

# 令和5年度第3回東京都後期高齢者医療広域連合

## 運営会議議事概要

令和5年12月18日（月）14：00～15：55

東京区政会館 202・203 会議室

- 【出席者】：鳥羽会長・西村副会長・植竹委員・小村委員・佐川委員  
柴田委員・島崎委員・荘司委員・末田委員・高橋委員  
高原委員・高山委員・外山委員・鳥田委員・中野委員  
並木委員・根本委員
- 【欠席者】：井上委員・今泉委員
- 【広域連合】：大井副広域連合長・新井総務部長・佐藤保険部長  
岩崎総務課長・大関企画調整課長・川田管理課長  
大田債権管理課長（保険課長兼務）・原田会計管理者
- 【一般傍聴者】：なし

### 【議事内容】

#### 1. 開会・運営会議の成立報告

委員の過半数以上の出席があり、運営会議が成立する旨を事務局から報告した。また、資料の確認及び会議の取扱いに関する説明を行った。

#### 2. 副広域連合長挨拶

副広域連合長が挨拶を述べた。

#### 3. 議事

##### 議事(1)「令和6・7年度保険料率の改定に係る提言について」

##### 事務局による説明＜資料1＞

後期高齢者医療保険料の東京広域独自の所得割軽減について説明した。

低所得者への所得割軽減については、東京都独自の軽減措置として行っている。発足当初は、国の財政支援があったが、現在は東京都の一般財源のみを投入して実施している。東京都独自の軽減の実施においては、制度発足以前より62市区町村長の代表によって構成された協議会によって議論がされてきた。

どの収入の被保険者までを軽減対象とするかは、区部は年金収入245万円まで、市町村部は208万円までと、考えに相違があった。それぞれの意見を踏まえて協議会で議論した結果、年金収入208万円までの被保険者を対象とする軽減策が平成19年第1回の広域議会で可決された。

しかし、国が平成29年度まで年金収入211万円までの被保険者を対象として所得割軽減に係る財政支援を行う方針を示したため、国の基準に東京広域の一般財源を上乗せする形で軽減を実施していた。

その後、平成29年度をもって国の財政支援が終了したため、東京広域では62市区町村に東京広域独自の所得割軽減を継続するかどうかアンケートを行い、賛成多数により一般財源の投入による独自軽減を行うこととなり、現在に至る。

下記の表では、国、東京都それぞれが軽減していた割合を記載している。

対象となる賦課のもととなる所得		年度・軽減内訳			
		平成20年度～平成28年度	平成29年度	平成30年度～	
15万円まで (年金収入168万円まで)	国	50%	20%		
	東京広域	50%	50%		
	計	100%	70%		50%
20万円まで (年金収入173万円まで)	国	50%	20%		
	東京広域	25%	25%		25%
	計	75%	45%		25%
58万円まで (年金収入211万円まで)	国	50%	20%		
	東京広域				
	計	50%	20%		

東京都は制度発足当初より、賦課のもととなる所得金額が15万円以下では50%、20万円以下では25%を軽減、その相当額を一般財源で負担するという形をとっており、国からの財政支援がなくなった後もそれが続いている。

続いて資料1裏面の令和6・7年度保険料率算定案における保険料の比較表について説明した。

③の「東京都独自の所得割軽減を行わなかった場合との比較」では、独自の所得割軽減の影響がわかるように、(1)では公的年金収入のみ、(2)では給与収入のみの単身者の計算例を記載している。

表の左端のとおり、軽減有り、軽減無し、その差を3段書きにしている。三段目の差の欄について、例えば令和6年度は、賦課のもととなる所得金額が15万円の方は7,300円、20万円の方は4,900円の差が一年間で出てくることを示している。

なお、同じ所得金額でも保険料の計算結果が異なる箇所については、オレンジで塗りつぶしている。

公的年金収入の方と給与収入の方とでは均等割の軽減割合の判定が異なるため、同じ所得金額でも、公的年金収入のみの方のほうが保険料は安くなる。

※上記の説明に加えて、当日席上配布した「令和5年度第2回東京都後期高齢者医療広域連合運営会議等のご意見対応表」のとおり回答した。

## 質疑

- (委員) 平成29年度をもって国の財政支援が終わったことに伴い、アンケート調査を行ったとあるが、これはいつ行ったのか。
- (事務局) 平成28年度に行ったものである。
- (委員) アンケート調査を行ったときは独自の制度の存続という意見がたくさんあったが、そのあとの状況として廃止したらどうかという意見もあるため、広域連合の特別対策委員会を設けて議論することとなったという理解でよいか。
- (事務局) 所得割軽減も含め、その他の特別対策も全て含めて引続き一般財源を入れていくかということについて議論していくということである。
- (委員) 保険料率の決定を広域連合が行い、実際の保険料の賦課徴収は市区町村が行う。委託という形でやっているのだから、市区町村からすると自分たちで直接保険料を決められないが事務は行っている。実際に被保険者と接しているのは市区町村であり、いろいろな意見が広域連合の方に直接伝わることは少ない状況かと思うが、その認識は合っているか。
- (事務局) 概ねその通りであるが、事務の委託ではなく広域連合の規約の中で市区町村と広域連合の役割分担として実施している形である。
- (委員) 現場の市区町村の委員の方が出席しているので、どのような感覚なのか聞きたい。
- (委員) 所得割軽減やその他、被保険者の保険料を下げる対策により保険料負担が下がっているため、その点については被保険者に説明しやすい部分はある。ただ制度全体を見ると、一般財源を活用しているので制度として今後良いのかといった点で議論があるところである。
- (委員) 現場としても、保険料が高いという声を非常にたくさん頂戴し、その説明に苦慮しているところである。そうした状況の中で、この所得軽減という少しでも軽減の努力をしていると説明できると

いったところでは皆さんに理解してもらいやすい。一方で、一般財源を投入するといったところでは、特別会計の中で措置できないため、そこが悩ましいところである。

(委員) 窓口の方に保険料が高いとの苦情が寄せられているということであった。その階層は必ずしも低所得階層ではないと思うが、例えば中堅階層からの意見はあるのか。また、今回限度額をかなり引き上げるが、なぜこんなに引き上げるのだというような意見はあるのか。

(委員) 保険料が高いことに関しては所得階層に関わらず意見をいただいている。生活にかかる可処分所得は世帯ごとに異なるため、必ずしも所得があるからといって保険料の支払いが問題ないかという点、そういうことはない。今回の改定に伴う限度額の引上げについては、まだ広く知られたところでないため、その点についての意見はいただいている。

