

第2回埼玉県後期高齢者医療懇話会

平成29年10月31日

埼玉県後期高齢者医療広域連合

平成29年度第2回埼玉県後期高齢者医療懇話会

1. 日 時 平成29年10月31日（火）午後2時から午後4時
2. 場 所 浦和コミュニティセンター 第13集会室
3. 出席者（委員）
 - 石川稔会長、伊関友伸副会長、
 - 久保田武志委員、石川雅昭委員、山内寛委員、
 - 田中孝之委員、吉沢晴光委員、浅水英雄委員、
 - 小杉国武委員、金子伸行委員、桑島修委員、柴田潤一郎委員（事務局）
 - 沢辺事務局長、森田事務局次長兼総務課長、碓井事務局次長兼保険料課長、
 - 森田給付課長、野島総務課主席主査、川邊総務課主席主査、
 - 笠原保険料課主幹、松本保険料課主席主査、
 - 鈴木給付課主幹、新井給付課主席主査、長谷部総務課主査、中澤総務課主任（オブザーバー）
 - 埼玉県保健医療部：井部国保医療課長、武澤国保医療課主幹
4. 次 第
 - （1）開 会
 - （2）会長挨拶
 - （3）議 題
 - （ア）平成30・31年度保険料率改定について
 - （イ）保健事業実施計画（データヘルス計画）の改定について
 - （ウ）その他
 - （4）閉 会

開会 午後2時00分

- ・開会
- ・前回欠席委員の自己紹介
- ・オブザーバーの紹介
- ・会長挨拶

○**会長** それでは、懇話会設置要綱第6条第1項の規定に基づきまして、議長を務めさせていただきます。

まず、本日の傍聴者はいらっしゃいますか。

○**総務課長** 今のところ、傍聴はございません。

○**会長** 分かりました。

それでは、ただいまから平成29年度第2回埼玉県後期高齢者医療懇話会を開催いたします。

本日の会議録につきまして、後日署名をいただきたいと存じますが、署名委員といたしまして、恐縮でございますが、坂戸市からお見えになっております山内委員と、先ほどご挨拶いただきましたさいたま市の田中委員、2人の委員にお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いをいたします。

続きまして、次第に従いまして議事を進めてまいります。

議題（1）平成30・31年度保険料率改定について、まず事務局から説明をお願いいたします。

○**事務局次長兼保険料課長** 事務局次長兼保険料課長の確井でございます。

平成30・31年度の保険料率改定について説明させていただきます。

恐縮ですが、着座にて失礼いたします。

それでは、お手元の資料ナンバー1、保険料率の改定についての1ページをご覧ください。

改定案を検討いただくに当たり、保険料の基本原則につきましてご説明申し上げます。

まず1点目は、保険料は個人単位で、被保険者1人1人に賦課されます。したがって、専業主婦の方のように、これまで被用者保険の被扶養者として保険料を納める必要のなかった方も、75歳になると被保険者になり、保険料を納めていただくこととなります。

2点目は、保険料は、受益に応じて全員が等しく負担していただく均等割と、所得に応じて負担していただく所得割を合わせた額となります。現在の均等割は4万2,070円、所

得割率は8.34%です。

3点目は、均等割と所得割の割合は50対50が原則です。しかし、1人当たりの平均所得が全国平均より2割ほど高い埼玉県では、おおむね46対54となっております。これは国から交付される調整交付金が広域連合の被保険者の所得水準に基づいて減額されてしまうことから、その分所得割と賦課総額が多くなるためです。

4点目は、保険料率は2年ごとに改定することになっています。つまり、2年間の財政収支の均衡を保つことができるよう、2年ごとに費用と収支の総額を見込んで算定し、決定いたします。

平成29年度は、次期平成30・31年度の保険料率を改定する年度となっております。このため、今回改定についてご意見を伺うものです。

2ページをご覧ください。

保険料率の改定状況ですが、制度開始の平成20年度からこれまでの推移を表にまとめてございます。表にありますように、制度開始時の平成20・21年度の均等割額は4万2,530円、所得割率は7.96%、保険料軽減後の1人当たり保険料額は7万5,220円でした。

