

平成26年度第1回京都市国民健康保険運営協議会質疑応答

折坂会長

それでは、御質問、御意見等がございましたらお願いします。

宇野委員

高齢者と普段から接する機会が多く、現場での問題点を見てきている。後発医薬品は医療費の削減になるのは理解できるが、薬局において薬剤師から薬の説明を受ける際に、後発という言葉だけで今の薬よりも劣るのではないかと理解され、自発的に中々変更されない。さらに、これまで使用している薬を変えることに抵抗感があり、今までと同じ薬を使われている方がほとんどである。薬の説明について掛かり付けの医師から説明を受けると信頼されると感じる。ジェネリック医薬品を使うことで京都市全体では多額の効果が出るが、高齢者の方が実際支払う窓口負担が少額であるため、薬局で効能等が同じである説明をされても中々変更されない。

次に特定健診について、今はプライバシーの問題で集団の場で実施することに抵抗が出てきている。そのため、掛かり付けの医師から健診の実施を説明していただくと受けやすくなる。集団の会場での実施は今後、画期的に増えることは考えにくい。地域におられる開業医の医師が普段から見守ってもらえると安心する。何かあった時には大病院も紹介してもらえ。高齢者は毎日のように病院を受診しておられ、実際には通院している専門分野のみを受診しているのだが、通院により全てを診断してもらっているとっておられる傾向があることから、健診を受ける意識が低い。

また、特定健診を受けられた方で、少し異常値であったため、その後、役所から頻繁に健康指導の利用を促す連絡があり不快であったということも聞いている。指導についても知らない人からより信頼される医師から言われたら理解されるのではないか。

保険年金課長

後発医薬品差額通知は、昨年度から実施しており、特に後発医薬品に切り替えた場合に効果が大きい方へ通知している。

「後発」という言葉だけで利用が控えられているということであるため、今後の普及のために広報のやり方について検討していきたい。

特定保健指導は、健診を受けられた方で腹囲が一定基準を超え、かつ血糖値、血圧、脂質が一定数値を超えられた方に対して行っている。

新聞等でも報道されていたが、腹囲等については人間ドック学会等により人間ドックにおける適正値の見直しの動きがある。

こういった動向も踏まえて今後検討していきたい。貴重な意見をいただきありがたい。

折坂会長

後発医薬品については、普段処方されている医師の方から意見をいただきたい。

城守委員

宇野委員の意見を聞いて、医師と患者との信頼関係は非常に大きいものがあると実感した。

少し前は、後発医薬品は効果や効能、副作用等に関して問題も多かった。近年、厚労省の指導もあり、効能については先発医薬品と変わらない

状況となってきた。薬の効能等に若干の差はあるものもあるが、医師も後発医薬品への偏見は徐々に減少してきている。若い医師や色々な文献等を勉強している医師等においてはジェネリックを理解してきているが、昔のイメージをまだもっておられる医師もいるかもしれない。

医師会としても、ジェネリックを普及させていきたい。

特定健診については、市民健診から制度が変わり、行政から委託を受けて行っている。保健指導は行政から指導することになっているので、システム上の問題である。担当の医師からの指導は難しい。気になる場合は掛かり付け医に個別の健診を相談していただければいいかと思う。

医師はそれぞれ専門分野があるが、特殊な医師を除き、全体的な知識を習得する場として研修会を行っている。自分で対応できなければ、他の専門の医師を紹介できるシステムとしている。健診もこれと融合できればいいかと思う。

松井委員 昔、医師会では、後発医薬品について先発医薬品と主成分は一緒だが、全てが一緒ではなく、安全性が約束されている薬ではなかったため、医師としては勧められない立場であった。近年、経験的に徐々に理解が変わってきている。同じ後発医薬品でも勧められるもの、そうでないものがわかってきている。

患者によって使用できるかどうか異なり個別に判断しているため、薬局から説明を受けたら医師に相談をしていただきたい。

掛かり付け医をもつていただくことが大事であり、特定健診は毎年受けていただきたい。

折坂会長 京都市ではどの程度の医療機関で健診を受けることが可能か。

木村部長 医師会に加盟している827医療機関と契約している。もし、掛かり付け医がおられるなら一度相談いただきたい。

牧委員 3点程お聞きしたい。

本編P22の「②京都市国民健康保険事業会計の負担状況」について括弧書きに記載している一部負担金は上段の総医療費には入っていないのか。

田中補佐 総医療費1,185億円の中には、被保険者の方が窓口で支払う一部負担金が含まれている。保険者が支払った金額は981億円でその差額が一部負担金である。

牧委員 P29に最高限度額の改定を行ってもなお、中間所得者層の被保険者の負担は大きなものとなっているとある。一方、P11の高額介護合算の見直しにおいて、所得が600万円を超えたとたんに限度額が倍以上に上がっている。中間所得者層の負担が大きいというのは、こういうことを指しているのか。または、所得によってこんなに負担の差がでるのはなぜか。

