

令和5年度第1回熊本県における医療費の見通しに関する計画検討委員会議事概要

日時：令和5年11月15日（水）16時～18時

場所：熊本県庁行防災センター312会議室

1 開会

2 会議の公開等

本日の会議は、「審議会等の会議の公開に関する指針」により公開とするが、傍聴人は0人。
また、本日は、中村委員、徳富委員、植村委員が欠席。

3 開会挨拶

（熊本県健康福祉部健康局長 野中 眞治）

本日は、お忙しい中御出席いただき、感謝申し上げます。

本県の国民医療費は、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響などで6,972億円と一旦減少していたが、令和3年度は7,201億円と増加し、令和元年度の7,163億円を上回っている。

また、本県の一人当たり医療費は全国9位と高く、全国より高齢化が進む本県では、更なる医療費の増加が予想される。今後、医療費の伸びを抑え、国民皆保険制度を維持していくためにも、保険者、医療機関その他の関係者の理解や協力を得て、実効性のある取組みを進めることが必要不可欠であると考えている。

このような中、本年5月12日に「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の法律」が成立し、5月19日に交付された。改正の概要としては、大きく4つの柱建てとなっている。1つ目がこども・子育て支援の拡充、2つ目が高齢者医療を全世代で公平に支え合うための制度見直し、3つ目が医療保険制度の基盤強化、4つ目が医療・介護の連携体制の強化である。本県においても、これらの改正内容を踏まえて、今年度進めている保険医療福祉行政の様々な計画改定に取り組んでいるところ。

本日の会議では、今年度までの「第3期計画の暫定評価」について、来年度から始まる「第4期計画の策定」についての2点を議題とさせていただく。

とりわけ、「第4期計画」については、第3期計画における課題への対応や国の新たな指針等を踏まえた素案としている。

委員の皆様には、それぞれの立場から忌憚のない意見をいただきたいと考えている。よろしくお願ひしたい。

4 議事

【議題（1）第3期熊本県における医療費の見通しに関する計画の暫定評価について】

（加藤会長・熊本大学大学院教授）

議題（1）について事務局から説明をお願いする。

《事務局から、資料1、2を使用して説明》

(加藤会長)

第3期計画6年間の報告となるのだが、単年度の報告書ではなく、6年分の報告書として作成するのか。

(国保・後期高齢者医療課)

国には暫定評価ということで6年分を報告する。来年度、実績評価として、もう一度6年分を報告することになる。

(加藤会長)

第4期計画策定に当たって、総括は重要である。第3期計画の総括は進んでいるのか。

(国保・後期高齢者医療課)

医療費は2年遅れでしか判明しない。第3期計画策定時点では、適正化効果額85億円と算定しているが、それぞれの取組みの効果額を試算するのは、現状として難しいところ。関係課に取組内容、改善点、課題等を照会し、取りまとめを進めているところ。

(加藤会長)

第3期計画は今年度で終わりであり、報告書の作成は実務的な話だと考える。
来年度からの第4期計画について、事務局から説明をお願いします。

【議題（2）第4期熊本県における医療費の見通しに関する計画の策定に向けて】

《事務局から、資料4～8を使用して説明》

(加藤会長)

第4期計画の期間も6年だが、期間途中での見直し等はないのか。

(国保・後期高齢者医療課)

第3期計画では6年間見直しは無かったが、第4期計画では中間見直しの概念が加わっている。
また、後発医薬品等に係る目標は、国が来年度新たな目標を設定することになっており、国の目標を確認して県の目標を設定することになっている。このことから、第4期計画の6年間に少なくとも2回程度改定業務が生じることになると考えられる。

(加藤会長)

計画内で効率化という言葉が出てくるが、国が使う効率化という言葉は、費用対効果という意味で使用されており、経済的効率性のことではない。

それでは、委員の皆さんから御意見をお願いしたい。

(大道委員：熊本県看護協会)

在宅診療に関して、今年度4月から県看護協会に訪問看護総合支援センターを開設した。経営支援、管理者の質の向上、訪問看護師等のスキルアップ、ナースセンターもあるので人材確保にも取り組んでいく。