なお表には、軽減前1人当たり保険料額と軽減後1人当たり保険料額という記載がありますが、後期高齢者医療制度では所得の少ない方などについては無理なく保険料を負担していただくために軽減措置が設けられておりますので、その軽減措置を適用した実負担額ベースの平均保険料額が軽減後、軽減措置を適用する前の保険料額が軽減前でございます。

次に、表の右端の平成28・29年度の欄をご覧くださいと思います。

平成28・29年度の均等割は4万2,070円、所得割率は8.34%、軽減後1人当たりの保険料額は7万4,021円となっております。

また、この中間の改定時の保険料率につきましても、ほぼ同程度の水準となっております。

このように、これまでの改定では、被保険者の生活に配慮し、おおむね制度発足時の保険料水準を維持してきているところでございます。なお、平成22・23年度の保険料につきましては、その当時、後期高齢者医療制度そのものの廃止が議論されていたため、剰余金を全額活用して保険料率を引き下げておりますが、その後の改定においては、剰余金の活用は保険料の上昇抑制にとどめ、残った剰余金は次回の保険料率改定時の財源として活用することを基本に保険料率の改定を行っております。

また、※印のところに記載しておりますように、平成28・29年度の欄の括弧書きにつきましては、平成29年8月現在の保険料額となっております。

表の下の図は、これらの保険料改定の推移をイメージ化したものでございますので、ご

覧ください。

次に、3ページをご覧ください。

次期保険料率の改定についてですが、まず保険料率を増減させる主な要因についてご説明申し上げます。

医療給付費につきましては、被保険者の増加などにより年々増加しております。1人当たり給付費につきましても、平成28年度は若干下がっておりますが、29年度は増加する見込みであり、30・31年度も若干の増加を見込んでおります。

4ページをご覧ください。

後期高齢者負担率は、高齢化の進展により徐々に上昇しております。後期高齢者負担率は若年世代との公平を図るために、高齢者が保険料で負担すべき割合として国が提示するもので、負担率が上昇するとその分被保険者の保険料負担が増加します。

その他の要因として、診療報酬改定、保険料軽減特例の段階的縮小廃止、賦課限度額の見直しが考えられます。診療報酬は2年ごとに見直され、平成30年度から適用される診療報酬が今年度決定されますが、現時点で改定状況は不明です。そのため、今回の試算では診療報酬の改定による影響は見込んでおりません。

次に、保険料軽減特例ですが、これは政令で定めた軽減制度とは別に、制度発足時に低所得者と元被扶養者について国が予算措置によって軽減を上乗せする特例を設け、現在まで継続しているものです。国は、この特例の一部を平成29年度から激変緩和措置を講じながら縮小・廃止し、本来の軽減制度に戻すこととしております。そのため、今回は平成30・31年度に実施される軽減特例の見直しを反映して試算しております。

軽減特例措置の見直しについては、図にありますように、平成29年度に低所得者について所得割を2割軽減していた特例措置が平成30年度からは廃止され、軽減なしとなります。

また、元被扶養者については、平成29年度は所得割が7割軽減となっておりますが、平成30年度は軽減率が5割に縮小され、平成31年度以降は特例措置が廃止され、本来の軽減制度に定められた後期高齢者医療の資格取得後2年間に限り5割軽減となります。

なお、元被扶養者でも低所得者の要件に該当する方は、低所得者の特例軽減が適用されますので、元被扶養者の軽減特例が廃止されても引き続き保険料が9割ないし8.5割に軽減される方もいます。

次に、賦課限度額でございますが、これは高額所得者の保険料負担の上限を定めたものです。前々回の改定時には55万から57万に引き上げられましたが、現時点では見直しが行われるかどうかは不明です。そのため、今回は現行の限度額57万円を用いて試算しております。

次に、5ページをご覧ください。

医療給付費の増加や後期高齢者負担率の引上げにより保険料率はどうしても上昇してしまいますが、上昇を抑制するために活用できる財源として、保険給付費支払基金、いわゆる剰余金と財政安定化基金があります。

まずアの保険給付費支払基金は、これまでの剰余金を基金として積み立ててきたものですが、平成29年度末で約163億円となる見込みです。先ほど説明しましたようにこれまでの改定におきましては、保険料の引下げや上昇抑制のため、剰余金を活用してまいりました。22・23年度改定では、21年度末の残高90億円のうち89億円を、24・25年度改定では85億円のうち75億円を、26・27年度改定では82億円のうち67億円を、28・29年度改定では156億円のうち90億円をそれぞれ活用してまいりました。