(委員) 低所得の方よりも限度額まで到達している方から理解が得られないところがある。収入がそれなりにある方から、どうしてこんなに高い保険料がかかるのかという声や、自身の後期高齢者医療の保険料に加え家族の国保の方も払わなければならないといったところで、毎月10万円以上かかる保険料をどうやって支払っていけばいいかという声を多々受けている。

(会長) 各広域によって料率は違うのか。

(事務局) 都道府県ごとに異なる。

(会長) 東京都は他と比べて高いのか。

(事務局) 一人当たりの平均保険料額でいうと、令和4・5年の時点では全国で1位である。

(会長) 軽減を入れた場合どうか。

(事務局) 軽減後の金額としても高い。

(委員) 国の基準に従ってやらざるを得ないのは私も理解しているが、国の方は低所得層のところは据え置いて、負担能力に応じてということを経済的に強調し、限度額を相当高く上げようとしている。東京都単独で様々なことをできないことは十分承知しているが、国民からお金を取る以上、どういう姿が公平というか納得感が得られるのかということについてきちんと考究してもらいたいというのが私の意見である。

(委員) 後期高齢と国民健康保険の両方の保険料を払っている方というのは、2つお金を取られているという感覚が強いと思う。少し制度

自体を直すようなことを東京都の団体として考えるということも一つの考えである気がしている。国の制度であることは存じており、そこがネックというか大きな壁であることは存じているが。  
(会長) 提言の中に国の制度に対する反対意見を盛り込んでも意味がないと思うが、これまでの発言にあった課題についてよく考えいい解決方法を探ることを言える形にはしたいと思う。

ここで提言書（案）の説明を会長より行った。

※提言書を読み上げた後、委員提供資料の説明を行った。

令和5年12月18日

東京都後期高齢者医療広域連合  
広域連合長 吉住 健一 様

東京都後期高齢者医療広域連合運営会議  
会長 鳥羽 研二

令和6・7年度保険料率の改定に係る考え方について（提言）  
（案）

令和5年9月28日に貴職から依頼された令和6・7年度保険料率の改定に係る考え方についての提言に関し、本運営会議において、審議を行った結果、別紙のとおり結論を得たので、提言します。

【提言】令和6・7年度保険料率の改定に係る考え方について

1 提言に当たって

我が国は、本格的な少子高齢化、人口減少時代を迎えており、令和7年には団塊の世代のすべての方が75歳に達するなど、後期高齢者医療保険の被保険者数は、当面増加傾向にある。

また、先進医療や平均寿命の延伸などによる一人当たりの医療給付費の増加や、医療保険制度改革による現役世代の負担上昇を抑制するため、後期高齢者医療制度における高齢者の保険料負担割合が見直されることなどにより、保険料も増加の一途を辿っている。

こうしたことから、令和6・7年度の保険料率を適切に算定するにあたり、東京都後期高齢者医療広域連合においては、被保険者の置かれている状況にも十分に配慮することを要望する。また、現在策定を進めている第4期高齢者保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく高齢者保健事業及び医療費適正化事業を推進することで、フレイル予防・健康寿命の延伸や適正な医療給付に努め、将来的な保険料率の上昇の抑制を図るよう併せて要望する。

2 令和6・7年度保険料率の改定及び今後に向けて

令和5年11月に示された令和6・7年度の保険料率の算定案は、一人当たりの医療給付費の増加や医療保険制度改革の影響を加味すると、概ね適正であると認められるが、後期高齢者医療制度の運営主体として、令和5年末から令和6年の年始にかけて予定されている保険料率最終案の算定を適切に行うこと。

なお、特別対策や所得割額軽減の存廃については、令和8・9年度の保険料率改定に反映できるよう、東京都後期高齢者医療広域連合保険料算定・特別対策検討会議において検討を行い、本運営会議に報告されたい。

また、今後も医療費の増加や制度改正の影響等により、更なる賦課限度額の上昇や保険料の引き上げが続くことが危惧される。保険料率の算定は国の制度設計に沿って行われていることは理解しているが、東京都後期高齢者医療広域連合においても適切な保険料負担の在り方を考究するよう努めること。

- (委 員) 提言についてはその通りだと思う。特にフレイル予防・健康寿命の延伸のところでは、フレイルについては「啓発」というところだけでは、なかなか改善しにくいと思う。介入することで行動変容・生活改善の働きかけを住んでいるところでなされる仕組みがとても大事だと思うので、フレイル予防健康寿命の取組みに努めるということが書かれたのはとても大事だと思う。
- (委 員) 1の最後のところの「フレイル予防・健康寿命の延伸や適正な医療給付に努め」の「適正な医療給付に努め」の部分で、データヘルス計画の中では医療費と柔整、あはきの件も出てくるので、医療費の適正化だけでなく「医療費・療養費の適正化」ということで療養費も含めた方が良いのではないかと。
- (会 長) 「適正な医療費・療養費の給付に努め」というふうに字句を改めることでよいか。
- (委 員) 「適正な」でもいいし、「医療費・療養費の適正化」でもいい。
- (会 長) どちらがよいか。
- (委 員) 私は、「医療費・療養費の適正化」。私はいいが、一般的には「適正化」はわかりにくいので「適正な」の方がいいかと思うがお任せする。
- (会 長) では一任してもらおう。
- (委 員) 2については概ねこれで良いのではないかと。誤解がないように言うと、8・9年度の保険料率改定に反映できるようにそれまでに特別対策検討会の結論を持ってこいというところであるが、YESかNOか必ず結論のところまで持って来いと言っているわけではない。場合によっては引続き継続審議ということもあると思うので、何らかの結論を持ってきてほしいというのが私が申し上げたかった趣旨である。
- フレイル予防や健康寿命の延伸、多剤投薬については是正すべきであるが、健康寿命を延ばしても平均寿命－健康寿命の年齢は大きく変わっているわけではない。つまり、疾病予防をしてもそれは先送りになっているだけという議論も昔からあり、それに対して違うという意見もあるかもしれないが、その点について、決着はついていないのが率直なところではないか。何のために疾病予防やフレイル予防、多剤投与の啓発もやっているのか。一義的には本人の健康なり、QOLを維持向上させることだと思う。その上で、医療費にどういう影響を及ぼすのかという話であると思う。

