

# 第2回埼玉県後期高齢者医療懇話会

令和6年9月11日

埼玉県後期高齢者医療広域連合

## 第2回埼玉県後期高齢者医療懇話会 次 第

日 時 令和6年9月11日（水）

午後2時00分から午後3時30分

場 所 浦和合同庁舎5階第5会議室

- 1 開 会
- 2 会長挨拶
- 3 報告事項
  - (1) 医療給付費について
  - (2) 保健事業について
- 4 議題
  - (1) 広域計画の見直しについて
  - (2) その他
- 5 閉 会

出席委員（12名・敬称略）

被保険者代表

日名田 實 大室 新一 五十嵐 光一郎  
寺田 一夫 羽鳥 嗣郎

保険医又は保険薬剤師代表

廣澤 信作 大島 勝 齊田 征弘

保険者代表

増尾 猛 榎原 章統

有識者

本多 麻夫 大津 唯

事務局

小貝事務局長、葛西事務局次長兼総務課長、土屋事務局次長兼保険料課長、古瀬給付課長  
泉総務課主席主査、永瀬総務課主席主査  
柴田保険料課主席主査、渡邊保険料課主席主査  
佐々木給付課主席主査、福田給付課主席主査  
川村総務課主査、下地総務課主任

オブザーバー

埼玉県保健医療部 河合国保医療課主幹

開会 午後1時58分

- ・開会
- ・会長挨拶

○会長

条第1項に基づきまして、会長にお願いをいたします。よろしく申し上げます。

○会長 それでは、規定によりまして議長を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

会議につきましては、規定により原則公開となっておりますけれども、本日傍聴の方はいらっしゃいますか。

○事務局次長兼総務課長 傍聴希望の方はいらっしゃいません。

○会長 分かりました、ありがとうございます。

それでは、ただいまより令和6年度第2回の埼玉県後期高齢者医療懇話会を開催したいと存じます。

まず、本日の会議録の署名委員でございますけれども、名簿順で指名をさせていただきます。

今回につきましては、川越市の大室委員、さいたま市の五十嵐委員にお願いしたいと思えます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、議事に入る前に、前回委員の皆様からいろいろ御質疑を賜ったわけでございますけれども、2つほど回答が持ち越しとなっていた件がございますので、まずそちらから順次事務局の御説明をお願いしたいと思います。

○事務局次長兼保険料課長 それでは、前回御質問いただいた高齢者医療に係る障害認定の経緯について御説明申し上げます。

当日配付資料の「高齢者医療に係る障害認定の経緯」を御覧ください。高齢者を対象とした国による医療給付費制度が始まったのは昭和48年1月で、老人福祉法に基づき行われました。対象は70歳以上の方と65歳から69歳までの「寝たきり老人」とされておりました。制度開始時には70歳以上の方のみが対象でしたが、同年10月に65歳から69歳までの「寝たきり老人」が対象に加えておられます。これは、改正法案の審議において65歳から69歳までの「寝たきり老人」を対象に加えるようにとの附帯決議を受けてのことと思われます。経緯でございますように、「寝たきり老人」については、心身の障害に着目して対象に加えられたものでございます。1970年頃は「寝たきり老人」の増加に比べて、その受入れ施設である特別養護老人ホームの整

備が追いつかず、核家族化が進む中でその世話が家族の負担になっていること等が社会問題になっていた模様です。なお、この「寝たきり老人」に対する医療措置は法には規定されておらず、予算措置において行われておりました。

その後、昭和58年2月には、老人保健法に基づく医療給付が行われることとなりました。対象は同じく70歳以上の方と65歳以上70歳未満の障害認定を受けた方でございます。65歳以上70歳未満の方については、予算措置により行われていたものが法制化されております。

なお、老人保健法については、法改正により平成14年以降、対象年齢が1歳ずつ引き上げられ、平成18年時には75歳以上と65歳から75歳未満の障害認定を受けた方が対象になりました。

その後、平成20年には現在の高齢者の医療の確保に関する法律に基づく医療給付が始まりましたが、対象はそれまでと同様に75歳以上の方及び65歳以上75歳未満で認定を受けた方となって、現在に至るものでございます。

以上でございます。

**○給付課長** もう一つ、前回の懇話会でレセプト点検による査定金額と、資格過誤で査定した部分の内訳について御質問いただきましたので、御回答申し上げます。

本日お配りしました資料「レセプト点検結果について」を御覧ください。

令和4年度、令和5年度の点検結果につきましてまとめたものでございます。

まず、この表の令和4年度、令和5年度の点検結果の「①査定」についてですが、前回の会議において医療費適正化の取組について説明した際に、令和4年度について積み上げて集計したものを示したところです。こちらは、主に請求内容の一部に保険適用が認められず減点されるものでございまして、金額につきましては令和4年度は約3億5,000万円、令和5年度は約3億2,000万円減額となったものでございます。