次に、イの財政安定化基金ですが、これは医療費の急激な増加や保険料収納率の悪化による財源不足等に備え、県に設置された基金です。毎年度国、県、広域連合が3分の1ずつ資金を拠出してきております。平成28年度以降は新たな積み増しをしておらず、平成29年度末で残高は約99億円の見込みです。この基金は本来、リスクに備え財政の安定化を図るために設置されたものですが、平成22年度の法改正により保険料の増加抑制のために活用することが可能となりました。この基金を活用する場合は国、県との協議が必要ですが、埼玉県広域連合ではこれまで活用実績はございません。

次に、6ページをご覧ください。

後期高齢者医療給付に係る費用は、下の図にありますように、約5割が公費負担、約4割が現役世代からの支援金、残りの1割が被保険者にご負担いただく保険料によって賄われています。

平成30年度と31年度に必要な費用は1兆4,814億円と見込まれますが、公費負担6,844億円と現役世代からの支援金6,156億円などを差し引いた1,783億円を保険料で賄う必要がございます。

医療給付費等が増加する中、保険料だけで賄う場合には、保険料が上昇してしまいます。保険料の上昇抑制、低減を図るため、先ほど説明いたしました保険給付費支払基金、いわゆる剰余金をどこまで活用するのか検討していく必要があります。

この後試算しました結果を説明申し上げますが、高齢者の生活への配慮と後期高齢者医療制度の維持の二つの視点からご検討いただければと考えております。

次に、7ページをご覧ください。

平成30・31年度の保険料率改定の試算結果を表にしたものでございます。先ほど説明しましたように、平成30・31年度に必要となる費用のうち、1,783億円を保険料と上昇抑制

財源で賄う必要があります。

表は、上昇抑制財源をどれくらい活用すれば保険料率がどのくらいになるかケース別に示したものです。それぞれのケース別に一番左の現行の保険料率改定時に見込んだ1人当たり保険料額との比較が示してあります。

まず、剰余金等を活用しないケース1では、均等割額は現行より2,870円増の4万4,940円、所得割率は0.39ポイント増の8.73%となり、1人当たりの保険料額は、現行改定時に見込んだ保険料額と比較して軽減前が5,032円増の9万7,501円、軽減後が5,735円増の7万9,756円となります。

次に、剰余金全額163億円を活用したケース2では、均等割額は現行より1,240円減の4万830円、所得割率は0.55ポイント減の7.79%となり、1人当たり保険料額は軽減前が3,818円減の8万8,651円、軽減後が1,493円減の7万2,528円となります。

軽減後の保険料額が現行並みとなるケース3では、均等割額は現行より430円減の4万1,640円、所得割率は0.37ポイント減の7.97%となり、1人当たり保険料額は軽減前が2,090円減の9万379円、軽減後が85円減の7万3,936円となります。

次に、均等割額が現行と同額となるケース4では、均等割額は現行と同じ4万2,070円、所得割率は現行より0.27ポイント減の8.07%、1人当たり保険料額は軽減前が1,152円減の9万1,317円、軽減後が681円増の7万4,702円となります。

最後に、軽減前の保険料額が現行並みとなるケース5では、均等割額は現行より530円増の4万2,600円、所得割率は0.15ポイント減の8.19%となり、1人当たり保険料額は軽減前が15円減の9万2,454円、軽減後が1,611円増の7万5,632円となります。

以上のように、今回は剰余金を活用することにより保険料の増加を抑制することができます。財政安定化基金につきましては、保険料率の増加の抑制を図るためには活用できませんが、保険料の引下げには活用できませんので、今回は財政安定化基金の活用は想定しておりません。

次に、折りたたんでありますA3版の8ページをご覧ください。

これは、これまで説明した内容につきまして、具体的な数値などを入れて表にしたもので、上半分の(1)と(2)の部分は30年度と31年度に見込まれる費用額と収入額を示したものです。