そうすると、このところは少し強すぎるため、少し修正した方が良いのではないか。

(会 長) まず平均寿命と健康寿命だが、日本の中ではそれほど縮まってないように見えるが、やはり健康寿命の長い国では相対的に寿命も長いと。健康寿命が長い国は健康寿命と生涯寿命の差が短いというのが世界的な統計である。日本の健康寿命の差は実は算定方法の方に問題があり、世界的な健康寿命の算定では日本は世界で1位であり、9年と言われているほど長くはなく、6年くらいしかない。健康寿命が伸びれば、段々少しずつ短くなる。次に、健康寿命が伸びた場合にその医療費がどうなるかということだが、85歳以上まで健康寿命が伸びた場合には非常に医療費が低くなるといったデータがある。従って健康寿命を長くして比較して長命で短い差にした場合に医療費が非常に低くなる可能性を迫っていくべきだというのが老年学会の考え方である。ただしご発言にあったように遅々として縮まらないのではないかというのはその通りであるが、これは年々伸びていくので、例えば平均寿命が100になった場合、そこからは指数関数的に縮まるので健康寿命と平均寿命の差は2年以内になる。そうすると医療費もかからなくなるというのは我々の理想とする将来像である。その第1段としてフレイル予防で健康寿命を延ばそうというふうに行っているところである。以上でよろしいか。決してご発言にあったように強すぎるというのではなく、グローバルにアフリカやインドなどのアジアとかそういうところと比べて健康寿命の差が短くなった先進国の中では最終的な厳しい戦いである。

(委 員) 先ほど言ったように一義的にはQOLや健康の確保であり、QOLの維持向上がベースだと思う。それから医療費の適正化に努めるべき、あるいは、フレイル予防に含めて後期高齢者の健康とかQOLの維持向上、それから医療費の適正化を努めるということについて反対してないので、そこまでは良いと思うが、その結果、保険料の上昇の抑制まで書く必要があるのだろうかというところが私の意見である。

(会 長) いわゆる老年症候群をいくつ持っているかということでフレイルを診断しようということになってきた。フレイルの方は他の方に比べて症状や病気が多くなる。従ってフレイル予防というのは症状や病気の予防といったことにつながる。フレイル予防というのは訴える症状が少なくなるため、当然薬や医療にかかる点数も減

る。そういう理屈でフレイルということを理解してもらえると皆さんも簡単に腑に落ちると思う。

(委 員) 会長がそこまで言うのであればこれ以上言わないが、私はここまで書く必要はないと思っている。

(会 長) 保険料率の改定で何を被保険者に還すかといっても、我々は後期高齢者の健康寿命の延伸にこれらの保険を通じて新しくこういうサービスを強めていくから保険料率が上がるということと言わない限り、どんどん高い機械やお薬が出てきて高くなる一方で不満が募るばかりである。このような一つの方向性を出すことによって、少し高くなるが予防的にも我々もやるので出してくださいというのが私の座長としての考え方である。

(委 員) このフレイル予防と健康寿命の延伸に特化した形で書くのは実は重症化予防も入れてほしいとか色々思うところがあり、先ほどもデータヘルス計画の話をしたが、ここには当然フレイルも入っているが、それ以外も健康に資するものが入っており、できることならこれ2つに特化しないで例を上げた上で「保健事業を実施し」とか、そういった形で間接的に上昇を抑えるという方が限定的よりは全体を表しているかと思う。

(会 長) 皆保険以来、厚労省は様々な疾患の重症化予防などに取り組んできて、解決された疾患も今でも重症化が問題になっている疾患もある。今までの重要な施策における疾患の重症化予防と同時にとりょうに付け加えるのは反対しないが、それを全部書くと戦後の重要な施策を10も20も書かなければならないのでただ一つの疾患というようには書きにくい。ただ今まで記されてこなかった老化に伴う一つのイメージとしてフレイル予防、介護予防というのを出されているので、そこを主に取り上げるということである。歴史的な経緯も踏まえて現在1番焦点となる、これからなることを具体的な名前を入れたという次第である。

(委 員) みなさんが言っていることは机上の理論としては素晴らしいと思うが、現実の東京都の後期高齢者の医療で問題となっているのは多重受診、ポリファーマシー、あるいは高齢者医療救急で一番お金がかかっている。そこを抑えなければ保険料率が上がっていくのがわかっているにも関わらず一言もない。現実問題として、この令和6年度・7年度、8年度・9年度に関しては、被保険者がきちんとした認識を持たない無尽蔵に医療費が上がっていくということをまず注意喚起。もちろん健康でいることは1番大事だと



は思うが、それ以上にかかり方を考える。ヘルスリテラシーを含めて自分たちの健康は自分たちで考えないといけないという時代である。あとは過剰医療。介護保険と国民健康保険が突合すれば医療費を減らせると言われているので、そこはぜひ考えてもらいたい。

- (会 長) どのような文言で具体的に入れるか。
- (委 員) 重複受診及び過剰な医療。
- (会 長) 適切なくらいだったら良いが、過剰、それらを入れるにはもう一回皆さんで資料を集めてコンセンサスを経ないと今日の提言には入れられないような気がするがどのようにしたらよいか。
- (委 員) 過剰な医療は反発があると思うので、不適切な医療ということになるかと思う。もう一つ言うと、第3次医療費適正化計画で医療費の適正化効果の調査を行っている。そこでいうと特定健診・特定保健指導、会長が言っているフレイルの話とは少し違うと思うが、そこがどのくらいの規模かという、200億くらいである。そこに比べると例えば後発医薬品が約4000億とか、ボーダーが違う。そうすると会長のお気持ち的に私も先ほどの説明で理解はするが、そこがちょっと突出しすぎており、バランスを欠くのかと思う。
- (会 長) 医療費のインパクトが少ないのではないかということか。ここのデータヘルス計画には良いが、医療費のところには当面大きなインパクトが少ないのではないかと。むしろポリファーマシーのこととか書いた方が良いのではないかと。
- (委 員) ポリファーマシーや後発医薬品の促進であるとか、そういうことの方が当面の話としては効果が大きいのではないかと思う。
- (副会長) ここまでの意見を聞いて、会長が示した「適正な医療」の中に加わる内容があると思うので、ここに例えば括弧をつけて集中的に関心を持ってもらいたい内容を入れる方法もあるかと思う。都民が見たときに、どういうインパクトがあるかというのが重要かと思う。もう一つだけ、先ほどの直接保険料の上昇の抑制につながるかどうかという点については、フレイル予防などを行うことによって、結果的に将来の保険料上昇抑制につながる可能性は十分にあるというように思うため、この「フレイル予防・健康寿命の延伸や適正な医療給付に努め」をそのままつなげることが現状から難しいのであれば、「結果的に将来的な保険料の上昇抑制につながるよう取り組むことを併せて要望する」と少し距離を持たせ

