

令和5年度第2回東京都後期高齢者医療広域連合

運営会議議事概要

令和5年11月13日（月）18:00～19:50

東京区政会館 191 会議室

【出席者】：鳥羽会長・西村副会長・井上委員・今泉委員・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】：高原委員

【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. 運営会議委員の紹介

新たに就任した委員が自己紹介を行った。

4. 運営会議の開催時刻について

前回の会議において、会議を昼間の時間で開催すべきとの意見があったことを受け、会長が会議の開催時間について「原則として午前9時から午後5時までの時間帯で開催することとし、会長が必要と認める場合は、これ以外の時間帯で開催することができる。」とすることを会議に諮り、異議なしと認められたため、今後はこの考えに従って開催していくことが決定した。

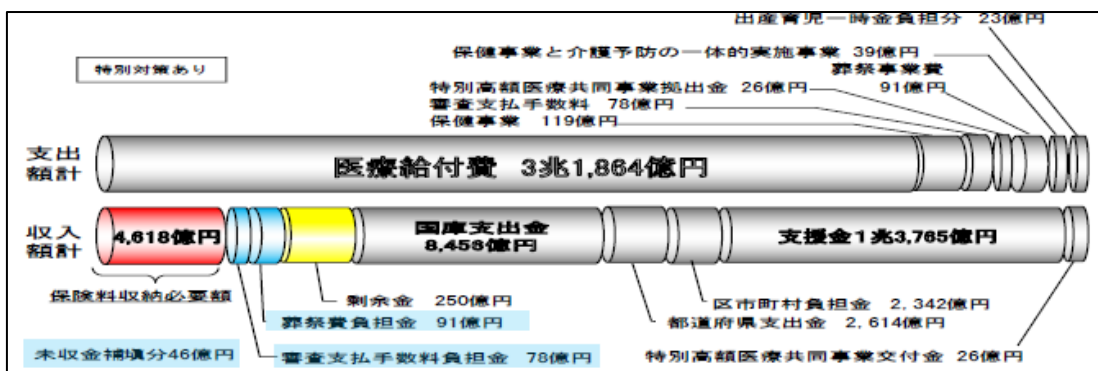
5. 議事

議事(1)「令和6・7年度保険料率の改定について」

事務局による説明<資料1>

後期高齢者医療における保険料は2年に1度のサイクルで改定を行うこととなっており、今年度は、令和6・7年度の保険料率を算定する年度にあたる。今回は現時点における保険料率の算定案についてご説明するが、本算定案はあくまでも現時点でのものであり、今後12月末頃の国からの通知を踏まえ最終案を算定する予定であることをあらかじめご承知いただきたい。

後期高齢者医療制度における保険料は、下記の図の上段のように、必要となる支出額を求めたあと、下段灰色部分の国、都、市区町村の支出金及び現役世代からの支出金などを計算したのち、青色の負担金や黄色の剰余金を加えたうえで不足する赤色部分の保険料総額を算定する。



また、上記の作業に必要な保険料率算定の設定条件は以下のとおりである。

○ << 保険料率算定の設定条件 >>

- (1) 被保険者数は、都の人口推計等をもとに、令和6年度を「176.0万人」、令和7年度を「179.3万人」と推計した。
- (2) 医療給付費については、コロナ禍がなかったと仮定(医療費の大きい増減が無い)して、平成29年度～令和2年度の平均伸び率「0.78%」を採用し、令和6年度を「1兆5,735億円」、令和7年度を「1兆6,129億円」と推計した。なお、この推計値には長瀬効果(※)による窓口2割負担の影響額を反映させており、その影響額は令和6年度を「52.1億円」、令和7年度を「79.0億円」と見込んだ。
※ 実効給付率の変化に伴う医療費水準の変化
- (3) 所得係数は「1.59」と推計したが、国の通知により制度改正の影響をすべて所得割額で賄うため52/48を乗じた結果、均等割額と所得割額は「36.73:63.27」となった。また、普通調整交付金も所得係数に52/48を乗じて算定した。
- (4) 被保険者の所得は、令和5年6月の確定賦課時点の所得を基とし、所得の伸び率を1年間あたり「0.32%」と見込んだ。
- (5) 市区町村の保険料予定収納率については「99.00%」とした。
- (6) 剰余金は、「250億円」を見込んだ。
- (7) 健診事業費、及び高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業は、公的支援以外の部分を経費として算入した。
- (8) 審査支払手数料は国保連合会の資料に基づき、見直し後の上限単価「66.45円」で算出した。

<< 医療保険制度改革で受ける影響について >>

- (9) 出産育児一時金の財政影響は東京都広域被保険者の全国広域被保険者数に占める割合から算出し、2年で「22.74億円」(1人あたり640円/年)と見込んだ。
- (10) 後期高齢者負担率は、医療保険制度改革の考慮の有無が所得によって異なるが、国の通知に基づき「12.70%(制度改革考慮あり)」、「12.27%(制度改革考慮なし)」とした。
- (11) 賦課限度額が引き上げとなる。激変緩和措置として令和6年度は「73万円」、令和7年度は「80万円」となる。
- (12) 激変緩和措置として、令和6・7年度均等割及び旧ただし書き所得58万円以下の方の令和6年度所得割は自然増のみ(制度改革の影響なし)となる。この激変緩和措置によって、不足する財源は所得割率に転嫁される。