なお、この減点される内容につきましては、詳細に様々ございますので、査定そのものの金額につきましては、恐れ入りますが集計しておりませんので御了承ください。

レセプト点検には、先ほど申し上げました内容そのものに着目した査定のほかに、被保険者の方の資格情報との突合がございます。それが表の点検結果の「②資格なし」でございますが、これはレセプトで得た情報と資格情報との突合により、被保険者の方が診察日において、住所移転などにより埼玉県後期高齢者医療の被保険者の資格がないため返戻となったものでございます。こちらは金額にしまして令和4年度は約2億4,000万円、令和5年度は約2億8,000万円削減されたものとして認識しているところでございます。

次に表の「③資格情報誤り」につきましては、先ほどの「②資格なし」と同様に、資格情報との突合により被保険者の方の生年月日や性別、被保険者番号などに誤りがあり返戻となったものでございます。対象のレセプト件数につきましては、令和4年度、令和5年度ともに約

70,000件台となりました。

次に、「④レセプト内容の疑義」につきましては、「①査定」と同じように、レセプトの内容を点検し、そこに不明点などがあり、確認修正が必要となって返戻となったものでございます。対象のレセプト件数につきましては、令和4年度は令和5年度とともに約7,000件台ございました。

なお、「③資格情報誤り」「④レセプト内容の疑義」につきましては、訂正後、埼玉県後期高齢者医療広域連合への再請求がございますので、それぞれ表の一番右列の医療費の減額及び削減額の欄は、あえて空欄としています。

今後、マイナ保険証の利用が普及していくことで、「②資格なし」「③資格情報誤り」の件数は、減少していくのではないかと考えておりますが、その件数につきましては、令和6年度以降も引き続き注視していきたいと思っております。

以上でございます。

**○会長** ただいま事務局から説明がありましたけれども、御質問、御意見いかがでしょう。

1点目の制度のお話は、基本的に事実確認でしたけれども、特に補足等ございませんか。

では2点目のレセプト点検結果ですが、こちらは前回、医療費適正化の観点からの御質問があったと記憶していますけれども、御説明にあったように、医療費の削減等に関わるものとしては「①査定」と「②資格なし」ということで、査定の中身については詳細が不明ということでした。御質問、御確認、御意見等よろしいですか。

それでは、参考にしていただき、次第に従いまして議事を進めてまいります。

報告事項の「(1)医療給付費の状況について」及び「(2)保健事業について」は、関連がございますので、一括して事務局から説明をお願いします。

**○給付課長** まず、「(1)医療給付費の状況について」御説明いたします。

恐れ入りますが、事前にお配りしました資料ナンバー1-1を御覧ください。

こちらは、平成30年度から令和5年度までの医療給付費と対前年度の増減率を示したものでございます。

まず、医療給付費及び対前年増減率の表を御覧ください。

網かけ部分の令和2年度の医療給付費は約7,142億1,000万円、その下の1人当たりの医療給付費は約75万円で、新型コロナウイルス感染症拡大の影響に伴い、前年度比でそれぞれ減少しましたが、令和3年度以降は増加傾向にあり、一番右の列をご覧くださいますと、直近の令和5年度の医療給付費は約8,400億円、前年度比約6.2%増、その下の1人当たりの医療給付費につきましても約78万円、前年度比約1.4%増となっております。この増加の要因といたしましては、主に被保険者数が増加傾向にあるものと考えておりますが、併せまして先ほど御説明し

ましたように、新型コロナウイルス感染症対策が徐々に緩和され、手術などの治療が再開されたことと、か外来の受診控えが解消されたことで、入院患者の方や受診者の方が増えたことも要因の一つと考えております。

また、感染症流行前の令和元年度と、令和5年度の1人当たりの医療給付費を比較しますと、差はあまりなく、新型コロナウイルス感染症流行前の水準に戻ってきているのではないかと考えております。

次に、資料ナンバー1-2を御覧ください。

こちらは、主な診療区分別に1人当たりの医療給付費ですとかレセプト件数を全被保険者数で割って集計した受診率、医療給付費をレセプト件数で割って集計した1件当たりの医療給付費をまとめたものでございます。

各表の網かけ部分の令和2年度の各診療区分の数値を御覧いただきますと、資料ナンバー1-1で御説明したように、新型コロナウイルス感染症拡大の影響に伴いまして、前年度比で減少はしておりますが、それ以降は増加傾向にあり、令和5年度は新型コロナ感染症流行前の令和元年度の数字とほぼ同じ水準にございます。

ただし、各表の一番下の訪問看護につきましては、コロナ禍におきましても御自宅などでの診療ということで、令和2年度も前年度比、令和元年度に比べましても増加傾向にございます。

次に、資料ナンバー1-3を御覧ください。

広域連合と被保険者で自己負担された方の合計の医療費、つまり10割負担での状況です。こちら令和5年度後期高齢者保険者の方の医療費の状況で、その状況を疾病分類別に、医療費の割合が高い順に、埼玉県内と参考として国の状況を、入院外と入院でそれぞれお示したものでございます。

まず、入院外の状況を御覧ください。

埼玉県内では、糖尿病や慢性腎臓病、不整脈、高血圧症、関節疾患が上位にありまして、国におきましても同様に上位に位置しております。また、入院につきましては、埼玉県内では骨折、脳梗塞、不整脈、肺炎といったものが上位に位置しておりまして、国におきましても埼玉県と同様にほぼ上位に位置しております。