ることで、今回の保険料の改定に係る考え方の提言になるのではないかと思う。

(委 員) 確かに過剰医療とか多重受診とかいう言葉を書くと大変刺激的である。そこで一つのアイデアとして、例えば「限られた医療資源に配慮した適正な医療給付に努め」というような形にすれば良いのではないか。これは具体的には何かと聞かれれば、私たちが過剰医療や多重受診、ポリファーマシーとかこういうことを止めていこうということであると言えれば良いのではないか。

(委 員) 本当にいいと思う。一番問題になっているのは限られた医療資源である。コロナ渦で45から35までのドクターたちがフェードアウトしていくという現象が出てきている。そうすると我々世代を診てくれる医者がいなくなってしまうわけである。それを考えると限られた医療資源を上手く使っていないと自分たちにしっぺ返しが来るということを利用者にわかってもらうことが一番いいのではないか。

(委 員) 昔から延命治療の問題があり、本人が延命治療を望んでいなかったにも関わらず、家族が延命を希望する例がまだ非常に多い。つまり、本人の意思が無視されているケースが非常に多い。その辺が医療費の何パーセントになるか私もわからないが、結果として無駄になっている医療費が非常に多いと思う。

(会 長) 事前指示書が無視されて延命した方が多いという結果は今のところないが、かなりの部分が活かされていないのが事実である。

(委 員) 先ほど副会長が提案した括弧書きというところに加え、個別にいくつか具体的なことがあったとしても、一つは医療・療養、治療に当たること、もう一つは保健事業。大きくこの二つのどちらかに入る。最初のフレイル予防・健康寿命、重症化予防は保健事業であり、医療資源に関わることは医療の方なので、個別に羅列しているとちょっと違う。保健事業と医療療養を大きく二つ出し、そこに一部～等といいながら具体的なものを入れておくということで、結果として将来的な保険料の上昇を抑えられるという方が個別に羅列するより良いのではないかと思う。具体的には、保健事業（フレイル予防・重症化予防など）。次が適正な医療療養費の給付、言葉は柔らかくした方がいいかもしれないが、括弧して先ほど言われていたようなことを入れたらどうか。

(会 長) フレイル予防は今まで保健事業としてされてきたが、東京都医師会と協力して医療としてやろうとしている。フレイルというのは

いろいろな病気体があるので保健予防、保健だけではない。フレイルは老年症候群の積み重ねで、医療行為そのものである。老年医学そのものである。フレイルというのは疾患に対する老年症候群に対する全般的な重症化予防行為を指すものである。

(委 員) 提言書案の最後のところに、「適切な保険料負担の在り方について考究するように努めること」とあるが、考究するというだけではなく、その結果を関係者に知らせ、そういう意味ではこの東京の広域連合から保険料や何か適正化というようなことが理解されるようにした方がいいと思う。なので、文面から言うと「考究し、その結果を関係者に理解していただくよう努めること・関係者に周知するよう努めること」のようにして、ただ単に考究するだけにとどまらないような努力もするのはどうか。

(会 長) 本来は考究して、課題を抽出して解決策を提案して、それを国と共有できればいいが、そこまで国が考えてくれるとは考えにくいので、考究して課題を共有したり、みんなで発信していったりということまでが適切だと思う。

(委 員) 私は個々の部分については会長が言ったのが限度だと感じる。ただそこは実質的な話として、文言よりもまず国の制度ありきの現状という、今言っているのはそういうことだと思う。それを考究し、そのうえで国に対して広域連合全体として物申すというようなことをやっていくということだと思うので、私としてはこの程度のところでもギリギリいいかなと思う。

(会 長) 提言以外に、様々な議事録や意見を載せたものも連合長などに見てもらえるのか。

(事務局) 議事概要については公開する。

(会 長) 皆様の意見は載ることになるので、この短い提言の中ではなく、細かい内容やニュアンスについては読んでいただくと言う形では駄目でしょうか。

(委 員) 結構である。

(委 員) 具体的に提言書案の1の文言の方はどのような形にするのか。

(会 長) 1の文言に関しては取りまとめ、微細な修正にとどめたいので「フレイル配慮や様々な疾患の重症化予防を通じ健康寿命の延伸や適正な医療費・療養費の給付に努め、将来的な保険料率の上昇の抑制を図るよう併せて要望する」ではどうか。

(委 員) 私の感じだと延伸の後については、「医療資源に配慮し、適正な医療給付」とつけたらどうか。

(委 員) 最近国の方では本人の QOL であるとかそこを尊重する、向上する、その結果として医療費の抑制や適正化になるという言い方になっていると思う。従って、私が懸念しているのは最初の少なくともフレイル予防や健康寿命の延伸だけで将来の保険料率の抑制をするということになると、その対策は自分たちのためではなく、医療費の抑制のためかというように受け取られるのではないかと思う。

現場の方が混乱しないようにしてほしいというのが本意だったので、今の修文で適正化という言葉が入れば、その辺りの懸念のところがだいぶ解消されるため、私としては先ほど会長が示された案でそれ以上は言わない。

(会 長) 将来的な保険料の抑制というところに問題があるということか。

(委 員) 努めることによってその上昇の抑制を図るというのが強すぎるのではないかということを行っている。したがって私は、適正な医療給付に努めるよう要望するでもいいのではないかなと思う。

(委 員) 実際抑制しないとこの国は無理ではないか。だからここは強く言わないといけないのではないか。

(委 員) 適正な給付の方は同じ意見である。私が言っているのはフレイルとか疾病予防のところの効果のところに関して、全体の金額の規模感が違う。医療費の抑制の話であれば本筋では今言われたようなことだと思う。

(会 長) 医療費を抑制せざるを得ないことは間違いないため、「将来的な保険料率の上昇の抑制に資する」にするか。図るではなく、資するであれば若干弱まり、不満もあると思うが。

(委 員) 結構である。それ以上は申し上げない。

※会議の場で様々な意見が出たため、会長一任で提言書を取りまとめることとなった。

※令和5年12月22日に事務局が会長より提言書を受領した。

## 議事(2)「第4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2>

※まず本会議までに受け付けた質問について、事前送付した「ご意見対応表(資料2別添1)」に沿って説明した。

今回作成した計画案の素案からの変更点は、「資料2別添1」の該当部分と資料編の追加である。資料編については、国から示された内容をベースに適宜必要な情報を掲載している。標準化の観点から、主にKDBシステムを活用して作成しているため、項目によっては、正確な数値を抽出することが困難なものもあり、その際は参考と標記している。また、現時点でデータを分析中のものもあることを伝えた。