また、東京広域では保険料抑制のため、後期高齢者医療制度の発足当初より、市区町村の一般財源を投入する「特別対策」を実施しており、資料1左下、収支内訳に記載のとおり、2か年で220億円を見込んでいる。

その結果の保険料率及び令和4・5年度との比較は次のとおりである。

特別対策あり算定案

| 一人当たり平均保険料額 | | R4・5年度 | R6・7年度 | 増減 | 増減率 |
|-------------|----------------|----------|----------|---------|------|
| | | 104,842円 | 113,774円 | 8,932円 | 8.5% |
| 均等割額 | | R4・5年度 | R6年度 | 増減 | 増減率 |
| | | 46,400円 | 47,700円 | 1,300円 | 2.8% |
| 所得割率 | 旧ただし書き所得58万円以下 | 9.49% | 9.74% | 0.25pt | 2.6% |
| | 旧ただし書き所得58万円超 | | 10.00% | 0.51pt | 5.4% |
| 一人当たり平均保険料額 | | 104,842円 | 112,633円 | 7,791円 | 7.4% |
| 均等割額 | | R4・5年度 | R7年度 | 増減 | 増減率 |
| | | 46,400円 | 47,700円 | 1,300円 | 2.8% |
| 所得割率 | | 9.49% | 10.00% | 0.51pt | 5.4% |
| 一人当たり平均保険料額 | | 104,842円 | 114,895円 | 10,053円 | 9.6% |

最大の増要因は、(10)で説明した後期高齢者負担率の増である。後期高齢者負担率とは、医療給付費等を保険料で賄う割合のことであるが、制度発足当初、平成20年度の10%を起点として、人口が減少する現役世代一人当たりの負担増に配慮し、2年ごとに「現役世代人口の減少」による現役世代一人当たりの負担の増加分を、高齢者と現役世代で折半し、段階的に引き上げる仕組みとなっている。令和4・5年度は11.72%まで上昇していたが、高齢者世代の負担より現役世代の負担が高くなっていることから、数値の算定方法が見直され、令和6・7年度の保険料率の算定に当たっては、12.70%という非常に高い数値が示されている。また、(9)の出産育児一時金も令和6・7年度保険料から新たに求められている負担であり、低所得者層に対する一定の配慮はあるものの、後期高齢者医療制度の保険料を値上げさせる制度設計となっている。

次に、収入別の保険料を比較する。

【保険料額比較(公的年金収入のみの単身者で試算)】

単位:円

| 公的年金収入額 | 制度改正影響 | 軽減割合 | | 保険料額(年額) | | | | | | | 全被保険者との割合(総所得から概算) | | |
|---------|--------|------|-------|----------|---------|--------|-------|----------|---------|-------|--------------------|----------|-----|
| | | | | 均等割額 | 所得割率 | R5年度 | R6年度 | R5年度との増減 | | R7年度 | | R5年度との増減 | |
| | | | | | | | | 増減額 | 増減率 | | | 増減額 | 増減率 |
| 80万円 | × | 7割軽減 | — | 13,900 | 14,300 | 400 | 2.9% | 14,300 | 400 | 2.9% | 54.48% | | |
| 153万円 | × | 7割軽減 | — | 13,900 | 14,300 | 400 | 2.9% | 14,300 | 400 | 2.9% | | | |
| 168万円 | △ | 7割軽減 | 50%軽減 | 21,000 | 21,600 | 600 | 2.9% | 21,800 | 800 | 3.8% | 11.20% | | |
| 173万円 | △ | 5割軽減 | 25%軽減 | 37,400 | 38,400 | 1,000 | 2.7% | 38,800 | 1,400 | 3.7% | | | |
| 196万円 | △ | 5割軽減 | 軽減なし | 64,000 | 65,700 | 1,700 | 2.7% | 66,800 | 2,800 | 4.4% | | | |
| 211万円 | △ | 2割軽減 | 軽減なし | 92,100 | 94,600 | 2,500 | 2.7% | 96,100 | 4,000 | 4.3% | 31.18% | | |
| 219万円 | ○ | 2割軽減 | 軽減なし | 99,700 | 104,100 | 4,400 | 4.4% | 104,100 | 4,400 | 4.4% | | | |
| 240万円 | ○ | 軽減なし | 軽減なし | 128,900 | 134,700 | 5,800 | 4.5% | 134,700 | 5,800 | 4.5% | | | |
| 400万円 | ○ | 軽減なし | 軽減なし | 264,100 | 277,200 | 13,100 | 5.0% | 277,200 | 13,100 | 5.0% | 0.14% | | |
| 880万円 | ○ | 軽減なし | 軽減なし | 660,000 | 695,200 | 35,200 | 5.3% | 695,200 | 35,200 | 5.3% | | | |
| 917万円 | ○ | 軽減なし | 軽減なし | 660,000 | 730,000 | 70,000 | 10.6% | 730,300 | 70,300 | 10.7% | 0.31% | | |
| 991万円 | ○ | 軽減なし | 軽減なし | 660,000 | 730,000 | 70,000 | 10.6% | 800,000 | 140,000 | 21.2% | 2.68% | | |