超高齢化社会が更に進展すると、見取りの場所は病院、施設、在宅など広がりが見られると考えている。

第4期計画では、かかりつけ薬剤師が目標の1つとなっているが、病院を受診すると門前薬局があり、門前薬局に行くことが多い。かかりつけ薬剤師・薬局の周知・啓発がどこまでできているのか疑問がある。病院を定期的を受診するのは、高齢者が多いと思われる。高齢者の場合、かかりつけの薬局が遠いと移動の負担も生じることになる。このようなことも踏まえて、かかりつけ薬剤師・薬局の考え方の基本がどこにあるのかは疑問に思うところ。

(薬務衛生課)

本日は熊本県薬剤師会の委員が欠席であり、回答していいのか分からないところはあるが、かかりつけ薬剤師・薬局に関しては、委員の御意見のとおり、門前薬局に行く事が多いというのは認識している。県がかかりつけ薬剤師・薬局を推進していく理由としては、薬剤関係を一括して薬剤師・薬局で管理することが必要であり、薬剤の重複投与、残薬関係を整理することが医療費の適正化につながると考えられる。

また、見取り等の問題に関して、在宅においても薬剤師が関わっていくことが重要だと考えている。周知・啓発について、不足している部分があると思うことから、県薬剤師会と協力し、事業を推進できたらと考えている。

(富田委員：全国健康保険協会熊本支部)

医療費は、従業員や事業所が払う保険料で賄われているものであり、医療費の見通しに関する計画の今後の見通しや分野別効果などは、非常に重要な部分だと思われる。数字としてあらわすのは非常に難しいだろうが、医療費がどのように変化していくのかはしっかり出していきたい。

この計画は6年間の計画であるが、6年の間に医療DX、デジタルトランスフォーメーション、いわゆるデジタル技術は相当変わるだろうと思われる。デジタル技術を医療の分野で活用することで、医療費の適正化・効率化に対する影響は大きいと思われる。国は医療DXを推進しているので、第4期計画はこのことを踏まえて推進していただきたい。

(医療政策課)

医療DXに関しては、資料6の41ページ、病床機能の分化及び連携等として、くまもとメディカルネットワークを記載しており、医療機関を始め、薬局、介護事業所等と連携を進めていく。

また、現在、第8次医療計画の検討を進めているところであるが、この中でも医療DXの推進という文言は出てきているところであり、記述について今後検討していく。

(上野委員・熊本県後期高齢者医療広域連合)

熊本県後期高齢者医療広域連合において、現在、令和6年から11年までのデータヘルス計画を策定しているところ。自宅で自立した高齢者の増加を目標としており、その中心となるのは、新規で挙げている高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組であり、市町村と協力して取り組んでいるところ。状況としては、令和5年度が43市町村、来年度が45市町村ということであり、全ての市町村で取り組むことになっている。取組みの中心としては、これまで保健事業では取組みが無かったフレイル予防。件数、医療費ともに1位となっている疾病が骨折であることから、骨折予防にしっかりと取り組んでいくことがフレイル予防の中心になるかと思われる。

また、適正服薬の部分について、これまで熊本県では、多剤投与を最優先課題として取り組んでいるところだが、令和5年度から国民健康保険においては、重複と多剤の両方をやるようになってきたことから、継続した取組みを推進するためデータヘルス計画にも取り入れていきたいと考えているところ。

高齢者の薬に関しては、複数の疾患に罹患することも多く、処方される薬剤も多くなる傾向にあるが、認知機能の低下した高齢者への服薬管理やふらつき、転倒などの薬物有害事象への対策なども大変問題となっているところ。

(小山委員：熊本県市長会)

計画については、大変すばらしいものだと思っている。国民健康保険の被保険者数と後期高齢者医療の被保険者数について、これまで阿蘇市では国民健康保険の被保険者の方が多かったが、近年は後期高齢者医療の被保険者数が多くなり、被保険者数が逆転する時期が近いのではないかと、そのような社会構造になるのではないかと心配しているところ。