なお、前回の懇話会でお配りしました第3期高齢者保健事業実施計画、いわゆるデータヘルス計画にも掲載しておりますが、令和4年度におきましても、令和5年度とほぼ順位が変わらず、入院外では糖尿病や慢性腎臓病、不整脈、高血圧症が上位にありまして、入院の医療費では骨折、脳梗塞、不整脈、肺炎、関節疾患といったところが上位に位置している状況でございます。

医療給付費の状況については、以上でございます。

続きまして「(2) 保健医療について」御説明させていただきます。

まず、資料ナンバー2-1を御覧ください。

埼玉県内の被保険者の方の人数は、全ての団塊の世代の方が75歳に到達する令和7年以降も増加が見込まれております。この後期高齢者医療制度を持続していくためには、保健事業を効果的に効率的に実施していくということで、1人当たりの医療費を少しでも減らして全体的な医療費の伸びを抑えていくことが必要と考えております。

当広域連合では、平成27年に第1期高齢者保健事業実施計画を策定いたしまして、保健事業の推進を図ってまいりました。さらに、平成30年に第2期高齢者保健事業実施計画を策定し、計画期間を平成30年度から令和5年度までとして、「第2期計画における取組」の表の「1 フレイル対策」から「6 高齢者保健事業等の実施体制整備」の6つを取り組む項目として、各項目に取り組む内容を掲げて実施してきたところでございます。

なお、取組内容の詳細につきましては、前回の懇話会で説明させていただきましたので、割愛させていただきます。

このように、令和5年度まで保健事業を推進してきたところではございますが、資料ナンバー1-3で報告したとおり、骨折が医療費の上位にありまして、今後さらに増えるのではないかと考えております。特に要介護認定者が多く抱えている疾患でもありますことから、フレイル、いわゆる加齢による身体、心身の機能の低下ということですが、そういったフレイル予防ですとか転倒防止など介護保険の地域支援事業との連携が重要であると考えております。そのためには、住民に身近な市町村が中心となりまして、介護保険の地域支援事業と連携して一体的に進める必要があります。

また、資料ナンバー1-3の入院外の医療費の上位にある糖尿病や慢性腎臓病をはじめとする生活習慣病の重症化予防の取組には、市町村が保有している国民健康保険加入時の情報を活用することが併せて重要であると考えております。当広域連合では、こういった市町村で一体的実施の取組ができるように支援する体制を強化する必要があると考えています。

こうした課題に対応するため、今年2月に第3期高齢者保健事業実施計画を策定しまして、資料ナンバー2-1の右表「第3期計画における取組」のとおり、令和5年度まで実施した第2期計画での取組を引き続き取組内容として位置づけておりますが、「1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進」を重点項目として、第2期計画では別々の項目だった取組内容のうち、「歯科健診結果を活用したアウトリーチ型の介入」「健診結果を活用し、医療機関への受診勧奨を実施」「高齢者保健事業担当者研修会の開催」「市町村の一体的な実施の取組への支援・連携」については、令和6年度からは市町村による一体的実施の取組の一環として実施するために、「(1) 市町村の一体的実施の取組支援」としてまとめ、「(2) 健康づ

くりの普及啓発」と併せて重点を置いて推進しているところでございます。

次に、資料ナンバー２－２を御覧ください。

「令和５年度高齢者保健事業について」ですが、第２期計画における令和５年度の各取組について、その取組内容と目標、取組結果についてまとめたものでございます。

「（３）適正受診・適正服薬の推進」の「①健康相談等訪問指導」ですが、重複受診または頻回受診の傾向がある被保険者の方について、保健師や看護師による健康相談や、適正受診に係る訪問指導を民間委託により行ったものでございます。

こちらの「取組結果」を御覧いただきたいのですが、「指導前３か月において、下記の１～３のいずれかに該当する被保険者のうち、希望者に指導を行い、指導後３か月で、１～３に該当する月数が減少した者の割合」を示したものでございます。こちらの表の中で、令和５年度の改善割合は調査中とありますが、こちらが78.5%で前年度より上回った状況でございました。

次に「（５）健康診査・歯科健診」の受診率につきましては、上段の健康診査の受診率は、令和５年度は34.3%で、全国平均を上回って推移している状況でございます。

その下の表、歯科検診につきましては、前年度中に75歳及び80歳に到達した被保険者の方を対象として、埼玉県歯科医師会への委託により長寿健康歯科検診を実施しているものでございまして、令和５年度の受診率につきましては、この対象者の令和２年度から75歳の方だったのを80歳の方を令和４年度からも対象としまして、そのときの受診率は7.7%だったんですけれども、令和５年度につきましては9.2%ということで上回っている状況でございます。

「（６）高齢者保健事業等の実施体制整備」の「④市町村の一体的な実施の取組への支援・連携」につきましては、高齢者保健事業を市町村の国民健康保険や介護予防の部門と一体的に実施できるよう、令和２年度から市町村へ委託して実施しているものでございますが、令和５年度は54団体の市町村が実施することができました。