※R6年度及びR7年度の所得割率の軽減割合はR5年度と同様と見込む。

公的年金収入 153 万円までの方は、今回の制度改革の影響による負担増が生じないようにすることとされており、全体では約 54%の方が該当する。また、公的年金収入 211 万円までの方は、令和 6 年度に限り負担増が生じないようにすることとされており、令和 6 年度と 7 年度の保険料が異なることとなる。全体では約 11%の方が該当する。

一方、負担増が生じないようにするための財源は所得割額で賄うこととなるので、収入が高くなるにつれ、上昇率が高くなっている。

なお、令和 5 年度時点の賦課限度額は 66 万円だが、令和 6 年度には 73 万円、令和 7 年度には 80 万円まで引き上げられることとなっている。

下記の表は、前述の特別対策を実施しない場合の 1 人当たりの平均保険料を示しているが、記載のとおり 11 万 9,254 円となり 14,412 円、13.7%の増となり、特別対策を継続する場合と比較して 5,480 円高くなる。

特別対策等なし(政令どおり)で算定した場合

| 一人当たり平均保険料額 | | R4・5年度 | R6・7年度 | 増減 | 増減率 |
|-------------|----------------|----------|----------|---------|-------|
| | | 104,842円 | 119,254円 | 14,412円 | 13.7% |
| 均等割額 | | R4・5年度 | R6年度 | 増減 | 増減率 |
| | | 46,400円 | 49,900円 | 3,500円 | 7.5% |
| 所得割率 | 旧ただし書き所得58万円以下 | 9.49% | 10.11% | 0.62pt | 6.5% |
| | 旧ただし書き所得58万円超 | | 10.65% | 1.16pt | 12.2% |
| 一人当たり平均保険料額 | | 104,842円 | 117,985円 | 13,143円 | 12.5% |
| 均等割額 | | R4・5年度 | R7年度 | 増減 | 増減率 |
| | | 46,400円 | 49,900円 | 3,500円 | 7.5% |
| 所得割率 | | 9.49% | 10.65% | 1.16pt | 12.2% |
| 一人当たり平均保険料額 | | 104,842円 | 120,499円 | 15,657円 | 14.9% |

今後、12 月末の国の通知では後期高齢者負担率等の確定値が示される予定である。その数値等により、保険料の最終案を算定し、年明け 1 月に改めて説明する。

東京広域では、保険料の急な上昇を抑制するため、葬祭費や審査支払手数料などの本来は保険料で賄うべき経費を、「特別対策」として、市区町村の一般財源を投入してきた。当初は制度発足からの「2 年間」に限り実施することとされていたが、その後も保険料の上昇抑制をするために継続してきた。

しかし、市区町村からは、本来は保険料で賄うべき経費を一般財源による対応をすることは望ましくないという意見や、財政的な負担が大きいという意見がある。これを受けて、直近の令和 6・7 年度の保険料率算定では特別対策を継続することとしているが、東京都後期高齢者医療広域連合協議会幹事会において市区町村のブロックを代表する部課長が集まる機会を活用して、今後の保険料率算定における特別対策のあり方を検討する会議体を設立した。令和 8・9 年度以降の保険料算定までに一定の結論を出したいと考えており、東京都後期高齢者医療広域連合保険料算定・特別対策検討会議を設立した。

今後のスケジュールは下記のとおりである。

| | | |
|-----|---------|-----------------------|
| 第1回 | 令和5年10月 | 特別対策導入の経緯、推移、法的根拠の確認等 |
| 第2回 | 令和6年1月 | 特別対策を廃止する場合のシミュレーション |
| 第3回 | 令和6年6月 | 第1回、第2回の振り返り |
| 第4回 | 令和6年10月 | 令和8・9年度保険料算定に向けての論点整理 |
| 第5回 | 令和7年1月 | 検討会議としての結論を整理 |

適切な保険料率算定のため、12月にいただく予定の提言という形で、忌憚のないご意見をいただきたい。

※上記説明に加えて、事前送付した質問票にて、令和6・7年度保険料率の改定についての質問を受け付けたため、当日席上配布した「運営会議質問回答シート」のとおり回答した。