事前に送付された資料を保健師とも共有しているところ。資料7、新旧対照表の9ページ、「生活習慣病に係る死亡の状況」について、女性では、腎不全と大動脈瘤及び解離が全国を大きく上回っていると記載されているが、これが高血圧とはどのような関係になっているのだろうかと感じたことが1点。大動脈瘤や解離は高血圧との関係が大きく、腎不全も腎硬化症による腎不全の増加であれば、高血圧との関係性があると感じたとのこと。

続いて11ページ、疾病別医療費の特徴について、循環器疾患が全国6位と記載されている。第3期計画の課題の1つが糖尿病であり、今後も糖尿病対策を継続する意義は大きいのではないかという意見があった。

くまもとメディカルネットワークの推進については、更なる普及啓発が必要だと考える。先日、マイナ保険証を使った際に診療状況が確認できるが、くまもとメディカルネットワークとは何が違うのかという問い合わせがあったのだが、明確な回答ができなかったことがあった。マイナ保険証とくまもとメディカルネットワークの違いを明確にして、普及を図るのがいいのではないかと考えたところ。

最後に、女性に多く見られる骨粗しょう症への対応については、大変有意義なものと思われる。第4期計画での新たな取組みとのことだが、高齢者になるほど有病率も高くなることから、早期の予防対策は不可欠であると思われる。将来的には検診項目に追加し、数値として見えることで指導に生かせるのではないかと感じたところ。

(国保・高齢者医療課)

まず、上野委員からの重複・多剤の取組みに関する意見について、県薬剤師会と協力・連携してポリファーマシー対策に取り組むことで考えているところ。

(医療政策課)

くまもとメディカルネットワークの(マイナ保険証との)大きな違いとしては、カルテベースで医療情報を入力した際、即時にその情報が共有できる点があると思われる。今後、啓発を行うなかでマイナ保険証との違いを説明したうえで、くまもとメディカルネットワークの推進を図っていく。

(水足副会長)

先週まで県の健康づくり関係の会議があっているが、そこでもこれまでと同じ内容の話が挙がっている。この検討委員会は、県民の健康づくりの対策ではなく、医療費をいかに適正化するかが主の会議である。健康づくりに資する施策をやればやるほどお金はかかるのだが、どういことをやれば医療費を高騰させず、質のいい医療、色々なサービスを提供できるのかを話し合う場である。資料6、計画素案の46ページに記載されているが、この計画に記載する施策を行うことにより、どういう効果が生じたのかが重要である。

薬剤関係は健康に良くないので当然やらなければならないが、医療費の削減効果はそれほど無い。だが、県民の健康に対する意識を変えるためにも連携は大事である。一人で多くの病気を持っている患者や、特にがんの患者など高度な医療を受けなければならない患者は、熊本市内に来ることが多い。山鹿市にいる人間にとって、互いに紙でやり取りしていた時代とは違って、今、メディカルネットワークを使うと実際の写真やデータを即時に見ることができ、どのような薬を飲んでいるかなど全部分かる。これほど便利なツールはない。国がこのようなツールを作るのを待っていると間に合わない。今、現実的に使えるものを使うということは非常に大事である。

マイナンバー保険証についてもまだまだ進んでおらず、国は標準的な電子カルテを全医療機関に提供すると言っているが、おそらくできない、おそらく遅れるというのは当然と思っていることから、今使えるものを実際に使い、どう効率化するかが重要である。

また、医療DXは非常に大事だと思っているところ。特に田舎での高齢者の医療と介護は、在宅医療、在宅介護を一緒にやらないといけない。ICTを使い動画を互いに提供できるなど、そういうことをやらないとだめであり、スマホやタブレットを使って実際に現場ではやっている状況である。こういう取組みに対して、本当は国から補助があると効率的なサービスが提供できるということもあることから、お金をどう使うかということを検討委員会ではもっと話し合うべきではないかと思うところ。

(加藤会長)

6年間の計画になることから、委員の皆様からは、このような視点で少し絞り込んだ形での建設的意見を伺いたい。

(椿委員：熊本県歯科医師会)