本編P10 高額医療費の限度額見直しにおいて、所得600万円と600万円超では、限度額にかなりの差があると感じるがその説明をしていただきたい。

田中 補佐 P29の限度額は、保険料の最高限度額のことを説明しており、P10は窓口でご負担いただく一部負担金の限度額であり、別のものである。

限度額については、国の方で区分割がされており、検証がなされた金額である。たしかに所得区分により負担に差が生じているが、負担能力に応じて負担をいただくといった意味で大なり小なり差が出てしまう。区分割については、国が制度で決定しているものである。制度としてどこかで区切りをつけないといけないのでご了承いただきたい

折坂 会長 たしかに格差は大きいですが、国が決めたことであるため、京都市として対処する方法がない。

牧 委員 本市国保累積収支状況について、平成25年度において5億円の黒字であるが、実質的には8億円の赤字であるという、この解釈は一般の方は理解できないのではないかと。過払い分は預かり金等の処理をすればこのような表記にならず分かり易いのではないかと。

高木 局長 自治体の会計制度上の問題である。一般的に自治体は、現金会計主義である。企業会計の複式簿記では負債として処理されるためこのような表記にはならないが、現金会計の場合は収入があればそのまま計上されてしまう。

今井 委員 都道府県単位化について、京都市としては、医療保険制度の一本化への第一歩であると評価されている。

一番気になるのは保険料が実際どうなるのか見えにくい。都道府県単位化すれば平均的な保険料に近づいていくと思うが、保険料の格差が自治体間である中で、府内の保険料が低いところは高くなることになるのではないかと。国として分賦金方式等も検討されているが、京都市としてどのように考えているか。

また、先日新聞報道でレセプトの二次審査について報道されていた。

京都市の二次審査の実態はどのようになっているか。

折坂 会長 国が27年の通常国会への法案提出に向けて制度改正を進めており、情報があまりない中で制度が変わることだけが取りざたされ心配をしている。国へなんらかの働きかけをしていく必要があるのではないかと。

松田 部長 京都市が望む一本化は、全ての国民が同じ保険に加入し、均一の保険料で、均一の医療を受けるのが理想の形であると考えている。それに向かったのステップとして認識している。都道府県単位化をするに当たって、多額の赤字や一般会計からの繰入金等の問題についてどのように解決するのかということ等を、現在、国と地方で協議している状況である。

本日の新聞報道でもあるように中間とりまとめの案として、分賦金方式や財政安定化基金の創設等の話も出ているが、不確定な状況である。

一方歳出面においては、30万円以上のレセプトについて各自治体がお金を拠出し京都府全体で運営している再保険事業を行っている。これについては、平成27年度から1円以上の全てのレセプトが対象となっている。歳出が平準化されると保険料の格差も縮小するのではないかと考えている。

いずれにせよ、広域化を進めていくためには、赤字や一般会計繰入金の問題を解決するため、国の財政措置が必要になってくる。税と社会保障の一体改革で決定された2,200億円の公費投入のうち、先送りされた保険者支援分の拡充に係る1,700億円の公費投入については、早期に実施するよう要望していく。さらに上乘せをして公費投入をしてもらい、財政赤字や一般会計繰入金の問題を解消し、スムーズに移行していけるよう要望している。

柴田課長

朝日新聞において報道された件について、レセプトの一次審査と二次審査の概要について、国民健康保険法に基づいて、保険者が審査、支払事務を国保連合会に委託をしている。

審査については、ある月の支払いを行う前に医療機関単位で審査するのが一次審査である。

二次審査は任意で行うものであり、支払の後に保険者が行う。同一人のレセプトを数ヶ月にわたって点検をする。単月のレセプトでは中々わからない不適切な支払を発見するような点検である。

報道にあるような手数料の二重取りにはならないと考えている。

また、直営で実施していた時から経費削減も図られている。