質疑

- (委員) 全部国の基準通りで保険料算定しているのか。軽減割合のところで、均等割額の軽減は国の基準通りだと思うが、所得割額の軽減というのは国の基準にあるのか。
- (事務局) 所得割額の軽減については東京広域独自の取組みとなっており、特別対策に準ずるものとして行っているところである。
- (委員) 他には国の基準と違う部分はないのか。
- (事務局) 所得割軽減のところと、特別対策の4項目だけである。
- (委員) なぜそこのところだけやってきているのか。何らかの配慮をしなければならない事情があるから斟酌をしてそういうことをしているのだろうと思うが、そこはなぜなのか。
- (事務局) 明確な記録が残っていないところではございますが、制度発足当初からこの取組みを実施しており、東京広域の所得割の比重が全国に比べて高いという中で、低所得者に配慮する必要があるために設定された軽減の基準であると理解している。
- (委員) 資料中に旧ただし書とあるが、旧ただし書と書いてあってもその意味は普通わからないのではないかと。また、年金の収入額が表示されているが保険料算定の基準上は所得ではないか。基本的には所得を表示して、それとの関係で年金の収入換算をするといくらになるというように表示すべきではないか。資料表中の全被保険者との割合も年金収入とは関係のない数値となっている。資料の作り方についての意見は以上である。それから最後に、年金収入が153万から240万円に上がったときに収入額が1.57倍になる

一方で保険料が10倍近く上がるというのは被保険者の納得感があるのか。また、国の限度額の引上げが、令和5年度に66万円だったのが、令和7年に80万円に上がるというのは物凄く急ではないか。負担能力に応じた負担というのを一概に否定する気はないが、現場感覚として納得感が得られると考えているのか。国に対して現場感覚としての意見を伝えるといったことが必要なのではないか。

(事務局) 保険料については国のルールが定まっている中で算定しているところである。そのような中で、例外的に所得割軽減や特別対策を実施しているところである。限度額については国に確認したところ、限度額まで賦課しないことは想定していないとの回答があり、限度額が急上昇しているのは事実であるが、現状やむを得ないという理解で作業しているところである。

(会長) 提言のひな形に関して、次回まで質疑する時間があるのか。それとも今回でまとめるということになるのか。

(事務局) それほど時間はないが本日の場のみでまとめるということではない。

(会長) 先ほどの資料について説明が不足している分に関しては、事務局の方でわかりやすい説明案を示していただき、各委員に配布してもらいたい。また東京広域独自の対策を行っている根拠などに関して、明らかにしていただくとともに、所得割額の軽減に関しては東京広域独自の対策を行い、一方で限度額は国のルール通りに行うというのは整合性が取れているといえるのか確認してもらいたい。その上で、東京広域独自の対策を継続した方がいいのか、それとも見直した方がいいのか、本当に都民に受け入れられるものなのかについてご説明いただき、それに対する意見を集約させていただきたい。

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>

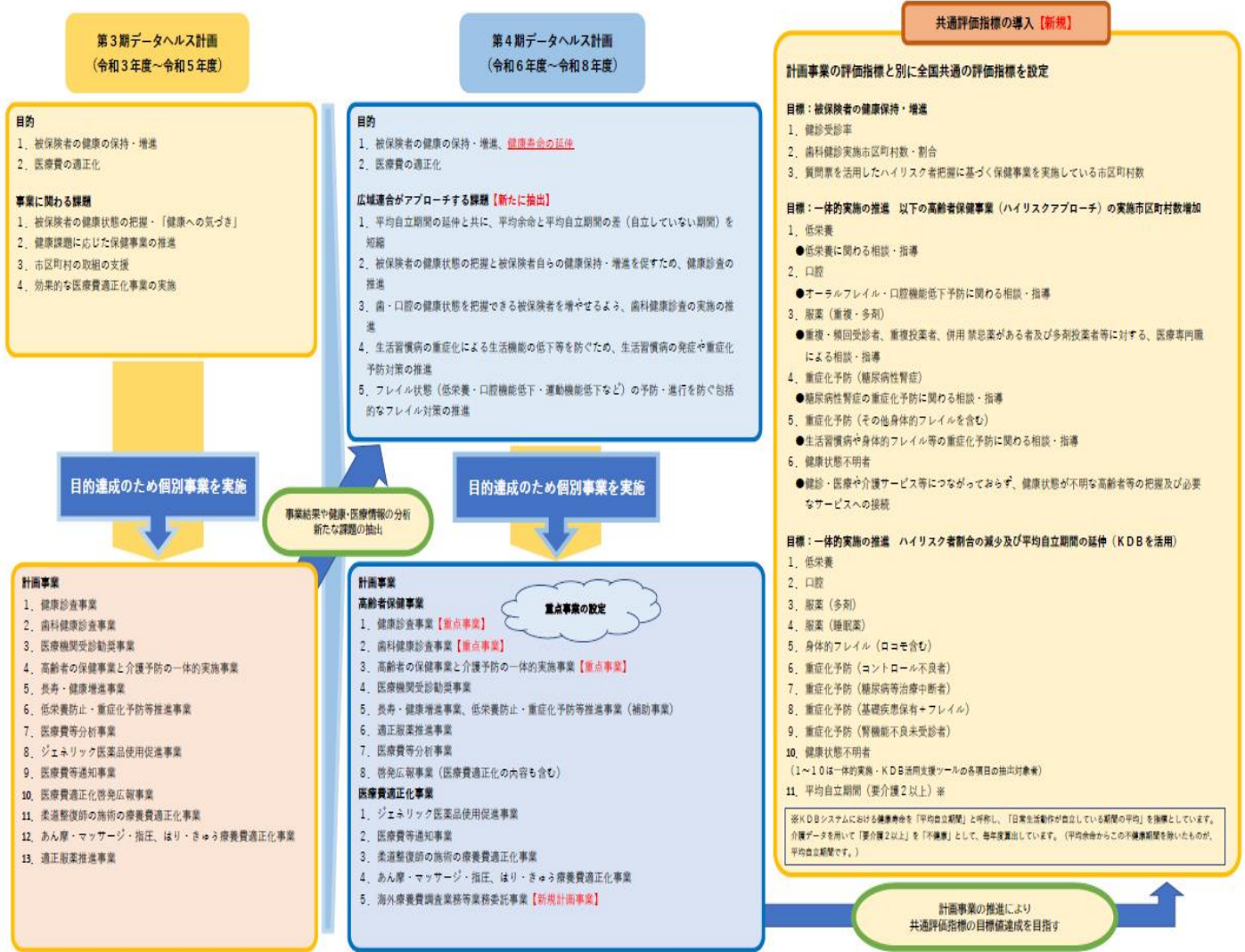
第4期データヘルス計画は、東京都後期高齢者医療広域連合第2期広域計画の実実施計画に位置付けられており、主に健康課題等の課題解決に向けて各高齢者保健事業をどのように実施していくかを定めているものである。