次に今回追加した資料編について簡単に説明した。

資料2の58ページからは、被保険者数の推移と構成や平均余命、平均自立期間、主な死因別死亡割合、など、被保険者の健康状態に関する分析を掲載している。

続いて62ページからは、健康診査の実施状況や健康診査結果の状況、後期高齢者の質問票調査の状況を掲載している。

73ページからは、医療費関係の分析結果を掲載している。医療費の経年推移や一人当たり医療費の市区町村比較、疾病分類別の医療費を掲載している。

80ページからは、生活習慣病関連疾患に関する分析、人工透析及び糖尿病性腎症に関する分析を掲載している。

85ページには歯科受診の状況、86ページにはフレイルに関する分析、89ページ以降は介護関係の分析を掲載している。

最後に96ページでは、重複投薬、多剤投薬、ジェネリック医薬品についての分析を掲載している。

また、下記の通り令和6年1月19日から2月2日までの間、パブリックコメントを実施することを伝えた。

**第4期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)に係るパブリックコメントの実施について(予定)**

**1 パブリックコメントとは**

都広域連合が計画等を策定するに当たり、その案をあらかじめ公表し、皆さまからご意見をいただき、意思決定を行う制度です。また、お寄せいただいたご意見等は、都広域連合の考え方と併せて公表します。

**2 ご意見の募集について**

(1)ご意見を募集する案件名

「第4期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)【案】令和6(2024)年度～令和8(2026)年度」

(2)募集の趣旨

データヘルス計画とは、被保険者の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するための実施計画です。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、住み慣れた地域で自立した生活ができる期間を延伸し、高齢者が安心して暮らせる地域社会を支えることを目的として、計画案を作成しましたので、皆さまのご意見をお寄せください。

(3)資料の間覧場所

①都広域連合ホームページ(<http://www.tokyo-ikiiki.net/>)

②都広域連合保険部窓口(東京区政会館16階)及び各市区町村後期高齢者医療担当課窓口

(4)募集の期間

令和6年1月19日(金)～2月2日(金)

(5)意見を提出することができる方

①都広域連合内(都内)に在住、在勤又は在学する方、東京都後期高齢者医療広域連合被保険者

②その他利害関係を有する方

(6)提出方法

ご意見等は、表題を「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)案に対する意見」と記入し、住所及び氏名(在勤・在学の方は勤務先又は学校名、団体の場合は団体名・代表者名)を記載の上、以下のア～エのいずれかの方法によりご提出ください。書式は問いません。

※「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)案」に対して利害関係があると認められる方は、利害関係を有する理由も併せて記載してください。

ア 窓口

都広域連合(下記郵送先)に直接ご持参ください。

受付時間は月曜日～金曜日の8時30分～17時15分です。

イ 郵送

【宛先】〒102-0072 東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館16階

東京都後期高齢者医療広域連合 保険部 管理課 保健事業・医療費適正化係

ウ ファクシミリ

03-3222-4500

エ 電子メール

kanrika@tokyo-kouiki.jp

※口頭や電話によるご意見はお受けできませんので、ご了承ください。

※住所について、東京都内にお住まいの方は、お住まいのご住所をご記載ください。都外にお住まいで都内に在勤・在学の方は、勤務・通学先の名称及び住所をご記載ください。都外にお住まいで、東京都後期高齢者医療広域連合被保険者の方は、その旨をご記載ください。

※ご意見を募集するに当たり提出された住所及び氏名は、公表いたしません。また、いただいたご意見に対する都広域連合の考え方についてはまとめて公表するため、個別回答はいたしませんのでご了承ください。

(7)問合せ先

東京都後期高齢者医療広域連合 保険部 管理課 保健事業・医療費適正化係

電話 03-3222-4507 / ファクシミリ 03-3222-4500

電子メール kanrika@tokyo-kouiki.jp

2月の第4回運営会議にてパブリックコメントの結果等を反映させた計画案について審議し、提言を受け、計画策定といった流れになる旨を伝えた。

(委員) ご意見対応表の2番目の「広域としてレセプト情報のみでの判断は困難であるため」との文言は変えた方がいいと思う。社保や厚生局に聞いたところ、レセプト情報の突合はできるとのことである。「困難である」との文言は変えた方がいいと思う。

(事務局) 調整させていただく。

(会長) 前回大きな議論になった15剤の話というのは、資料2の48ページを見ると、適正服薬推進事業をやっている。それから適正化事業では、今は10剤でやっているということでもいいのか。例えば

6剤にしたときにどれくらいなるかどうかっていうこともチェックしながら、将来的に10剤を8剤にするとか、そういうことも今後の検討の対象になるという理解でいいのか。

(事務局) そのような理解で良い。

(会長) 結局来年の4月からは6剤というのを中心でやっていくということになった。15剤についても当面調べるが、エビデンスがあるのは6剤以上であるため、6剤というのをまず指標として、副作用率が2割から2割5分が増える10剤以上というのは本人の承諾なしには投薬できない数であるため、減らしていくことが医療の適切な、過剰な医療にも役立つということがここでは言える。また86ページに後期高齢者のフレイル関連項目のいい図があるので見ていただきたい。

(委員) 資料2の48ページ、一番下のところに「ポピュレーションアプローチによるポリファーマシーの啓発についても事業化を検討します」となっているがこれは何をやるのか。

(事務局) 現時点では、薬の管理の服薬バック的なものを考えているところである。

(委員) 服薬バックに関しては確か前期高齢者側で以前もやったことがあり、いわゆる残薬バックといわれるもので、残薬を調整していくということを薬剤師としてももちろんやっているが、何で飲めてなかったのかというところの調整も必要というところも含め、適切な服薬管理というところが入ってくるというイメージで考えているところである。

(委員) 44ページの歯科検診事業について、重点事業にはなっているが、今までと同じような取組みになっているように感じる。受診率が2.6%ということだからかなり低いため、何か違った思い切った事業展開をしてもらわなければ、なかなか医科のような50%台までは伸びることはないと思う。もう少し延ばしてもらいたいということで、例えば医科健診のところに歯科の重要性や検診の重要性などを盛り込むとか、何か方法を考えてもらいたいと思う。

(会長) 私も受けているが、器具とか検査の項目が結構多い。今、うちの方で1/4くらいの時間でできるような装置などを開発しているので、それらと合わせて普及が10倍くらいになるといい。啓発するにはどういったことがあると思うか。

