているんだと思います。

受診控えについては、全くないとはいえないでしょうけれども、ある程度はカバーされるのではないかと考えております。

(委員) 確かに医療費に関しては、我々の感覚としても、今年度の医療費は2年前に比べてだいたい水準としては戻っています。しかし、マクロで見るとそうですが、ミクロで見ると、診療科によって上がっている部分と下がっている部分があるのと、いわゆるレセプト単位で見ると実はレセプト数が下がって、中身が濃くなり、結局掛け算で同レベルということになっています。それは、院内トリージング実施料やPCRの検査料などの、いわゆる高額のコロナに特化した医療費が乗っかっているために、見た目上2年前と変わっていないということが、全世代を通すとあるからです。それが、後期高齢者医療に絞ったときにどうなっているのかということが、数字上我々に見えてきておりません。

東京都の後期高齢者に関して、医療費がミクロで見ると、たとえば診療科によっては精神科などがすごく上がっており、自殺が増えてるという意味でも、メンタルもかなり痛んだりきていることがあります。逆に、外科等は、オペを抑えているために収入がかなり減っています。しかし、こうしたことは、今後中長期的にみると、早期がんの方がいわゆる進行がんになってしまったり、あるいは受診抑制が医療だけでなく健康診断等にも起こりますので、中長期的に見ると、その影響で2~3年後に医療費が上がってくる危険性があるのではないかと考えています。様々な要因が重なってくると思いますので、後期高齢者に関して今のミクロでみた場合のレセプトの数とレセプトあたりの点数と、それが診療科によってどう違うのかというのを教えていただけるとありがたいと思います。

(事務局) ご要望のような診療科による細分化は行っていないんですが、例えば歯科などは下落率が大きかった記憶があります。また、国保連合会からは、コロナ関係の医療費は、あっという間に数千万円になると聞いています。さらに、ECMO（エクモ）は高齢者には体の

負担が大きいためなかなか使えないという話も聞いております。その辺りの分析は、次回に宿題として持ち越させていただければと思います。

(会 長) 後期高齢者医療制度は公費による負担と現役世代からの支援金で9割の財源を賄っており、後期高齢者に極めて有利な制度設計になっています。中長期的には医療費は上がっていきますし、高齢者も増え、医療費のボリュームも単価も増えるということから、現役世代の方の負担がますます大きくなっています。

保険者の健康保険組合連合会や協会けんぽは、将来的にどうされるのか。現状はどう考えられますか。悠々と支援金を出しておられるのか、それとも四苦八苦しているのか。印象的にはどうでしょう。

(委 員) 今年の国会で成立したのは、後期高齢者の方の窓口負担だけということでございますが、全体的な現役世代の負担軽減にどのくらい寄与されるのかというと、非常に少ないというのが実感です。今国会の参議院の方の付帯決議の中にもございますが、今後ますます高齢者の医療費が増えていくという中では、あり方そのものの、窓口負担だけでなく先程5:4:1の負担の見直しですとか、いろんな面で検討していく必要があることが付帯決議になっております。今回の国会の審議の中で、高齢者の方々も「このままでいくと支え手の方が次第に苦しくなるよね」という議論が活発にされまして、広く認識が国民に広まったと思います。

社会保険審議会の医療保険部会の中でも今後引き続き検討していくことになっておりますので、その辺りが非常に重要になると思っています。ですから、現役世代だけでなく、国民の方皆様に医療費をどう抑えるのかとうところの理解、お医者さんにかかる抑制になってはだめなんですけれども、必要なときに必要な医療が受けられるという国民皆保険の維持というのが大前提になっておりますので、それに向けての議論が深まっていくことを、健保連としてもいろんなところで発言しているというのが現状でございます。

(委 員) 私どもにおいても、高齢者への支援金はウエイトを占めており、重たいものになっています。しかし、皆が若者からお年寄り

になることから、若いころからの健診受診や健康づくりを進めることが、保険者の務めだと思っています。

リタイアされてご苦労された方もそれなりの、その中での努力をされていると思います。現役世代は現役世代で、病気になっている方も重症化しないようにきっちりと取り組み、コロナ禍でどうやって東京・日本を支えていくかが問題だと思います。皆さん言いたいことがあるでしょうが、みんなで協力していくことが大事だと思います。