下記の図では、第3期データヘルス計画から第4期データヘルス計画への流れと、それぞれの計画における目的及び課題を記載している。

資料2別添

令和5年度第2回
東京都後期高齢者医療広域連合運営委員会

高齢者保健事業実施計画(データヘルス計画) 第3期計画から第4期計画の主な変更点



この第4期計画では、厚生労働省により計画様式の標準化が進められているため、分析項目や評価指標については全国共通のものが示されている。

第3期の計画事業の結果、健康課題の分析を経て、第4期の目的には健康寿命の延伸を新たに加え、5つの課題を設定した。これらの課題を解決するために、高齢者保健事業と医療費適正化事業に取り組む内容になっている。

さらに本計画では、健康診査事業と歯科健康診査事業、一体的実施事業を重点事業に設定している。共通評価指標においても設定されている3事業であるため、広域連合としても、市区町村や関係団体と連携しながら効果的な事業の推進に取り組む。また、医療費適正化事業について、海外療養費調査業務等業務委託事業を新規計画事業として加えている。

続いて共通評価指標については、被保険者の健康保持・増進を目標として、1. 健診受診率、2. 歯科健診実施市区町村数・割合、3. 質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市区町村数をアウトプット評価指標として設定している。また、一体的実施の推進（アウトプット評価指標）として、高齢者保健事業（ハイリスクアプローチ）の実施市区町村数増加を目標に設定している。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 低栄養 低栄養に関わる相談・指導を実施するもの2. 口腔 オーラルフレイル・口腔機能低下予防に関わる相談・指導を実施する事業3. 服薬（重複・多剤） 重複・頻回受診者、重複投薬者、併用禁忌薬がある者及び多剤投薬者等に対する、医療専門職による相談・指導4. 重症化予防（糖尿病性腎症） 糖尿病性腎症の重症化予防に関わる相談・指導を実施5. 重症化予防（その他身体的フレイルを含む） 生活習慣病や身体的フレイル等の重症化予防に関わる相談・指導を実施6. 健康状態不明者 健診・医療や介護サービス等につながっておらず、健康状態が不明な高齢者等の把握及び必要なサービスへの接続をするもの |
|---|

最後に、一体的実施の推進（アウトカム評価指標）では、ハイリスク者割合の減少及び平均自立期間の延伸を目標に設定している。

1. 低栄養
2. 口腔
3. 服薬（多剤）
4. 服薬（睡眠薬）
5. 身体的フレイル（ロコモ含む）
6. 重症化予防（コントロール不良者）
7. 重症化予防（糖尿病等治療中断者）
8. 重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル）
9. 重症化予防（腎機能不良未受診者）
10. 健康状態不明者
11. 平均自立期間（要介護2以上）

なお、1から10までの各項目については、一体的実施・KDB活用支援ツールの各項目の抽出対象者となっている。

続いて素案の説明を行う。

第1章の計画の基本的事項では、計画の趣旨や策定の目的など、計画の基本的事項について説明している。

次に第2章では都広域連合の現状と課題として、被保険者の基本的な情報と、第3期データヘルス計画の取組と評価、健康・医療情報等の分析結果、分析結果に基づく健康課題と取組の方向性についてまとめている。なお、分析結果等の詳細については、現時点で未確定のものも多いため、資料編にて詳細を掲載予定である。