詳細につきましては、毎年度報告書を取りまとめておりまして、年内に「令和５年度高齢者保健事業実施状況報告書」として作成し、委員の皆様にお送りする予定でございますので、御覧いただきたいと思います。

最後に、資料ナンバー２－３「令和６年度高齢者保健事業について」でございしますが、第３期高齢者保健事業実施計画におきまして、先ほどの資料ナンバー２－１の内容のとおり、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進」を重点項目として「市町村の一体的実施の取組支援」や「健康づくりの普及啓発」を重点的に取り組むのと併せて、個別項目につきましても、令和５年度から引き続き各項目の取組を推進しているところでございます。

また、第３期計画におきましては、各取組内容につきましても、取組の結果だけではなく、取組によって得られる成果につきましても目標値を設けたところでございます。

今後も第3期計画の進捗状況を図る上では、目標達成度を注視しながら、取組を実施するための体制や取組の手順についても評価を行い、より効果的・効率的に取組を推進し、少しでも医療給付費の上昇を抑えていくよう努めてまいりたいと考えております。

以上で説明を終わります。

○会長 ありがとうございます。

一通り、令和5年度も含めまして、医療給付費の状況と保健事業について御説明をいただいたわけですが、御質問、御意見等いかがでしょうか。

○委員 保険薬剤師側としましては、ジェネリック医薬品の利用促進というのがあるのですが、皆様もおかげさまで先生方に御協力いただきながら順調に推移していると思っておりますが、皆さんも御存じのとおり、今年10月から選定療養が始まるということで、医師会の先生方も患者様へ説明ですとか、薬局でも選定療養の説明にかなり苦勞しているのではないかと感じております。広域連合から被保険者に対し選定療養の説明や、どういった制度かという周知などをされているのかを教えていただければと思います。

○会長 選定療養について普及啓発や説明などされていらっしゃるのでしょうか。事務局からお願いします。

○給付課長 この点につきましては御案内できていないのですが、今後ジェネリックの差額通知というものを毎年実施しておりますので、その中にそういった選定療養などの周知を図っていきたいというふうには考えております。

以上でございます。

○委員 選定療養が大切な方々なので、自分が長期収載品を飲んでいたときに実際問題どのぐらい負担金上がるのかということに非常に興味があると思うのです。その辺の制度自体、厚生労働省のホームページ等ではいろいろ載っているのですが、まだまだ知らない方が多いので、ぜひ選定療養とは何か、長期収載品の処方を受けている方に対しては、今後医療費がどのようになっていくのですよというような通知はあらかじめしていただいたほうが、スムーズにいくのではないかなというところもありますので、これはお願いします。

○会長 御意見ということでよろしく願いいたします。

○委員 私は今年度から参加させていただいているのですが、2点ほどお聞きします。

後期高齢者医療制度というのは、一生懸命やればやるほど費用がかかるという一面があるような気がします。資料ナンバー1-1で、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の関係で、医療給付費の伸び率が少々収まったとあります。高齢者を悪く言うつもりはないのですが、この年度は新型コロナウイルス感染症の影響で、病院に行くのが怖くて、医療給付費が減ったということでしょう

か。ということは、高齢者が病院に行く頻度が少なくなったために医療給付費が下がったと理解してよろしいのでしょうか。

そうだとすると、高齢者が病院に行く回数が多いからどんどん医療給付費が増えるということで、新型コロナウイルス感染症の影響で医療給付費の負担が少なくなるとしたら、やっぱり日頃から高齢者が病院に行き過ぎという傾向なのではないでしょうか。

それからもう1点は、全く同じような発想ですけれども、健康診査についてです。健康診査は、資料ナンバー2-2の(5)によれば健康診査の受診率は、3割ぐらいだということですよ。それで私は、高齢者はもっと熱心に健康診査を受診しているのだと思っていたのですが、意外と少ないなという印象を持ちました。この受診率を上げていくとすると、全体的に費用が増える傾向にあるのでしょうか。それとも事前に病気を発見するから下がる傾向にあるのでしょうか。その辺について考え方をちょっと伺いたいと思います。

**○会長** ありがとうございます。

基本的な事項というか、確認の御質問だったかと思いますが、まず1点目が、特に令和2年をはじめ、1人当たりの医療費も総額医療費も下がった時期があったのは、新型コロナウイルス感染症の影響で病院に行くのが怖かったからかということと、そうだとすれば、医療機関のかかり方としてどちらを基準として理解すればいいかというような趣旨かと思いますが。

2点目のほうは、健診の受診率が約34%ということですが、事務局のほうで答えられる部分があればお願いします。

**○事務局長** 1点目は新型コロナウイルス感染症の関係ですが、資料ナンバー1-2の真ん中に受診率の状況を御覧いただくと分かる通り、令和2年度は、訪問看護以外は全部下がっている傾向となっておりますので、我々の考えとしては、被保険者が受診を控えたのではないかと考えております。ただ、この当時は新型コロナウイルス感染症の受診については公費医療だったので、そちらのほうで負担している部分もあると思います。こちらの医療給付費は新型コロナウイルス感染症以外を記載しておりまして、おっしゃるとおり、新型コロナウイルス感染症以外のものについては受診が少なくなったと考えております。