(会 長) どうもありがとうございます。議論は尽きないわけですが、健康維持の元は第一に予防という考え方ですね。医療費を抑制するためにどう予防措置を講じていくかということが、大きな議論になっています。

議事（3）「第3期高齢者保健事業実施計画（データヘルス計画）について」

事務局による説明＜資料3＞

今年度は東京都後期高齢者医療広域連合 高齢者保健事業実施計画（データヘルス計画）の第3期にあたります。

令和3（2021）年度～令和5（2023）年度の約3か年を計画期間といたします。

計画の目的ですが、健康診査の結果やレセプト情報等を活用した分析に基づき、被保険者の特性を踏まえた効果的かつ効率的な高齢者保健事業等をPDCAサイクルにより推進し、被保険者の健康の保持・増進と医療費の適正化を図ることにより、高齢者が安心して暮らせる地域社会を支えることとなります。

要約しますと、健康診断の実施結果あるいは医療機関に受診した際のレセプト情報を活用させていただいて、お一人おひとりの状況に即した保健事業を展開しようということが今回の計画の目的です。

＜高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（一体的実施）＞

令和元年５月に公布された健康保険法等改正法では、高齢者の心身の多様な課題に対応しきめ細やかな支援を実施するため、高齢者保健事業について、広域連合は広域計画に広域連合と区市町村の連携内容を規定し、区市町村において、国民健康保険の保健事業や介護保険の地域支援事業と一体的に実施することを推進するための体制の整備等に関する規定が盛り込まれています。

広域連合では、この法改正を踏まえ、広域計画に定める連携内容と役割分担により、高齢者保健事業を推進していきます。

広域連合及び区市町村が行う事務事業と役割分担（第２期広域計画より）

広域連合	区市町村
・ 健康診査、歯科健康診査の推進 ・ 長寿・健康増進事業の推進 ・ データヘルス計画の策定、実施 ・ 一体的実施に係わる広域的な取組	・ 健康診査などの実施 ・ 健康診査後の健康相談、健康教室などの機会の提供 ・ 一体的実施に係わる区市町村単位の取組

本計画の最も特徴的な点として、広域連合と区市町村の役割分担があります。

(1)計画全体に関わる目的と課題

計画全体に関わる目的：「被保険者の健康の保持・増進と医療費の適正化を図る」

今回の分析では以下の結果となりました。

東京都の「65歳健康寿命」は、男女ともに年々延伸傾向にありますが、全国的な指標である「健康寿命」は全国と比較して若干低くなっています。

都広域連合の医療費は年々増加傾向にあります。一人当たり医療費も増加傾向にあります。

団塊の世代が75歳に到達する2025年に向けて都広域連合の被保険者数は増加していく見込みです。これまで以上に被保険者の健康維持と医療費適正化に向けた積極的な取組が必要となります。

計画全体に関わる目的と課題について、全国的な指標である「健康寿命」が全国と比較して若干低い点と、都広域連合の医療費及び一人当たり医療費が増加傾向にある点があります。

古い数値となりますが、平成28年度の「健康寿命」は、男性では全国平均72.1歳に対して東京都が72歳、女性では全国平均74.8歳が東京都では74.2歳となっています。

(2)事業に関わる課題

課題1 被保険者の健康状態の把握と「健康への気づき」を促す健診の推進

- 都広域連合の健診受診率は、近年横ばいから微減傾向です。区市町村の健診受診率にも差があります。
- 健診結果の多くの項目で、有所見者率が全国平均を上回っています。
- 医科レセプトにおいて歯周疾患を有する患者は、有していない患者に対して、一人当たりの医療費が高くなっており、生活習慣病や脳梗塞、誤嚥性肺炎の患者一人当たり医療費とも相関があります。口腔ケアと口腔機能維持を目的とする歯科健診の一層の推進が必要です。