資料2の第3期計画暫定評価について、目標には達していないけれども、矢印が右上がりになっているのでプラスになっており、これを見ると非常に頑張っているなという風に見えるのだが、本当に目標値を達成している項目はいいとして、目標値を達成していない項目もこの書き方だとどうなのかと思うのが一点。

我々歯科医師は、口腔内の健康は全身に影響しフレイル予防になると信じてやっているのだが、高齢者の医療費がこれだけ増加しているなかで、昔、杉並区とデンソーという会社の例を話したことがある。杉並区の例は、高齢者の医療費が赤字だったのだが、歯科検診を実施したことで黒字化したというもの。これをきちんと調べてくださいと言っていたのだが、歯科口腔検診の受診率が現状で1%台、令和11年度の目標で3%台というのはどうなのか。

高齢者の検診を増やそうと思えば、直接、受診券などを全ての後期高齢者に送付すればこのような数字にはならないと思われる。その辺を踏まえて、本当に受診率を向上させようという気が本当にあるのかどうか、ちょっと厳しい意見だがお尋ねしたい。

(国保・高齢者医療課)

後期高齢者の歯科口腔検診の受診率については、広域連合と連携し、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組みのなかで、少しでも改善できるよう問題点や課題などを検討しているところ。広域連合でもこの取組みは重要だと考えており、次期データヘルス計画に項目を盛り込む予定。委員の意見を踏まえて、一体的実施の取組みについて広域連合と連携し、協議を進めていきたいと考えている。

(椿委員)

杉並区では、手洗い場とは別にすべての小中学校に洗口台を作ったことでインフルエンザの罹患率が減ったという事例がある。医療費を下げたいのであれば、効果があった実例があることから、このあたりを参考にしてやっていただきたいと強くお願いしたい。

(中山委員：熊本県集団検診機関連絡会)

第4期計画における特定健診の実施率が70%という目標は大変厳しいものであり、市町村、検診機関の努力が必要であると実感しているところ。市町村も検診機関も検診の受診率を上げたいと思っており、どのような形であれば検診を受けやすいのか検討している。

また、みなし検診を受診率に考慮することなので、みなし検診の受診項目を把握したところで対応したいと考えている。

(林田委員：健康保険組合連合会熊本連合会)

椿委員が言われたように、高齢者の口腔対策は非常に大事だと思っているので、検診受診率の目標値はもっと上げていいのではないかという認識。歯科検診だけを単独で受けるのはなかなか難しいと思われることから、歯科医師や歯科衛生士を呼んで特定健診や特定保健指導などと一緒に実施するという体制が取れば、歯科口腔検診の受診率はもっと上がるのではないかという気がする。

また、がん検診の受診率について、精密検査になるとみんな受けると思うのだが、その前段階の検診も早期発見、早期治療という観点から重要だと思われる。最近、全国の20歳代から49歳代の乳がん及び子宮頸がんになる割合が高くなっているという記事を見た。熊本県の現状は分からないし、この計画とは別でいいのだが、熊本県もこのような現状に対応する施策を打ち出すといったような特色を出してもいいのではないかと思われる。

(渡辺委員：熊本県国民健康保険団体連合会)

計画素案の10ページに疾病別医療費の特徴が記載されているが、「人生100年くまもとコンソーシアム」に我々も参加しており、非常にいい取り組みだったと思っている。このうち、骨折、糖尿病については県の課題として計画に入っているが、2番目に医療費が高い精神・神経疾患が入っていないようである。計画に入っていないのであれば、非常にもったいないと思われる。

また、素案の34ページ、「望まない受動喫煙の機会を有する人の割合」について、他の項目の目標は0%だが、家庭だけ減少というのはどうかと思われる。

最後に37ページ、「健康増進事業における歯周病検診を実施している市町村数」について、45市町村が目標となっているが、これは現行の第3期計画の目標も45市町村であり、目標達成を令和10年度まで引き延ばすのか、目標年度を前倒しすることもあり得るのではないかと思われる。

(国保・高齢者医療課)