次に第3章は第4期データヘルス計画である。ここでは目的及び共通評価指標による目標設定を行い、高齢者保健事業と医療費適正化事業の計画を立てている。

最後に第4章は計画の評価・進捗管理等、計画の公表・周知、個人情報の取扱い、地域包括ケアに係る取組及びその他の留意事項について記載している。

以上が第4期データヘルス計画素案の概要である。

運営会議とは別に東京都、市区町村、三師会に対して意見照会を行っているところであり、11月22日には計画様式における第三者評価の視点から、東京都国保連合会が設置している保健事業・支援評価委員会からの助言・支援を受ける。12月18日の第3回運営会議では、これらの意見を反映させたものを第4期データヘルス計画案としてご提示し、ご確認をいただく予定である。

さらに、計画案に対して年明けにパブリックコメントを実施し、最終的に2月の第4回運営会議にてご審議いただき、提言を受け、計画策定といった流れになる。

※上記説明に加えて、事前送付した質問票にて、第4期高齢者保健事業実施計画（データヘルス計画）についての質問を受け付けたため、当日席上配布した「運営会議質問回答シート」のとおり回答した。

また、会議終了後に意見がある場合は、11月20日（月）までに連絡するように依頼した。

質疑

（委員） どれだけのコストをかけてこの事業を実施しているかという認識はあるのか。保険料算定の資料に保健事業として119億円とある。これはデータヘルス計画の所要額と考えればよいのか。この費用の中に保健師や事務職員、事務経費の費用のようなものも入っているのか。

（事務局） この費用の中に、そのような費用も入っている。

※含まれているのは委託関連経費であることを会議後に確認

（委員） 仮にデータヘルス事業の所要額が119億円として被保険者一人当たり直すと1人7000円くらいになる。1人あたりの費用が7000円だとして、この計画は費用対効果があると考えているのか。データヘルス計画を否定する気はないが、7000円という決して小さくない金額がかかっている中、国からの指示で漫然とやっているのではないかということを知りたい。

（事務局） 2か年で計算すると半額になるとはいえ、7000円という大きな金額を扱っていると認識している。

（委員） ただそれぞれの事業を漫然と行うのではなく、最終的には自分の健康管理をしてもらったり、行動変容するようにするべきではないか。かかりつけ医のもとで、高齢者が医療を受け、そこで指導を受けるというのが本来の姿ではないか。

（委員） かかりつけ医がいる人たちが健診を受けるかということは、非常に難しい問題で、きちんと検査しているから健診はいらないのではないかと考えている開業医さんも多くおり、逆にそういうかかりつけ医がいる人は、こういうところの推進事業から除いてもいいと思う。そのため、健診だけに重点を置いて費用をかけるよりも、ポリファーマシーも含めてあるいは多重受診も含めてそこを整理するために費用をかけ、医療費全体を下げた方が効率的であると思う。

（委員） 健診の結果できちんと保健指導に結びつけ、生活習慣が変容できるところまで持っていくことはとても大事で、これは市区町村の

事業ときちんと一体化していけばできるのではないと思う。加えて疾病分類としては骨折が一番多く、また医療費の状況からいうと骨折の入院費が年々増加していることに対する解決策として、骨折につながる筋・骨格系疾患への対策、フレイル対策を挙げているがこれもとても大事な保健指導だと思う。筋力をつけるという生活習慣であるが、高齢者が骨折する場所で一番多いのは室内だと言われているため、生活習慣の改善と室内環境の指導であったり、啓発であったりということも含めて市区町村の事業と一体化というところもここに含まれているといいかと思う。

(会 長) 健康寿命の延伸の中で、今までやってきたいいわゆる健診の有効性であったり、より重点的な対策は何かであったり、非常に大きな論点が出されたと思う。多くはオーラルフレイルなどのフレイルと結びつけるようなものばかりである。ポリファーマシーのことで私が用意した資料で少し言わせてもらおうと、15剤がポリファーマシーになっていることに驚いている。6剤以上の薬物作用が急にステップアップして、10剤では23%、4人に1人程度に薬物有害作用が出る。15剤というのは問題外である。フレイルのスクリーニングとしては6剤とすべきである。東京都は7剤以上投与該当者が全国で一番多い状況である。従って、東京広域として少なくとも全国平均くらいまで7剤以上投与を減らしていくことに注力していけば、医療経済的にも薬物有害作用のためにもいい。国の指針が遅れていたとしても、東京都は独自に正しいことを先取りした取組みを行ってもらいたい。

(副会長) 東京都が先端に行くというのは重要だと思う。重複して予算をかけることがないように、この機会に整理したらいいのではないかと思うが、この計画を提出するまでに時間があまりないとのことなので、どういう決着がいいのか。