課題2 健康課題に応じた保健事業の推進

- 「循環器系の疾患（高血圧性疾患、脳梗塞等）」「筋骨格系及び結合組織の疾患」「新生物＜腫瘍＞」の医療費に占める割合が高くなっています。特に循環器系の疾患は、患者数も一番多くなっています。
- 生活習慣病患者が全患者に占める割合は84.4%と高く、医療費でも全医療費の30.7%を占めています。
- 令和元年度の人工透析関連医療費は764億7,806万円であり、平成29年度から8.9%増加し、人工透析患者数も同期間で872人（8.1%）増加しています。
- フレイルのリスクとなるBMIとHbA1cが共に正常値未満の被保険者は、低栄養関連疾患の罹患率・一人当たり医療費が比較的高くなっています。
- 要介護状態と関連のあるロコモティブシンドロームの原因疾患別の医療費として多いのは「変形性膝関節症」であり、「大腿骨頸部骨折」「骨粗鬆症」が続いています。
- ロコモティブシンドロームの原因疾患の有病率は、加齢とともに増加傾向です。また、未支援・介護者（非認定者）においても、医療機関受診者の66.6%がロコモティブシンドローム原因疾患に罹患しています。

事業に関わる個別の課題のうち、課題1について、都広域連合の健診受診率が近年微減傾向にある点と、健診結果の多くの項目で有所見者率が全国平均を上回ってる点が問題として挙がっております。

課題2について、生活習慣病患者が全患者に占める割合が84.4%と高い点を踏まえると、生活習慣病について、一定程度的を絞った対応が必要と考えられます。

課題3 区市町村の取組の支援

- 被保険者の一人当たり医療費に区市町村間で差があります。
- 後期高齢者数が全体で増加見込みである一方、人口密度・単独世帯割合、また、地域の社会資源の状況等に差があり、優先的に対応すべき課題や取組を進めやすい施策は様々と考えられます。
- 要介護認定率の高い区市町村では、医療費も高くなる傾向が見られます。

課題4 効果的な医療費適正化事業の実施

- ジェネリック医薬品の使用率は年々向上しているものの、国が定める目標値80%には到達していません。
- 多剤併用服薬者数は医療機関受診者の4割以上を占めています。適正服薬の啓発を推進し、必要以上の医薬品を使用している状態でおきる副作用等の有害事象を防ぐことが必要です。

課題3について、区部・市町村部・島しょ部の医療環境や社会資源に一定の差があります。また、要介護認定率の高い区市町村では、医療費も高くなる点があります。

課題4について、ジェネリック医薬品の使用率は、国の目標値に届いていません。引き続き医療費適正化の啓発をしていきたいです。

被保険者の健康の保持・増進と医療費の適正化を目的に、前述の4つの課題と第2期計画の振り返りによる課題を踏まえて、事業を実施していきます。



事業の全体像は図のとおりとなっております。先程ご説明した4つの課題と前期のふりかえりによる課題を踏まえながら、区市町村と連携して着実に事業を実施します。

資料の4ページ～9ページには、第2期計画及び今期計画の事業の概要、目標値及び評価指標等を掲載しております。グレーアウトしたものについては、今期計画に個別の事業としては掲載しておりませんが、今期事業の中に再編されています。

質疑

(委 員) 大変よく網羅されていると思いますし、適切に進めていくことが高齢者医療、75歳以上の健康増進に繋がると思います。

3ページ課題4のジェネリック医薬品の取り組みについては、医療費の抑制のため国も推進を掲げております。メーカーのこともあり促進の空気が鈍っているところですが、生活習慣病・高血圧・高脂血症等は後期高齢者にも慢性的なものですから、ジェネリックへの変更が被保険者自身へ与える経済的な影響は大きいと思います。

こうした中で、10月からは、保険証についてマイナンバーカードを活用する仕組みが実施されます。まだ実施されている医療機関は少ないと聞いておりますが、薬局等が薬剤情報の確認ができるということです。また、オンライン対応に力を入れている大手薬局もあるそうです。

後期高齢者の方も、マイナンバーカードで医療費だと分かりますと、後発医薬品に切り替えた場合の額なども試算として出るような造りになっています。75歳以上の方にスマホですべてというのは難しいかもしれませんが、お子さんお孫さんとのやり取りの中ではスマホが非常に有効な手段として使われているとも聞いておりますので、そこまで違和感なく初期登録してもらい、マイナンバーカードで受診することも進められるのかなと思います。

また、薬剤情報などを見ると、こんなに役に立つのかと意識できると思います。すぐにはできないとは思いますが、長期広報ですとか、無理のないようにやっていく事が必要だと思いますので、ご検討の程よろしく願いいたします。

(事務局) ご意見ありがとうございます。広域連合では、「ジェネリックに変えたらどのくらい下がりますよ」という通知につきましては、一定効果の見込める方に個別にお送りさせていただいているところです。その結果、かなりの効果が上がっております。一方、なかなか薬の供給が追い付かないというところもございました。