(2)の図の網かけ部分の1,783億円が保険料と上昇抑制財源で賄う必要がある費用額になります。

(3)は上昇抑制財源をどれくらい活用すれば保険料率がどのくらいになるかケース別に示したものでございます。

ケース1の場合では、保険料の賦課総額は保険料収納必要額1,783億円を予定保険料収納率99.24%で割り戻すことによって、1,797億円となります。本来、賦課総額と収納必要額は一致すべきですが、残念ながら実際の収納額を見込む必要がありますので、最近3年間の平均の収納率99.24%を予定保険料収納率としております。この賦課総額1,797億円を先ほど説明いたしました均等割の総額と所得割総額との比率およそ46対54によって按分しますと、均等割総額が約827億円、所得割総額が約970億円となりますので、これに基づき均等割額等を試算しております。

以下は、ケースごとに同様に整理したものでございます。

最後に、9ページをご覧ください。

5の今後想定される変更点等ですが、今回お示しした保険料の試算結果は、12月下旬に国から提示される予定の保険料算定に必要な係数の確定値をもって再計算をいたしますので、今日お示しした数値に若干の変動が見込まれます。

6の今後の改定スケジュールでございますが、資料では11月下旬となっておりますが、今の予定では12月上旬に第3回の懇話会を開催して、今日の会議で検討し切れなかった論点について、協議をお願いしたいと考えております。

年明けに予定しております第4回の懇話会で国から示された係数等を使った第2回目の試算結果をお示しし、協議いただくとともに、懇話会の提言を取りまとめていただきます。その後、提言に基づいた保険料率改定案を県知事に協議し、同意いただいたものを2月上旬の広域連合議会に提案する予定でございます。

以上で説明を終わらせていただきます。よろしくお願いたします。

○会長 ありがとうございます。

たくさんのボリュームのある内容で、初めてお聞きになるような言葉もたくさんあって、分かりづらい点もあったかとは思いますが、まず、どんなことでも結構でございます。今の改定につきましてご説明いただいた点で、ご意見であるとか、ご質問であるとか、ご不明な点とかございましたら挙手をしてご発言をいただければと思います。よろしくお願いたします。

○副会長 今、一般論というか、恐らく今回のその保険料率は何とかなると思うんですけども、これからいわゆる団塊の世代と呼ばれている第一次ベビーブーム世代、昭和22年から24年生まれの層が物すごく埼玉県は多いんですけども、この方々が75歳の後期高齢者になる2025年とよく言われているんですけども、ちょっと前の2023年辺りから本当にこの後期高齢者の医療費は厳しくなってくるだろうなという感じはしています。

正直、できるだけ被保険者、高齢の皆様方の保険料は低いに越したことはないんですけど

れども、現役世代のその負担も相当数ありまして、今日も組合健保と協会けんぽの方、来られておられますけれども、大体医療費で負担する44%が組合健保さんは後期高齢者、協会けんぽさんが4割ぐらい、この辺が現役世代でもう既に負担されておられるんですね。これ以上その医療費等がやっぱり上がってくるのは確実な中で、現役世代の負担も非常に厳しくなってくる。そういうものも含めて、じゃ診療報酬はどうかというと、これも厳しくて、今日医師会の方いらっしゃいませんけれども、歯科医師会、薬剤師会それぞれ診療報酬のほうは抑制というのが厳しくなっていて、病院もかなり潰れるような状態だと。埼玉県内でも厚生連の久喜厚生連ですとか、熊谷厚生連が経営破綻して破産になっています。こういうような医療現場も非常に診療報酬が抑制の中で厳しい状況と。そういう中でトータルで見たそのいわゆる負担のあり方についてどう考えるのかということについて議論をいただくということが必要なのかなとは思いますが。当然、高齢の方のその生活を考えますと、なかなか上げるとか、いわゆる大幅に上げることは恐らくできないと思うんですけども、大幅に下げるとも厳しいだろうなと。前回のを参考にしながらどの程度の水準にしていくかというのはまた会議の中で議論をしていくべきかなというふうに考えております。

○会長 ありがとうございます。

伊関副会長からは方向性というか、大局的な立場でのご発言で、一応これはご意見ということですのでよろしいですね。

○副会長 はい。

○会長 ほかにご発言ございますか。遠慮なくどうぞお願いいたします。

桑島委員、お願いします。

○委員 健康保険組合連合会の桑島と申します。

今の先生のほうの発言の裏づけではないんですが、やはり現役世代の代表としては一言言っておかなければいけないのかなという状況がございますので、お話を申し上げたいところでございます。