資料の10ページ、精神・神経疾患については、予防・健康づくりという観点での取り組みとして、睡眠に特化して令和3年度から今年度まで事業を進めているところ。ぐっすり眠れたかどうかということを計画の指標として盛り込むことは難しいが、モデル自治体として、大津町、益城町、あさぎり町などと睡眠を用いた保健指導ができないかと試みているところ。睡眠と生活習慣病の関連性もデータとして出てきているところなので、いただいた御意見を基に何らかの形で計画に盛り込むことができると考えているところ。

(健康づくり推進課)

資料34ページの目標値について、受動喫煙に係る家庭の指標は、次期計画から新しく盛り込む指標である。職場と飲食店の目標は0%、家庭は減少としているが、まずは公共の場と個人の場合に大きく分類して考えている。本来、受動喫煙はあるべきものではないことから、公共の場では極力受動喫煙を無くそうということで目標を0%としているが、家庭での喫煙は公共の場とは違い禁じることまでは難しいが、家族等への影響があるのは間違いがないことから、減少としている。成人の喫煙率も現計画での目標は減少としていたが、がんや循環器疾患等の状況も踏まえて、次期計画では全国と同じ率を設定したところ。職場や飲食店が目標に向けて進捗することにより、家庭の目標も進んでいくと考えられること、家庭での喫煙を禁じることは難しいことから、家庭での目標は減少としているところ。

37ページの歯周病検診について、市町村数は伸びてきているが、実施をしている市町村でも受診率は低い状況。椿委員からの意見にもあったとおり、歯周病は歯だけの問題ではなく、全身の生活習慣病の元となる杞憂すべき疾患だと考えており、歯科保健健診でも国民皆歯科検診とい

う目的を掲げ、歯周病検診の実施を進めていくことにしている。

県においても、計画とは直接関係はないが、昨年度から口腔支援センターを設置し、県歯科医師会にも協力いただき、医師と歯科衛生士の2名体制で市町村の検診に対する助言等を進めているところ。現在は乳幼児に特化した取組みではあるが、次期計画では歯周病対策が重要と位置付けていることから、第3期計画で目標を達成できなかったことから45市町村での歯周病検診の実施という目標は据え置きになるが、受診率の向上についても次期計画のできるだけ早い時期に達成できるよう取り組んでいきたいと考えているところ。

(緒方委員：熊本県町村会)

計画について、全体的には分かりやすい内容になっていると思われる。

資料46ページに医療費の見通しの記載があり、年度ごとに効果額が示されているが、実績が年度ごとに検証できるのであれば、今後、報告していただきたい。

(池田委員：熊本県健康福祉部)

加藤会長が最初におっしゃった「効率」という言葉、資料では30ページの「医療の効率的な提供の推進」という部分。水足委員が言われたとおり、医療は質と費用のバランスを取るのは非常に難しいところがある。効率的という意味について、どこに効率というものを求めているのか、30ページには5項目の記載があるが、まとまりが少し欠けているような感じを受けた。通常、医療を提供する側から効率は考えがちだが、例えば、訪問診療など受ける側からすれば非常に効率的なところもあることから、もう少し整理すれば分かりやすいという印象を受けた。

(岩下委員：熊本県市町村保健師協議会)

特定健診の受診率について、足元値から現在まで8%しか伸びていない。自治体、健診機関も頑張っているが伸び悩んでいるところ。今年度からみなし検診を導入し県下一斉に取り組み評価していくことになるが、目標値の70%にどれだけ近づけるのかについて、計画の目標値はこれでいいと思うが、中身については今までにない施策を打ち出すなど、工夫をしていかないと受診率はなかなか上がらないという感想。

先ほど渡辺委員の発言にもあったが、素案の10ページ、精神・神経疾患については全国3位と非常に高い状況なので、取り組むべき施策等に入れたらどうかと思われる。本計画の柱に該当しなければ難しいと思うが、医療費が高い疾患になるので検討していただければと思う。

(廣田委員：熊本県老人クラブ連合会)

各老人会において、健診を受けようという取組みは行っている。「寝たきりにならない、入院しない。」ということを中心に、健康寿命を延ばそうと各市町村の老人会と取り組んでいる。検診も大事だが、歯の寿命も重要ということも心掛けている。

高齢化社会になり、健康寿命を延ばすことが医療費を安くすることにもつながるのではないかと考えているところ。

(水足副会長)