それ以降、受診率は伸びている傾向にはなっておりますけれども、本当に必要かどうかというのは、我々としては医師に診察していただいて必要だと判断されて適正受診をしていただいていると思っておりますけれども、1つの医療機関に行って、違う医療機関に行くという方もいらっしゃるので、医療費適正化という観点から、そのような重複受診は極力控えてくださいということは周知させていただいている状況です。

2つ目の健康診査についてですが、我々としては、早期に病気を発見していただければ、悪化した後に病気が分かって治療するよりも医療費は抑制できると考えております。ある

程度病気が進行してしまったら、高齢の方なので医療を受けることができないというようなケースも生じると思います。そういうことがないように、皆さんに健康診査を受診していただければというふうに考えています。

**○会長** よろしいでしょうか。

1点目の新型コロナウイルス感染症の影響は、明確に全部を押さえた統計というのは多分ないとは思いますが、私はどちらかというと行政の立場でコロナ対策に関わっておりまして、当時は基本として不要不急の外出をしないでくださいというのがありました。新型コロナウイルスに感染した患者さんが増えてしまいましたので、特に中核的な医療機関や医師会も発熱外来をやっていただいて、そちらをまず優先的に診ていただく体制にした結果、手術が少し後になったということもありました。また、発熱している患者さんと発熱していない患者さんが同じところに来ると、コロナ感染の疑いがない方が体調を崩すこともあるので、医療機関側の受入れ体制に厳しい状況があったと思いますし、患者さんが自主的に緊急性のない受診だから控えたということもあったのではないかと推察はされますけれども、恐らく事務局もそれを裏づけるデータを確認するのは厳しいかと思えます。今の御説明はそのようなニュアンスかと思えますが、よろしいですか。

**○委員** 今会長の言われたとおりで、当時はやはり病院も手術はほとんどせずにコロナ対策に専念して、いろいろな検査も手術も延期になったこともあります。実際、入院あるいは外来で感染するのではないかとということで患者さんが来なかったということもある。後期高齢者医療制度とは関係ないですが、耳鼻科や小児科は30%まで下がりましたので、ほかも推して知るべしという状況で、やはり少なかったのだらうと思います。

次に資料ナンバー1-3ですが、入院外の医療費は糖尿病とか不整脈とか高血圧症とかが多く、非常に単価の高い薬が出てきていることで上がってきたのかなと思います。

健診を受けた場合にどうかということですが、健診は疾患を早く発見するということになりますし、特にがんは、あまり小さいとなかなか難しいのですが、最近は健診を受けて早期発見するようにより医療もかなり進歩してきて、いわゆる免疫療法や分子標的治療薬などが出てきて、かなり高くなってきている傾向にあります。

この資料ですと、外来は肺がんだけ、入院は大腸がんだけしか出てこないのですが、健診のほかにもがん検診もあるので、その辺の疾患別の医療費の上昇というのも書いていただいたほうがいいのかと思います。

何で日本では健診を受けないのかというと、アメリカでは早く健診を受診しておかないと医療費が膨大にかかってしまうので、とても払い切れないからいかに早く健診を受けるかという考えで、日本は早く健診に行ったら何か言われるのが困るからというようなところもあるようで

すが、やはり早く見つけて手術を受けることが大事かと思うので、その辺のところもしっかり進めていただければと思います。

○会長 ありがとうございます。

資料のほう、疾患別の推移というようなこともありましたけれども、事務局のほう何かありますか。

○事務局長 疾病分類別医療費は今回単年度で書かせていただきましたけれども、KDBシステムで暦年でも出せるような仕組みになっておりますので、御意見をいただきましたので、そちらを見える化して着目してまいりたいと思います。よろしくお願いします。

○委員 先ほどの令和2年度のお話ですけれども、歯科医師会としては最初に誤った情報が流れてしまいまして大分受診抑制があつて、歯科に来院される方が少なくなったというのは事実であるかなというふうに思っております。その後、徐々に回復してきたというのが現状だと思います。

それで、質問ですけれども、資料ナンバー1-1ですが、被保険者数が増えることで医療給付費総額が増えるのは分かるのですが、1人当たりの医療給付費というのは単純に総額を被保険者数で割ったと思うのですが、被保険者数が増えてもこの疾患で受診する人数が同じような割合で増えているのか。つまりその1人で治療費が同じように右肩上がりで増加しているのか、医療費の自然増というのがあるのかもしれませんけれども、今までも何回も計画を立てて高齢者保健事業を重ねてきたのにもかかわらず、1人当たりの医療費が増えてしまう、また受診者が増えてしまうということは、ちょっと今までの保健の計画が足りないのかなというような気がします。

歯科に関して言えば、10%の健診の目標というのが、これが高いのか低いのか分かりませんが、せめて30%、40%とするとか、または今75歳と80歳が対象ですけれども、毎年とか1年置きとかという頻度で受けられるということも考えないといけないのかなと、歯科の立場からはそういうふうに思っております。よろしくお願いします。