やはり今第1議題のこの保険料率、やはりなかなか上げるということを単純に決めるというのは非常に難しいことだろうと思っております。ただ現状が先ほどの先生のお話、あるいは資料にもお示しをされていますとおり、現役世代の相当部分の保険料が上がっております。現在の健康保険組合も全国に1,700組合ほどございます。中には、その高齢者医療への納付金、支援金ということで、自分たちの健保組合が集めた保険料の半分以上、あるいは最高のところだと8割を超える保険料をそのまま納付をせざるを得ないという組合も、正直出ております。埼玉県内におきましても、実は30健康保険組合、現在所在をし

ております。やはり健保財政というのは毎年毎年単年度で会計をまとめていかなければならないという仕掛けになってございますので、毎年この自分たちの健康保険組合の保険料率を決めるところの第1の議題は、まずは高齢者への納付金が幾らになるんだ、それで自分たちの保健事業をどうするんだという、正直いい時代から言いますと逆転現象と申しますか、昔は健康保険組合というのは、隣に柴田支部長がいらっしゃいます。今の協会けんぽよりもやはり保健事業等が進んだ組織であったというところだったんですけれども、今は、完全にこの支援金のために保健事業すらできないという事態に至っております。

実は、この埼玉県内でもこの5年間で既に8健康保険組合が姿を消しています。姿を消しているというのは、その事業体がなくなってしまうわけではなく、健康保険組合が解散等をして協会けんぽへ移るといふ仕掛けなんですけれども、そういうことでも、正直もう現役世代、これ以上の負担というものは本当に非常に厳しい事態に至っております。先生も先ほど言われたとおり、今回はまだいいのかなという感じは、正直私も持っております。ただこの後、またさらに数年後というところを考えますと、本当に今いろんな意見を聞かせて決めていかなければいけない重要な時期なんだろうなというふうに思っております。ちょっと現状把握ということで、意見という形で申し上げさせていただきます。

○会長 ありがとうございます。

では、これも意見ということで、本当に大変厳しい健保組合さんの台所事情というのが分かったかなと思います。ありがとうございます。

ほかに何かございますでしょうか、お願いいたします。

では、小杉委員、お願いします。

○委員 歯科医師会の小杉でございます。

8ページですけれども、最終的には、私も何回かこの2年ごとの保険料改定には携わらせていただいております。毎回やっぱり非常に感じる場所ですけれども、保険料の収納率ってものの99.24%、非常に高いんです。これはうちの業界なんかはもうちょっと低いんですけれども、多分年金から自動的に徴収しているということで高いんだと思いますけれども、それでも0.76%の方は未収でございます。多分金額とするとやっぱりそれでも何億円かの金額になると思うんですけれども、そのしっかりと納入されている方がこの0.76%の方の分まで負担しなければいけないという、こういうシステムが毎回私も非常に不思議に思えてならないんですけれども、やはりこの辺はどうかならないものでしょうか。

○会長 ありがとうございます。

今の点について、いわゆるその徴収率99.24%ということで、非常に高いですね、ほ

かの保険と比べて。それはいいこと、褒められるべきことでありますけれども、やはりその中でも0.76%が納めていないということ、こういうことに対するその広域連合としての対策というんですか、どんな状況かというのはご説明いただけますか。

○事務局次長兼保険料課長 広域連合の対策でございますけれども、市町村が保険料の収納のほうは担当しておりますので、各市町村のほうできめ細かな対応をしております。例えば短期被保険者証ということで、滞納を長くしている方などに期間の短い被保険者証を発行いたします。それを小まめに発行することによりまして、その期限が到来するときに窓口でそれを持った方が見えますので、そのときに収納についてご相談をさせていただき、今後どうしていくというようなことをきめ細かに対応させていただいております。

それから、収納率につきましては、埼玉県はこれでも全国よりも若干低目になっておりますが、毎年市町村の方のご尽力もありまして、若干でございますが収納率は上向いているところでございます。今年は収納対策といたしまして、市町村の職員に対し研修を開催させていただきまして、それぞれの市町村の職員の技術の向上というようなところで役立てていただけるように工夫をしております。