地域ごとに課題は違うと思われるので、県で注視していただきたい。また、熊本市がかなり医療費を使っている現状があるので、熊本市との連携は重要である。熊本市との連携を取っていただければより効率的な医療の提供ができるのではないかとと思われる。私はかかりつけ医、総合診療の内科医であるが、患者がどこの医療機関にかかり、どのような処方を貰っていたかを把握するようにしており、そうしないとかかりつけ医とは言えない。そうやって薬を適切にケアしていく。

整形外科の実態ではないが、痛み止めをものすごく出している。胃薬も一緒に出している。高齢者にこんなに出してはいけないと本当は言いたいのだが言えないので、検査データをプリントアウトして整形の先生に見せなさいと言っている。情報の共有化はすごく大事であるから、そういうことに取り組むところを進んで使っていただければありがたい。

検診を受けない人は、かかりつけの先生のところで行っているからという人が多いので、そのデータを吸い上げるような仕組みも行ってもらえればありがたい。

人生の最後をどう迎えるかだが、高齢になればなるほど外来で検査をしない。85歳を過ぎているから内視鏡はいいですとか、エコーはいいですとか、胸の写真と撮ることさえされず、年に1、2回でいいですという人も多い。毎年どうスケジュールを組んでこういう方を管理していくとかどう見ていくかというのをチェックしなければいけないし、いろんな疾患に対するガイドラインがある。ガイドラインを踏み外していると、訴訟になった際に必ず負ける。だから、必ず検査を受けましょうということを書いていないとそのような指導をしたという事実にならないので、裁判で必ず負けることになる。この辺りの情報をかかりつけの先生方へ提供しなければならぬと医師会としては思っている。かかりつけ医の質を上げるための研修会等も進めていきたい。

(加藤会長)

計画期間の6年間で経済格差が県民の中で出てくるような予感がしている。また、地域格差。人吉球磨郡の経済的な地盤低下が相対的に生じる中で、本当は病院に行きたいが行けないような社会的弱者が出てきて、重症化してしまつて医療費がかかるということもあると思われる。計画の中に記載できるかは分からないが、熊本県の現状として、今後、社会格差、経済格差、医療格差が広がる可能性があるので、地域格差も踏まえて対応するというような内容が入るといいのではないかとと思われる。

(水足副会長)

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を進めようというのは分かっているが、医局の中で問題になっているのは、難病の方で神経内科の専門医が良くなると信じているのに、看護師が勝手にそういう活動をしてもらうと困るとはっきり言う先生もいる。どう最後を迎えるか、見取りのことをもっと真剣に話し合うことを検討していただければありがたい。自分がどのような最後を迎えたいかということは、本当に大事な個人の考えなので、それを変に死期を早める、誘導するようなACPの活動は問題があると思うので、考えていただければありがたい。

(加藤会長)

見取りの医療はかなり高額になる。人生の医療費のほとんどは、人生の末期、死ぬ直前に使うと聞いたことがあるので、この考え方は大事である。

(国保・高齢者医療課)

資料2の第3期計画暫定評価についていただいた御意見について、あくまで分かりやすいように矢印を付けている。保健予防事業、健康づくりというものは、実績が数値に表れにくいものであり、少しでも数値が上がっている、改善に努めているということを少しは評価したいという思いで矢印を付けている。目標達成まで努力をする所存なので御理解いただきたい。

(加藤会長)

第3期計画については、承認いただいてよろしいでしょうか。(委員からの異議無し)

第4期計画については、まだ素案の段階であり、委員の皆様の御意見を事務局で取りまとめてもらう。追加の意見等があれば、お手元の様式をFAX等で事務局に送っていただきたい。

5 閉会挨拶

(浦田課長)

本日は、丁寧に審議いただきありがとうございました。第3期計画の暫定評価については、御承諾いただいたということで国に報告させていただきます。

第4期計画については、本日いただいた御意見を踏まえて整理いたします。追加で御意見がある場合は、11月24日までに事務局へ連絡をお願いいたします。

これで本日の委員会を閉会いたします。ありがとうございました。