○会長 これについて事務局から何かありますか。

○事務局長 資料ナンバー1-2を御覧ください。1人当たり医療給付費は入院分が上昇しており、入院外については横ばいとなっております。歯科については、逆に1人当たり医療給付費のほうは、令和4年度よりも下がっております。

受診率を見ていただくと、入院は大体横ばいですが、歯科については上がっていることが見てとれます。

歯科については1件当たり医療給付費が下がっていますので、これは素人考えになってしまうのかもしませんが、1件当たり医療給付費が下がっているということは、それほどお金が

かかっていないような医療を早期に受けているのかと考えております。あくまでもこの数字を見ただけで、実際の医療がどういうふうになっているかというものではありませんので大変恐縮ですが、入院については、先ほど言ったように上がってはいるのですけれども、ほかについては横ばい、あるいは下がっている部分がありますので、早期受診をしていただいているのかなと考えているところです。

○会長 よろしいでしょうか。ありがとうございます。

○委員 1点お聞きします。

保健事業の関係で、歯科医師会さんからも歯科健診の受診率の目標10%についての話がありましたけれども、実は私も昨年から後期高齢の仲間入りさせていただいて、今年初めて通知を頂いて受診させていただきました。大変大きな封筒で頂いて、こういう制度自体を知らなかったというのがありますし、一つの契機にはなるかなと思っています。

ただ、確か受診期間が12月とか定められていたような気がしたのですけれども、受診率向上のために、例えば受診期間の終わる前に、まだ受けていない方の把握ができるのであれば受診勧奨のはがきを出すとか、何かそういうような方法が取れるのかどうか。

それと、健康診査は市町村との連携になるので、なかなか個別にそのような対応は難しいのでしょうかけれども、それを踏まえて保健事業の方法として受診勧奨などを取り入れられるのであれば検討してみる余地はあるのかなと思っています。私も健診を受けさせていただきましたけれども、近所の同じくらいの年齢の人に聞くと、「俺は嫌」とか言っていますので、そういう勧奨の検討をしてみてもいいと思います。よろしく願いいたします。

○会長 ありがとうございます。

未受診の方への勧奨について、分かる範囲でお願いします。

○給付課給付担当主席主査 給付課の福田と申します。

まず歯科健診については、今いただいた御意見を参考に、歯科医師会の皆様と御相談させていただきながら、来年度以降に向けた検討をしていきたいと考えております。

健康診査については、市町村ごとにやり方も若干異なっておりますが、今現在でおおむね半分弱の市町村が、健診未受診者の方に対して受診勧奨通知を送っているところでございます。その費用につきましては、1件当たりの上限がございますけれども、令和6年度から当広域連合が費用の負担をしており、さらに多くの市町村が受診勧奨していただくように今現在努めているところでございます。

以上です。

○会長 そのほか報告事項について御意見、御質問はよろしゅうございますか。

それでは、医療給付費並びに保健事業に関する報告については以上とさせていただきます。

思います。

続きまして、議題「（１）広域計画の見直しについて」、事務局から御説明をお願いします。

**○事務局次長兼総務課長** それでは、議題「（１）広域計画の見直しについて」、説明をさせていただきます。

広域計画の見直しについての資料といたしまして、資料ナンバー３－１、３－２、３－３の３種類がございます。

それでは、前回の懇話会でいただいた御意見を振り返りたいと思います。

資料３－１を御覧ください。いただいた御意見４件をまとめたもので、前回の懇話会の開催後に、皆様にお送りしたものと同じでございます。

御意見の１項目めの該当箇所は、資料３－２の４ページの中ほどに記載のある「第３期高齢者保健事業計画実施計画（データヘルス計画）」の説明文の後段となるところで、黄色で着色した部分です。

懇話会の中での御意見としまして、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第3次））」において、健康寿命の延伸のほかに健康格差の縮小について述べられている箇所があり、データヘルス計画も踏まえ、こちらの内容に触れるべきではないかという御指摘をいただきました。

そこで、この説明文に関しまして、データヘルス計画を進める上で、健康格差の縮小を意識して事業を進めていくことが分かるように文言を修正し、現在御覧いただいている内容といたしました。

次に、資料ナンバー３－１の２項目め及び３項目めにつきましては、「マイナンバーカードによるオンライン資格確認のメリット」について御指摘いただいたという点で関連いたしますので、併せて説明をさせていただきます。

資料ナンバー３－２の12ページの下段に「マイナンバーカードによるオンライン資格確認のメリット」という表がございます。この表の１段目が「被保険者」欄となっておりまして、その２項目めに「健診情報や今まで使った薬剤情報」と記載しておりましたが、こちらは薬剤情報にのみ「今まで使った」とあるのは違和感があるという御指摘をいただきました。さらに、表の２段目「医療機関等」欄の３項目めにも「薬剤情報、健診情報等」という記載があり、それぞれの欄で表記の整合性を欠くという御指摘をいただきました。これを受け、「被保険者」欄は「今までに使った」という文言を削除し、「医療機関等」欄も併せて「診療／薬剤情報、健診情報」に統一させていただきました。