今後も収納につきましては厳しくなってくると思われますけれども、これ以上下がらないように、上向くようにしてまいりたいと思っております。

○会長 では、引き続きお願いします。

○委員 収納に対する努力、よく分かっておりまして、短期被保険者証とかそういうのを出しているのをよくわかっておりますけれども、なぜこの99.24%の人が全額の保険料をその人たちで割らなきゃいけないのかというところがちょっと不思議だなと思ひまして、何かほかに方法がないのかなというふうに考えたもので、ご発言させていただきました。

○会長 ありがとうございます。

いずれにいたしましても、被保険者の方々に支払うだけの能力のある方からは確実に納めていただくと。納める能力のない方については適正な減免をすることで対応するというものですから、やっぱり負担の公平を保つためにも、あるのに払わないということはあってはいけないことなので、さらに100%になるようにご努力いただくということで、ぜひよろしくお願ひしたいと思ひます。

ほかにございますか。ご意見、ご質問、あるいは不明な点、何でも結構でございます。

では、山内委員、お願いします。

○委員 坂戸市の山内と申します。大変お世話になります。

ただいまの会長さんのお話を聞いていまして、公費からが5割と、それから現役世代が4割と、それで1割が保険料ということで、申し訳ありませんけれども、ここに並んでい

る我々のために拠出していただきまして、大変ありがとうございます。我々もこんなに恩恵を受けているということを現実には市役所から来るパンフレットですね、あれを見ると、理解はしていたんですけども、現実にはその要するにバックとしての大変さは8割になるということで、私もこの委員になりましたら、できるだけ後期高齢者の保険料を安くするようにひとつ頑張ってきてもらいたいということを聞くんですけども、その前にやはりこれだけの保険料を支払っているんだと、そしてその構成はどうなっているかというのはPRも非常に大切だろうというふうに考えます。

それで、それは私の感想ですけども、今度はちょっと初歩的な質問ですけども、2ページの軽減のところ、軽減前ということであるんですけども、現状の報告というもので前回のやつも読んでみたんですけども、軽減のところがちよっと理解できないんですけども、軽減というのは低所得者だとか、それから被扶養者だとかということで、その辺は理解できるんですが、これは普通の低所得者ではなく、あるいは3割負担の方にも適用されるということですか。

○会長 事務局、よろしいですか。

○事務局次長兼保険料課長 3割負担の現役並み所得の方には軽減措置はございません。一定の所得水準の基準以下の方につきまして、軽減措置が適用となっております。

○委員 そうすると、普通の方は軽減前の保険料と、そうですか。分かりました。

あと1つ質問があるんですけども、7ページの説明を聞いておきまして、例えば、ケース5の場合に均等割額が530円アップすると。それから、下のこれは所得割額が15円減額するんだと。単純に考えると、530円プラスマイナス15円ということで、515円のアップになるのかなと思うんですけども、比較すると1,611円になるのはちょっと理解しにくいんですけども、この辺の計算の仕方をお願いします。

○会長 よろしいですか。

○事務局次長兼保険料課長 保険料に関する質問でございますが、軽減前の保険料といたしますのが、軽減措置を適用する前の保険料額ということでございます。今回、このケース5を試算するに当たって、大抵現在の保険料率改定時に想定していました1人当たりの保険料額と同程度になるような形で逆算して計算をしております。その結果、1人当たりの軽減前の保険料額につきましては現行とほぼ同じ、若干15円下がったところなんですけれども、そこを起点として計算をしております。その結果、均等割額は増え、所得割率も高くなってございますが、結果といたしまして、1人当たりの保険料額、軽減をかけた後でも低いというようなことになっております。

○会長 大丈夫でしょうか。

○委員 はい、分かりました。

○会長 ありがとうございます。

ほかにご質問、ご意見ございますか。

では、伊関副会長、お願いします。

○副会長 合意を得るために、やっぱり相場感って物すごく必要なので、各都道府県の後期高齢者の保険料をできれば一覧は出したほうがいいかなというふうに思います。要は、全国の大体標準の中で、埼玉県って経済力がやっぱり高いので、高目にはなります。地方の特に東北の秋田辺りだと非常に安かったりします。ただそれは高齢者の方のいわゆる年金も含めた所得に反映しているというところがあって、実は千葉県よりは高いのですよね。これは、千葉県のほうはちょっと医療費が安く出ているので。要は、医療費のバランスと所得との関係でこの金額が出てきますので、他県の様子は、場合によっては現状の金額は見てもらったほうがいいのかなというふうには思います。ほかの県と比べて異様に高ければおかしいし、異様に低くてもおかしいと。大体の相場感のところで大体金額は決まってくるのかなという感じはしています。