て、そこにつきましては、薬剤師会の方あるいはジェネリック協会の方と連携をとらせていただいておりますので、適材適所・適切な時期に対応していきたいと考えております。

(委 員) 昨年の後半からの大手ジェネリック医薬品のメーカーの不祥事もあり、今、ジェネリックの供給体制は非常に切迫している状況です。

 しかも、メーカーが大手だったこともあり、そこから波及して現在治療中の方にも影響が出てきていることがあります。具体的に言えば、骨粗しょう症の薬については、先発品の供給も難しいほど薬の供給体制が厳しい状況です。東京都薬剤師会の上部団体の日本薬剤師会が、全国レベルでメーカー及び厚労省と話をしているところではございますが、現場レベルではまだまだ辛い状況になっております。

 何とかして患者さん、都民の方々が、健康で重症化せず、必要な患者さんに必要な薬をどれだけ回していけるかということを、薬局で四苦八苦しながら動いているところでございます。

 出来得る限り医師会の先生方とも連絡を取りながら、この状況を打破していかなければいけない、耐え忍ばなければいけない状況になっており、何とか頑張っていきたいと思っております。後発医薬品の推進をしなくてはいけない中でこのような状況となって皆様にはご迷惑をかけており、私どももどこまでできるのかということを考えていかなければならないと思っております。

 差額通知については、毎年やっていただいているのですが、私が薬局をやり窓口を見ながら思うところでは、もうさすがに皆さんも「見飽きた」というところがありまして、違う視点をもう少し入れていかななくてはならないと考えています。しかし、モノが無ければ、弾が無ければ対応できないというところもあるので、タイミングを見極めてご相談しながら、今年度も実施していきたいと思っております。

(会 長) アイデアを出していただいて、インパクトのある活動にご協力いただければと思います。

(委 員) 私どもは、ジェネリック医薬品の推進とオンライン資格確認のどちらでも抵抗勢力と捉えられがちですが、決して抵抗している

わけではありません。今回の不祥事もあって慎重になっていらっしゃる先生もいらっしゃいますが、薬剤師会の先生方といっしょに、信頼を取り戻しながらやってきたい、ぜひご協力したいと思っています。

オンライン資格確認については、マイナンバーカード自体の普及がまだ2割か3割かということで、システムの導入は我々も進めています、あまりメリットのあるメニューがありません。できれば、早く特定健診や薬剤情報がしっかりと見られるようになって、ポリファーマシーの解決や、向精神薬の転売の抑制につながればよいと思います。

健康増進のためには、健康診断の結果を初診の段階で見ることができることは、非常に診断も楽になるし無駄な医療費の圧縮にもなると思います。閲覧できる健康情報が充実したメニューができればと思います。東京都では、全国に先駆けてやっていただければと思います。薬剤師会の先生方、各所の先生方と協力して仲良くやっていければと思います。

(会 長) ありがとうございます。まだまだご意見いただきたい所ではございますが、次で最後にいたします。

(委 員) マイナンバーカードが保険証に使えるということになると、先程申し上げたように、こちらから送らなくてもジェネリック医薬品の差額通知に代わるものを自身で見られるので、気づきの発端になります。

後期の75歳以上の方々は、会社が変わったり国保に移ったりというような場面が多い現役世代に比べて、レセプト振替処理ができる面のメリットは少ないと伺いますが、ジェネリックに切り替えた額が見れることが非常に有効と思います。マイナンバーカードの普及は非常に低いところですので、広める一端になればよいと思います。医療費の適正化にも寄与すると思います。

(会 長) どうもありがとうございました。データヘルス計画については、PDCAサイクルに沿って今後ともご意見をいただくことになるかと思います。次の議題へ移りたいと思います。

議事（4）「今年度の懇談会予定について」

事務局による説明＜資料4＞

今年度は、計3回の開催を予定しております。

第1回 令和3年9月30日（木） （本日）

第2回 令和3年12月3日（金）

第3回 令和4年2月15日（火）

その他、質疑等

（委員） できれば今回も含め、資料をデジタルデータで送っていただくことはできますか。

（事務局） ご希望の皆様につきましては、電子データでお送りいたします。

議事終了

9. 閉 会

（会 長） 他になければ終了ということで、会議進行を事務局にお返しいたします、ご協力ありがとうございました。