続きまして、資料ナンバー３－１の４項目めについてですが、資料３－２の13ページ上段の、「マイナンバーカードの登録・利用状況」という表です。

これは、前は「マイナンバーカードの交付状況」という表として載せておりましたが、保険証としての利用率などを記載するほうが適切だという御指摘をいただきまして、こちらに差し替えいたしました。令和6年3月時点のマイナ保険証の登録数、登録率、利用率を記載しております。

いずれも御指摘のとおり修正し、この内容を反映した上でパブリックコメントを実施いたしました。このパブリックコメントの概要につきましては、資料ナンバー3-3でまとめております。実施期間は、今年7月18日から8月16日までの30日間、当広域連合の窓口における計画案の閲覧及び配布、また当広域連合のホームページへの掲載のほか、県内63市町村の後期高齢者医療主管課窓口におきまして計画案の閲覧及び配布を実施しました。

その結果ですが、資料No.3-3の一番下にございますとおり、意見の提出はなく、そのためパブリックコメントを通じた意見などによる修正等はございませんでした。

説明は以上でございます。御審議のほどよろしくお願いいたします。

**○会長** 7月に開催された第1回懇話会に引き続いての議題ですが、事務局からの説明にありましたとおり、第1回懇話会での委員の皆様のお意見、それをどのように反映されたかの確認と、それを踏まえたパブリックコメントの実施をした結果、意見がなかったという状況ということでございます。これらの状況を踏まえて御意見をいただければと思います。

パブリックコメントを実施した後になりますので、大きく案を変えてしまうというのは難しい面もあるかとは思いますが、ある程度趣旨を変えない中での修正の余地はあるかとは思いますが。御意見、御質問、確認でも結構かと思っておりますけれどもいかがでしょうか。

**○委員** 資料の数字の部分で確認をさせていただきたいのですが、資料ナンバー3-2の5ページにある被保険者数と、6ページの75歳以上の被保険者数の部分は、「※4 参照しているデータが異なるため、5ページにおける令和2年度の数字とは一致しません。」とは書いてありますが、資料ナンバー1-1の数字とも違うのです。正確にはどの数字が正しいのか。資料ナンバー1-1の1人当たりの医療給付費についても、資料ナンバー3-2の7ページ、8ページの数字と違うので、この違いは何なのかを確認させていただきたいと思っております。よろしくお願ひします。

**○会長** 事務局で分かりますでしょうか。

**○事務局次長兼保険料課長** 資料ナンバー1-1は、年間の平均の被保険者数を記載しております。保険料の算定の場合には国から年間の平均の被保険者数を計算するように指示がございますので、平均で記載しております。

一方、資料ナンバー3-2に記載の数字でございますが、こちらは年度末の数字ということで記載しておりますので、そういった理由から数字が異なっております。

○事務局長 事業費についてですけれども、資料ナンバー1-1は医療費ではなくて医療給付費を載せておりますので、広域連合が負担した分となります。一方、資料ナンバー3-2については10割の医療費を載せております。

以上です。

○会長 ほかにありますか。

○委員 資料ナンバー3-2の12ページ以降がマイナンバーカード関連の内容ですが、利用率は埼玉県が3.99%と、やはりこんなに低いんですね。うちも今7%という状況なので、これからマイナンバーを保険証として利用していただけるのかが心配です。医療機関の場合は医療機関規則でマイナンバーカードを使わなければいけないというのがあるって、利用率が低いところは事情を聞きますよと言われることもあります。また、人づてに聞いたので正確ではないのですが、国保では条例でマイナンバーカードを利用しない場合の罰則規定を設けるところもあるというような話を聞いて、そこまでするのかと思ったのですが、それはどうなのでしょう。

○会長 利用率が低い状況ですが、事務局から何か情報があればお願いします。

○事務局次長兼保険料課長 まず参考に、マイナ保険証の利用率については前回、4月分が5.07%とお答えしましたが、6月分につきましては8.37%と若干伸びています。本日午前中に国から7月分のデータが届きましたが、正確な数字は申し上げられないのですが、また若干伸びている状況でございます。

なかなか利用率が伸びないという状況ですが、これを何とか伸ばしていきたいと考えておりまして、引き続き市町村と連携してメリット等の広報に取り組んでまいります。

なお、後期高齢者医療につきましては、マイナンバーカードを使わないことによる罰則は特に設けておりません。国保のほうでも特段聞いたことがないのですが、例えば国ではインセンティブの制度を設けていまして、利用率が高い自治体に対しては交付金が追加で交付されるということは行っております。

被保険者に対するそういった情報がないかどうか、引き続き情報収集をしてまいりたいと思います。

以上です。

○委員 最新のマイナンバーカードの利用率はうちも11%ぐらいで、上がっているなと思っていましたが、そのほかにいろいろ計算法があって、例えばオンライン資格確認の利用率については、うちは40%と出ていました。そんなに使っているのかなと思っていたのですが、オンライン資格確認の利用率は、マイナンバーカードを持ってきて資格情報を確認すると、それが分母と分子になって1分の1になるのです。一方、普通の被保険者証を持ってきた人がオンライン資格確認をすると、分母にはカウントされるけれども分子にはカウントされないということ