(委員) 医科で例えば糖尿病の健診で問題がある方に、糖尿病と歯周病の関係が今言われているため、歯周病の方の歯科健診を受けるよう

な啓発事業などをやってもらえたらと思う。あとはあのフレイルのチェックシートの中に口の機能のところがあるのでそこで口の口腔機能のところチェックが入った方には歯科検診を受けるようにというようなこともお願いできたらと思う。

- (会 長) これは文言の修正になるか、それとも但し書きになるか。
- (事務局) 歯科検診については各自治体で行っているため、なかなかこちらでというのは難しいところと、加えて財源のところもあるため困難である。
- (会 長) サジェスチョンはいいか。必要性に関する但し書きのような。
- (事務局) 但し書きについてはその通りである。
- (会 長) 具体的な質問によっては今日取りまとめというより、2月までは取りまとめるので、ある程度今日意見を出してもらおうということでいいか。
- (事務局) はい、意見があるようでしたら出してもらえたらと思う。
- (委 員) 今回48ページのところの適正服薬推進事業の薬局のところだが、最近問題となっている返戻が、処方箋というのは基本的には4日間しか有効性がなく、薬局から疑義照会があつて5日目とか6日目とか10日目に取りに行ったものをOKとして処方した場合、社保や国保含めて無効な処方箋に対して薬局が薬を出したので、それを許可した医療機関側がそのお金を返戻するように言われる事例がかなりある。本来は被保険者が払うべき話だが、それを医療機関が払うということが起きている。どれくらいあるのといったら結構な額があるという報告を受けている。それを考えたときに適正服薬推進事業の中に適正に処方薬を取りに行くことも啓発してもらいたい。
- (委 員) 処方箋の有効期限に関しては、正直東京ほか周りの県はだいぶ厳しいという情報を聞いている。何を言おうが4日間過ぎたら単なる紙ペラにしかならないという話である。ただ、地方で処方箋を貰ってきて時間が過ぎてしまったという患者さんに、これ無理だよ、もう一回行ってきてというのはやっぱり医療を継続してもらわないといけないっていう観点から言うとそこは厳しい。そこは薬剤師として薬局側が本来例えば風邪とかで風邪薬を今飲んでほしいのに4日過ぎて貰いに来てもそれは無理であるという判断は薬剤師はやっているはずなので、そこの部分を考えた中で、一般的な方に対する啓発をしていかなければ無法地帯になってしまう可能性がある。4日間過ぎても貰えるという言い方をされるとち



よっとそれは違うのではないかと。そこの部分は私どもも含めて、啓発したいと思うのでよろしくお願ひしたい。

(委 員) 人によっては複数の病院にかかる場合が当然ある。その場合、当然医者に飲んでる薬の報告をもちろんすると思うが、それに対して、例えば風邪にかかって病院に行った時には、その治す目的だけで薬を貰って帰ってくる。別の病気を持っている場合はそのことを伝えて、それを踏まえた薬剤を処方してもらっているという理解でいた。多く飲んでる人に非常に大きな影響があるというのを一般の高齢者にもわかりやすいように啓発をしてもらいたい。

(会 長) 重複受診やポリファーマシー、先ほどの終末期のこととかを誰かコントロールしてよく説明するお医者さんが必要。誰がどういう全体像を見ていろいろなものを作ってあげるかという視点も必要な気がする。

(委 員) 本当は医者がお薬手帳を見ることができればいいのだが、お薬手帳を忘れたり、シールを貼り忘れてしまったりして医者に情報が来ない。今度保険証をなくし、マイナンバーカードで情報を得るようにするとなっているが、現状オンタイムで確認できず、3か月前の情報しか見ることができない。今後医療 DX が進めばもう少し医者の方も襟を正して薬を整理するのではないかと思う。

(委 員) この 48 ページのデータを見て驚いたのだが、KDB システムで 6 剤で抽出すると 60 万人いるということは、後期高齢者の 1/3 が 6 剤ということである。

(会 長) 前は 4 割いた。

(委 員) 例えばポスター貼って 6 剤以上はポリファーマシーでだと言った場合、これは大混乱すると思う。したがって、かかりつけ医機能を発揮させるとか、本当のことをいうとそういうことの中心となるかかりつけ医が全体をコントロールするとか、それこそいまの DX か何かでそのようなことをチェックするシステムを作らなければ、本質的な解決にならないような気がしますので、ぜひそういうことも併せて広域連合というよりも、医師会、薬剤師会と協力していくことが必要なのではないか。そうしなければ、6 剤ということが独り歩きしてかえって現場の方で混乱を起こす。あるいは 6 剤以上投与していても、必要な人までも混乱させるのは本意ではないので、そのあたりは丁寧にやった方がいいと思う。

- (会 長) 数だけではなく、その人に応じて必要な病気に対する薬は例え 8 つでも必要な場合もあるが、やってはいけない薬とか、薬の副作用に対して、薬で対応するとか最悪である。データヘルス計画の対応の中でどのような場合にいけないのかというのをわかりやすくする。広域連合独自でできないことも多々あるので医師会や例えば我々でもいいが、学会も通じて啓発に関して協調をしていくとかそういうような幅の広い対応を書き込めるようなことをお願いするというようなことでよいか。
- (委 員) 48 ページの 6 剤や 10 剤の多剤投薬者数のところに関しては、データの取り方によって違うというように思う。全員が全員というわけではなく、例えば常に血圧のお薬を飲んでいる患者さんがちょっと転んだり、どこか打ったりして痛み止めを貰った場合、それで 1 剤、2 剤増える。それが常に飲んでいる 6 剤なのかそれとも一時的に飲んでいる 6 剤なのかということもだいぶ違ってくるので、そのような捉え方をしてもらいたい。あとは対応の仕方については医師会の先生方と協力していきたい。

### 議事(3)「令和4年度決算の概要について」

#### 事務局による説明<資料3>

1 各会計別決算			一般会計	特別会計
歳入決算額 (A)			7,351,837 千円 (17.0%増)	1,524,702,022 千円 (3.2%増)
歳出決算額 (B)			7,275,719 千円 (17.2%増)	1,496,148,097 千円 (3.9%増)
差引額 (A-B)			76,118 千円	28,553,925 千円
予算現額との対比	予算現額 (C)		7,352,298 千円	1,528,737,112 千円
	歳入	増減額 (A-C)	△461 千円	△4,035,090 千円
		収入率 (A/C)	100.0%	99.7%
	歳出	増減額 (C-B)	76,579 千円	32,589,015 千円
		執行率 (B/C)	99.0%	97.9%