(会 長) 重要な点に関しては、意見を直してもらい、少なくともこの会議の意見として残していくべきである。

(委 員) ポリファーマシーの原因は薬剤師と医者にも問題があるのではないか。

(委 員) ポリファーマシーに関しては、後期高齢者には特に大きな問題であり、何かしらの声掛けをしていかなければならない。薬剤師が知ることができる範囲は、お薬手帳であったり、マイナポータルがあったりするが、マイナポータルで確認できるのは2か月前のレセプトデータでリアルタイムのデータではなく、現状を知るこ

とができない。患者さんにお薬を飲んでいるか確認すると飲んでいるとの回答が返ってくるため、状況を把握するには、いろいろな先生から処方された薬を一手に引き受けて出すしかない。できる限り薬剤師と主治医の先生が連携を取りながら患者一人一人を見ていき、解決策を練っていく必要があるかと思う。

(会 長) ぜひこの投薬数と薬物有害作用発現頻度をすべての薬局で掲示していただければありがたい

(委 員) 7剤以上投与の状況を見て東京都だけ平均を上回っていることに驚いた。このようなことが起こらないように医薬分業がスタートし、お薬手帳を配っているのではなかったか。この原点に立ち戻ろうということを経済部として啓蒙することが大切だと思う。

(会 長) 一番悪いところは一番改善できるところなので、いいヒントを貰ったと考えてもらいたい。

(委 員) ポリファーマシーの話で保険者サイドとしてお話させていただくと、異なる病院に受診すると、それぞれの病院の近くの薬局に行く。そうすると他の薬局で何が出ているか全くわからない。保険者サイドではレセプトからそこを抽出しているが、患者本人には注意喚起できるものの、同意がない限り、医師・薬剤師に伝えることができない。また、そういう人たちはなかなか同意しない。つまり、一番このポリファーマシーがやりにくいのは個人の同意である。この部分を医師会や薬剤師会と協力しながら、本人の同意を取れる形にできるような方策を検討されるのが、このポリファーマシーの対策の第一歩になるのではないかと思う。

(会 長) お薬を2剤以上減らすと、保険点数が付くようになった。薬剤を減らすと点数が付くというのは初めてのことであり、ポリファーマシーをやる上でありがたい。東京の病院でどれくらいそれが算定されているかぜひ実績を出していただきたい。

議事(3)「令和6年度被保険者証一斉更新及び資格確認書等の運用について」

事務局による説明<資料3>

令和6年秋に予定されているマイナンバーカードと健康保険証の一体化に伴う、令和6年度被保険者証の一斉更新及び資格確認書等の運用について報告する。

概要については、以下のとおりである。

| |
|---|
| <p>■被保険者証の廃止と資格確認書の仕組みの整備（法改正の概要）</p> <ul style="list-style-type: none">・ 被保険者証を廃止するとともに、<u>マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況にある者が必要な保険診療等を受けられるよう、当該者からの求めに応じ、後期高齢者医療広域連合は、医療機関等を受診する際の資格確認のための「資格確認書」を、書面又は電磁的方法により提供することとする。</u>・ <u>発行済みの被保険者証は、改正法施行後1年間（先に有効期間の末日が到来する場合は有効期間まで）有効とみなす経過措置を設ける。</u> |
|---|

施行期日は、公布日である令和5年6月9日から1年6か月以内の政令で定める日とされている。

次に国における検討状況は以下のとおりである。

| |
|--|
| <p>【「マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会 最終とりまとめ（令和5年8月8日）」から抜粋】</p> <p>(1) 今後発行する被保険者証の有効期間に関すること</p> <ul style="list-style-type: none">・ 具体的な施行時期は今後決定されるが、施行時期と経過措置を踏まえ、<u>今後発行する被保険者証の有効期間等について、国民健康保険等の保険者に適切に対応いただく。</u> <p>(2) 資格確認書等に関すること</p> <ul style="list-style-type: none">・ 当分の間、<u>マイナ保険証を保有していない者については、申請によらず交付する。</u>・ 資格確認書の有効期間は、<u>5年以内で、各保険者が設定することとする。</u>・ 資格確認書の様式については、既存のシステムを最大限に活かすため、<u>サイズは、①カード型、②はがき型、③A4型の3種類とし、各保険者が選択することとし、材質は、紙やプラスチックとする。</u>・ <u>マイナ保険証の保有者がご自身の被保険者資格等を簡易に把握できるよう、新規資格取得時や負担割合の変更時等に、氏名、被保険者等記号・番号・枝番、保険者番号・保険者名、負担割合等を記載した資格情報のお知らせを交付する。</u> <p>※国における検討状況の詳細は、別紙「社会保障審議会医療保険部会資料（抜粋）」を参照</p> |
|--|

これらの国における検討状況については、「社会保障審議会医療保険部会」の資料を抜粋した資料3別紙として提示した。

また、広域連合における検討事項は次のとおりである。

| |
|--|
| 現時点での国における検討状況を踏まえ、以下の事項については広域連合において決定する必要があると想定される。そのため、市区町村への調査結果及び資格部会での検討結果を総合的に鑑みて、運用を決定する予定である。 |
| (1) 令和6年度一斉更新以降に交付する被保険者証の有効期間 |
| (2) 資格確認書の仕様（有効期間・サイズ・色） |
| (3) 資格確認書及び資格情報のお知らせの郵送方法 |