で、そういうようないろいろな計算法があるようです。

うちもコロナの検査などもしていますけれども、資格確認しないで出すと間違いがあつて戻ってくることもあります。資格確認をするとそれがなくなるので、そういう意味では助かるということは確かにあるようです。

あとは中間とか月末に限らずなるべく早く情報を入れていただくようにして使いやすくしていただければと思います。

○委員 私は歯医者さんにも行っているし、一般のお医者さんも行っていますが、窓口でマイナンバーカードは全然使えないです。また、私が行っている歯医者さんは100%現金払いでカードを使っている人はいない。カードを使うような受付、体制になっていないのではないかと思うのですが。

○委員 その歯医者さんの状況は分かりませんが、受付にマイナンバーカードを使った資格確認を提示している歯科医療機関は80%近くになってきていると思います。はっきりした数字は分かりませんが、8割方は受付にマイナンバーカードの顔認証の装置がついているというふうに思っております。

○委員 それは窓口においてあるのですか。

○委員 受付においてあると思うのですが。

○委員 歯医者さんによっても違うのですかね。

○委員 もちろん御高齢の歯医者さんですと、回線が引かれないとか、そういうこともあると思いますので、まだ100%ではないということは確かです。

1ついいですか。

○会長 お願いします。

○委員 今利用率が4%ですけれども、このマイナンバーカードの保険証の情報を登録しているのは何%ぐらいですか。

○事務局次長兼保険料課長 登録率になろうかと思いますが、6月現在で54.03%でございます。

○会長 分母の定義が分かりやすいといいのかもしれませんが、登録率というのが保険者に対するマイナ保険証を持っている方の割合ということによろしいでしょうか。

○事務局次長兼保険料課長 そのようになります。

○会長 分かりました。

○委員 先ほどの御質問で支払は現金払いだけというお話がありましたが、クレジットカードについては、支払いの手数料を何%か払わなくてはいけないということもあって、医療機関の負担が大きいということです。

○会長 マイナ保険証を使っても現金で払わなければいけないときはあるということです。マイナンバーカードの利用というのは、これまで医療機関の窓口で被保険者証を出していたのに代わり、顔認証付きカードリーダーにマイナンバーカードを読ませて受付するというものです。先ほどのお話では、多くの医療機関ではその機会が設置されているけれども、100%ではないというのが実情ということだったかと思います。

○委員 支払いのキャッシュレス化ということだと、対応している歯科医院はだんだん増えてきています。カード会社によっては手数料を抑えるところも出てきていますので、それを使えるようにしているところもありますが、100%ではないです。まだ現金のみでカード払いはできないという歯科医院のほうが多いと思います。

○会長 そのほかいかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、この議題については事務局から資料ナンバー3-2で案を出していただいていますけれども、前回の意見を踏まえた修正も含め、この案については御了解いただけただということではよろしゅうございますか。

ありがとうございます。

それでは、貴重な御意見もいろいろいただきましたので、事務局におかれましては計画以外の運用等も含め参考にして進めていただければと思います。

それでは、議題「(1) 広域計画の見直しについて」は以上とします。

そのほか、事務局から何かございますか。

○事務局次長兼総務課長 特にございません。

○会長 それでは、議題については以上となりますが、委員の皆様から何かございましたらお願いします。大丈夫ですか。

それでは、特にないようでございますので、本日の議事につきましては以上とさせていただきますと存じます。

以上で、本日の議長としての役割を終わらせていただきたいと思います。御協力ありがとうございました。

進行を事務局にお返しします。

---

## ◎閉 会

○事務局次長兼総務課長 長時間にわたり御審議いただきまして誠にありがとうございました。令和6年度の医療懇話会の開催につきましては、本日が最後となります。委員の皆様には貴

重な御意見をいただき、また後期高齢者医療制度に御協力を賜りまして、誠にありがとうございます。

最後に、事務局長の小貝よりお礼の挨拶をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

**○事務局長** 事務局長の小貝です。どうぞよろしくお願いいたします。

委員の皆様方におかれましては、大変お忙しいところ御出席いただき誠にありがとうございます。また、第4次広域計画の見直しについて御協力いただきましたことを重ねてお礼申し上げます。

今後、10月31日に開かれる広域連合議会への議案提出に向けて事務を進めるとともに、懇話会で頂戴した御意見を踏まえて各種施策を実施してまいりたいと存じます。

先ほども申し上げたように、今年度の医療懇話会はこれで終了となりますが、皆様方には引き続き来年度も委員をお願いしております。来年度は被保険者の方の関心も大変大きい、2年に一度の保険料改定を中心に御議論をいただく予定ですので、お忙しいところ大変申し訳ありませんが、どうぞよろしくお願いいたします。

簡単ではございますが、挨拶とさせていただきます。本日は誠にありがとうございました。

**○事務局次長兼総務課長** では、以上をもちまして、令和6年度第2回埼玉県後期高齢者医療懇話会を閉会とさせていただきます。

お忘れ物などございませんよう、気をつけてお帰りください。

本日は誠にありがとうございました。

閉会 午後3時32分