※数値については、原則として、表示単位未満を四捨五入しています。  
 なお、( ) 内の数値は、前年度比の数値です。  
 ※歳入決算額(A)と歳出決算額(B)の差引額(A-B)については、繰越金として、各会計の令和5年度予算に繰り越します。

まず一般会計は、歳入決算額が73億5,100万円、歳出決算額が72億7,500万円、差引額7,600万円となっている。令和3年度比で歳入が17.0%、歳出が17.2%の増となった。増の要因としては、歳入は財政調整基金からの繰入金が増、歳出は窓口負担割合の2割負担追加に係る広報経費及びコールセンター事務経費の増、特別会計への繰出金の増によるものである。

次に特別会計は、歳入決算額が1兆5,247億200万円、歳出決算額が1兆4,961億4,800万円、差引額285億5,300万円となっている。令和3年度比で歳入が3.2%、歳出が3.9%の増となった。増の要因としては、歳入は国庫支出金や都支出金、現役世代からの支援金である支払基金交付金などの特定財源の増、歳出は保険給付費の増によるものである。

各会計の差引額については、それぞれの令和5年度予算に繰り越す。

< 一般会計 >

歳入						
款	予算科目	予算現額 (千円)	収入済額 (千円)	比較増減 (千円)	収入率	説明
1	分担金及び負担金 (事務費負担金)	4,189,270	4,189,270	0	100.0%	
2	財産収入	83	65	△18	78.3%	財政調整基金運用収入の減
3	繰越金	76,151	76,152	1	100.0%	
4	諸収入	670	154	△516	22.9%	再任用職員の雇用保険料本人負担分の減
5	繰入金	3,086,123	3,086,123	0	100.0%	
6	寄附金	1	73	72	7,300.0%	寄附金額の増
合 計		7,352,298	7,351,837	△461	100.0%	

※収入率は、小数点第2位以下を切捨てています。

歳出						
款	予算科目	予算現額 (千円)	支出済額 (千円)	不用額 (千円)	執行率	主な不用額説明
1	議会費	4,891	2,236	2,655	45.7%	議員報酬等の執行残
総務費		652,621	588,724	63,897	90.2%	
2	一般管理費	318,998	282,703	36,295	88.6%	[人事給与事務] 積算基礎となる給与月額総額が想定を下 回ったことによる職員手当等の執行残
	企画財政費	2,074	1,990	84	95.9%	[財政運営事務] 予算書等印刷製本費の執行残
	会計管理費	93,238	85,558	7,680	91.8%	公金取扱手数料の執行残
	情報政策費	237,195	217,714	19,481	91.8%	[広報紙発行事務、コールセンター事務] 広報紙発行委託料及びコールセンター委託料 の執行残
	選挙費	126	43	83	34.1%	選挙管理委員報酬の執行残
	監査費	990	716	274	72.3%	監査委員報酬の執行残
3	民生費	5,624,533	5,624,533	0	100.0%	
4	公債費	9	0	8	0.0%	一時借入金の借入実績がないため
5	諸支出金	1,060,244	1,060,226	18	100.0%	
6	予備費	10,000	0	10,000	0.0%	予備費の充用実績がないため
合 計		7,352,298	7,275,719	76,579	99.0%	

※執行率は、小数点第2位を四捨五入しています。

※不用額合計は、端数処理の都合により縦列合計と横行差引とで1円の差額があります。

上の表は、一般会計の「令和4年度決算概要」である。表の右側、総務費の情報政策費は、保険証の一斉更新を2度実施したことに伴う広報のため、東京いきいき通信臨時号の発行及び後期高齢者医療制度のしくみの増刷、また、窓口2割負担に係る対応のためコールセンターの委託件数を増したことにより2億1,700万円の支出となった。民生費は、保険証の一斉更新を2度実施したことによる交付事務経費を含む特別会計への繰出金で56億2,400万円の支出となった。

主な不用額としては、総務費の一般管理費で計上している職員手当等の執行残(3,600万円)、会計管理費で計上している公金取扱手数料の執行残(700万円)、情報政策費で計上している広報紙発行委託料の契約差金等による執行残(1,900万円)などとなっており、不用額合計7,600万円、執行率は99.0%となった。

< 特別会計 >

歳 入						
款	予算科目	予算現額 (千円)	収入済額 (千円)	比較増減 (千円)	収入率	説明
1	区市町村支出金	320,763,006	320,169,850	△593,156	99.8%	保険料徴収の見込みの減に伴う保険料等負担金の減
2	国庫支出金	393,414,129	406,651,559	13,237,430	103.3%	医療給付費等国庫負担金の増に伴う療養給付費負担金の増
3	都支支出金	118,901,105	117,659,139	△1,241,966	98.9%	医療給付費等の実績見込みの減に伴う療養給付費負担金の減
4	支払基金交付金	639,553,851	624,182,980	△15,370,871	97.5%	医療給付費の実績減による後期高齢者交付金の減
5	特別高額医療費共同事業交付金	966,696	928,514	△40,182	95.8%	高額医療費の実績による交付金の減
6	財産収入	709	366	△343	51.6%	調整基金運用利子収入の減
7	繰入金	15,234,411	15,234,411	0	100.0%	
8	繰越金	38,025,124	38,025,124	0	100.0%	
9	雑収入	1,876,081	1,850,079	△26,002	98.6%	
	合 計	1,528,737,112	1,524,702,022	△4,035,090	99.7%	