今後のスケジュールについては以下のとおりである。

| | |
|--|--------------------|
| 「市区町村への調査結果」「資格部会での検討結果」を踏まえた、令和6年度被保険者証一斉更新及び資格確認書等の運用については、以下のスケジュールで報告する。 | |
| 令和6年1月上旬 | 課長会において報告 |
| 1月12日 1月16日 | 協議会幹事会・協議会において報告 |
| 1月17日 1月18日 | 広域連合議会 議案説明会において報告 |
| 2月中旬 | 広域連合運営会議において報告 |

最後に令和5年度の周知広報については、広報紙「東京いきいき通信（令和6年3月号）」、ホームページ「東京いきいきネット」への掲載、及び国の作成したひな形をもとに作成したリーフレットを市区町村の担当窓口にて配布していく。

質疑

- (委員) 国に資格確認書をどうするのか、もっと具体的に方向性を出してほしいと要望を出しているところである。より詳細な情報が示されなければ、現行の情報に沿って決定していくしかない。有効期限の問題などがあるが、早め早めに動いていけばいいと思う。
- (委員) 自治体の現場としては、被保険者の方が混乱することがないように、きちんと説明ができるような形で発行していきたいので、その辺を踏まえた対応をお願いしたい。
- (委員) マイナ保険証は持っているが、使っていない方が相当数いると思われる。ただ、今の国の想定だと、マイナ保険証を持っている人には資格確認書を送付しないとしているように読めるため、このような方が保険証を利用できなくなった際に医療機関を受診できなくなるようなことがないか少し心配しているところである。
- (会長) 今の重大な心配ごとに関してどのように考えているか。

- (事務局) 広域連合においても、今現在の国の通知を見る限り資格確認書は基本的にマイナ保険証をお持ちでない方に発行するという認識である。
- (会長) マイナ保険証を持っていて使っていない人のところにはいかないということでしょうか
- (事務局) はい。そのため、保険証が廃止になるとそのような方についても基本的にはそちらを使用していただくという想定である。
- (委員) 国が決めていない状況で東京都はこのスケジュールでいくのか。訪問診療時にスマホを使って保険者情報を取得することについては、アプリが作られておらず、それができない状況である。いつ作れるのかを国に尋ねても明確な回答もない状況である。そのような状況の中、東京都はこのスケジュールでやると言い切っているのか。
- (事務局) その点については、我々も大きな混乱が起きないか心配しているところである。しかしながら、様々なことについてまだ決定事項が示されない中で、一定の進め方については判断を並行的に進めなければいけないというところであり、非常に苦慮している。
- (委員) 国ができていないことを、我々に要求されても不可能である。国がまだできていないと言っているので、東京都には国がどこまでできているか我々医療機関、医科・歯科・薬剤師にきちんとオンタイムで伝えていただかないと現場の混乱だけが進むと思う。特に東京都は非常に人数が多いところで医療機関も多いので、そこをはき違えないようにしていただきたい。
- (会長) いろいろな混乱が起きたときの受け皿というか、相談窓口というのはどうなるのか。全部医療機関とかが対応するのか。
- (事務局) そういった詳細、個別具体的なケースについてもなかなか国から示されていないというところであり、私共も速やかな対応をお願いしているところである。
- (会長) どういう質問があったときにどうするかという窓口とか対応の手順については考えておいた方がいいと思う。
- (委員) 全国の後期高齢者広域連合の連合体のようなものはあるのか。
- (事務局) 全国の広域連合で構成されている全国後期高齢者医療広域連合協議会という組織がある。
- (委員) 統一的な明確な指示がないのであれば、むしろ広域連合としてやるべきことは、様々な事態のリスク管理をしておくことは当然として、このようなことが起こりますよ、だからここをいつまでに

決めてもらわないと大混乱するということを、東京都として伝えていくことが大切ではないか。あるいは後期高齢者医療保険固有の問題ではなく、国民健康保険にも通ずるのであれば、たとえば国民健康保険中央会を通して伝えるとか、色々なルートはあるのではないか。いつ頃までに何をどう決定していかなければならないのかということも必要になってくるため、その場合どのようなことが想定され、どのような対応を起こしていかなければならないのかという検討が必要になってくるのではないかと思う。

(会 長) やはりマイナンバーカードを使う方が医療機関に行き、それが使えず、保険証も急に使えなくなって大混乱で医療を受けられないということはないと思うが、そのようなことが少しでもあると大変なことになる。どのようなリスクが想定され、それに対してどのような対応をするのか、しっかりと広域連合でも考えていただきたいと思う。

6. 閉会

次回の運営会議については、令和5年12月18日（月）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。また、第4回運営会議は令和6年2月14日（水）午後2時開催予定であることも併せて説明した。