※収入率は、小数点第2位以下を切捨てしています。

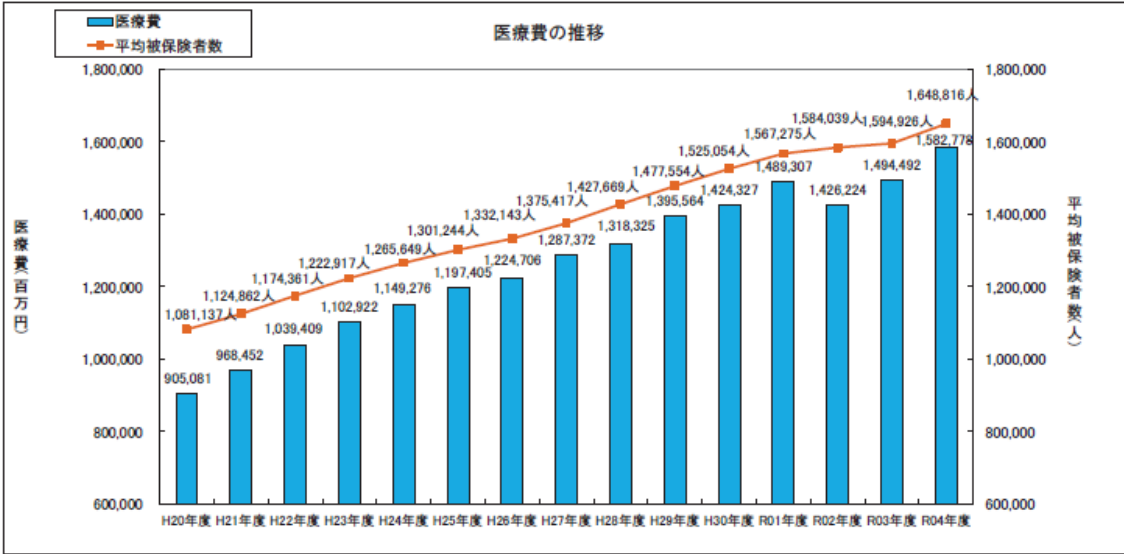
歳 出						
款	予算科目	予算現額 (千円)	支出済額 (千円)	不用額 (千円)	執行率	主な不用額説明
	総務費	6,530,991	5,971,484	559,507	91.4%	
1	総務管理費	6,519,155	5,962,880	556,275	91.5%	【医療制度システム管理運営事務】 標準システム(標準・独自)の法令改正対応等の改修の一部未実施による執行残 【保険証等交付事務】 契約差金及び窓口2割負担関連業務量の減による執行残 【給付事務】 取扱件数の実績減に伴う委託料の執行残 【高齢事務】 取扱件数の実績減に伴う委託料の執行残
	徴收費	11,836	8,604	3,232	72.7%	確定徴収用チラシ作成委託料契約差金による執行残
2	保険給付費	1,477,749,375	1,447,478,492	30,270,883	98.0%	医療給付費等の実績に伴う療養給付費の執行残
3	特別高額医療費共同事業拠出金	969,546	845,296	124,250	87.2%	高額医療費の実績に伴う特別高額医療費共同事業拠出金の執行残
4	保健事業費	6,322,454	5,595,092	727,362	88.5%	健康診査委託料の実績件数が見込件数より少なかったことによる執行残
5	基金積立金	16,942,555	16,942,211	344	100.0%	
6	公債費	12,206	0	12,206	0.0%	一時借入金の借入実績がないため
7	雑支出金	19,317,249	19,315,522	1,727	100.0%	
8	予備費	892,736	0	892,736	0.0%	充用した科目及び金額 第7款 雑支出金 107,264千円
	合 計	1,528,737,112	1,496,148,097	32,589,015	97.9%	

※執行率は、小数点第2位を四捨五入しています。

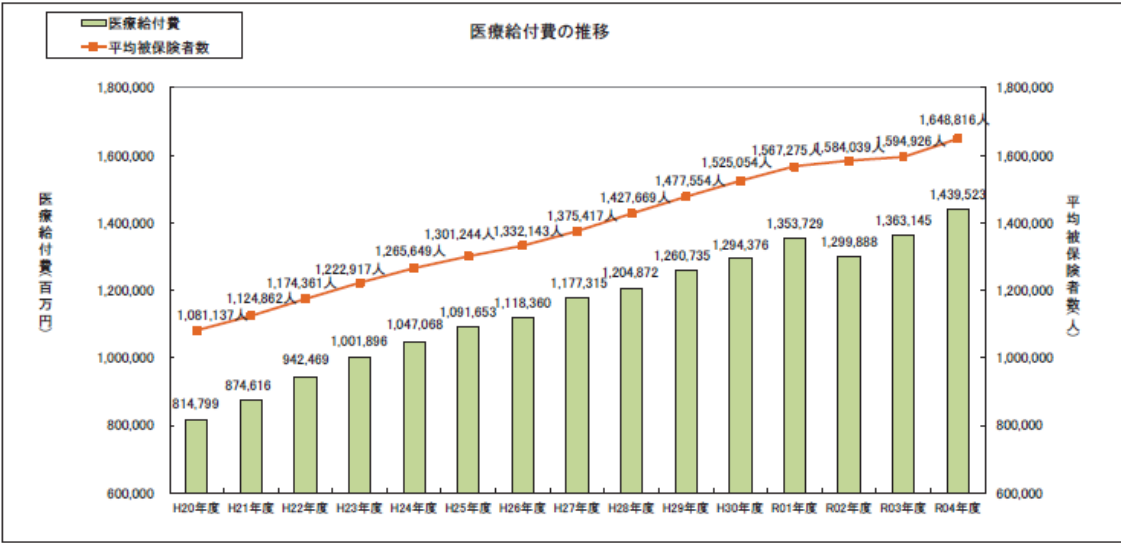
続いて上の表は、特別会計の「令和4年度決算概要」である。表の右側、総務費の総務管理費は、保険証の一斉更新を2度実施したことによる交付事務経費等により59億6,200万円の支出となった。保険給付費は、昨年と同水準の執行率98.0%であったが、被保険者数の増等に伴って増加し、1兆4,474億7,800万円の支出となった。また、諸支出金の区市町村負担金返還金における2号補正の未計上により、予備費を1億700万円充当している。

主な不用額としては、保険給付費で計上している療養給付費の執行残(302億7,000万円)、保健事業費で計上している健康診査委託料の執行残(7億2,700万円)、総務費の総務管理費で計上しているシステム改修経費の執行残(8,400万円)や、給付事務(1億2,600万円)や点検事務(6,700万円)における委託料の執行残などとなっており、不用額合計325億8,900万円、執行率は97.9%となった。

① 医療費の推移(平成20年度～令和4年度)



② 医療給付費の推移(平成20年度～令和4年度)



上の二つのグラフは年度ごとの医療費、医療給付費と平均被保険者の推移をまとめたものである。令和4年度は、制度発足時の平成20年度と比較し、医療費は74.9%、被保険者数は52.5%、医療給付費は76.7%の増加となっている。

また、資料3別紙3-3のグラフは医療給付費について、入院、入院外、歯科、調剤にわけて年度別に集計した推移を示している。一人当たり給付費の対前年増加率は、調剤のみが減少し、その他すべての項目で前年より増加している。

## 6. 閉会

次回の運営会議については、令和6年2月14日（水）午後2時開催予定であり、内容が確定次第、開催通知を送付する旨を説明した。