もう一つだけあるのは、これはご回答いただきたいのですけれども、後期高齢者の医療費をやっぱりできるだけ抑制していくことが必要だと。保険料を抑えるためには医療費の支出をできるだけやっぱり抑制していくということが必要で、その点で毎回毎回言っているのですけれども、後期高齢者の広域連合、保険者機能として、どうしても事務職が中心で、保健師の雇用ですとか、保険のその医療費の抑制のための動きについては市町村にお任せにちょっとなっているかなって感じもしているのですけれども、これは後でのデータヘルス計画でお話しいただけるとは思うのですけれども、現状において、医療費の抑制についての取組ですとか、特に私は体制だと思っているのですけれども、体制について変化があったのかどうかについてご説明いただければと思います。

○会長 では、事務局お願いいたします。

○給付課長 給付課長の森田と申します。

保健事業の実施体制についてですが、今年度より保健師を1人雇い入れまして、保健事業を展開しているところでございます。

以上です。

○副会長 1名雇ったことはいいと思うのですけれども、物すごい何千億円もかかる事業で1人の保健師というのは、1兆円の事業を、1兆4,000億の医療費について1人の保健師だとやっぱり少ないので、ここはやっぱり複数体制、できるだけ、徐々にでいいですから、簡単には増えないのは分かっているのですけれども、増やしていったらちゃんとしたそ

の保険者機能を向上させていただければなというの、これは要望になります。

○会長 ありがとうございます。

前回の後期高齢者広域連合さんの制度説明、概要の中で、いわゆるその保険料の徴収の強化の点であるとか、健康づくりの関係であるとか、さまざまな取組をされているという話は一応あったかと思うんですね。これは例えばジェネリック医薬品を多く使っていただけるような通知をするであるとか、多受診に対する警告をするだとか、それは健康保険組合さんや協会けんぽさんと同様に、かなり保険者機能を強化してきているというお話はあったかとは思うんですね。ただ、伊関副会長から言わせると、まだまだやっぱり取り組める余地はあるねというご指摘だろうと思いますので、よろしくお願ひしたいと思ひますし、先ほどちょっとお話があった全国の一覧というのは出せるんですか、去年段階の。どうですか。

○事務局次長兼保険料課長 はい。額等の一覧につきましては、近県の状況をご紹介できますので、この場で皆様にお伝えをしたいと思ひます。

まず、東京都でございますけれども、均等割が4万2,400円、所得割が9.07%ということで、埼玉県よりも高い状況でございます。

それから、先ほどご紹介のあった千葉県ですが、均等割が安くて4万400円、所得割が7.93%でございます。

それから神奈川県は、埼玉よりも若干高くて4万3,429円が均等割、所得割が8.66%でございます。

それから北関東になりますけれども、栃木県でございます。こちら本県よりも高い状況で、均等割が4万3,200円、所得割率が8.54%。

群馬県につきましても、均等割は埼玉よりも高い4万3,600円、所得割率が8.60%となっております。

関東近県の状況はこういった状況でございます。よろしくお願ひいたします。

○会長 ありがとうございます。

そうすると、均等割では埼玉県は千葉には抜かれているけれども、千葉に次いで安いということ。

○事務局次長兼保険料課長 そうですね、今ご紹介した本県含めて6県の中ですと、千葉に次いで均等割は安いというふうになっております。

○会長 所得割は千葉に抜かれているというか、ちょっと高目ということ。

○事務局次長兼保険料課長 所得割率については、千葉よりも負けています。千葉はもう7%です。

○会長 分かりました。ありがとうございます。

お願いします。柴田委員。

○委員 協会けんぽの柴田です。

医療費抑制の件もあるんですが、それは後でデータヘルスのところの関連でお話をさせていただきます。

それと、7ページですけれども、前回のときも言ったような記憶があるんですが、このケースの2から5までのケースのあり方がバイアスがかかっているのではないのかなというふうに思います。ケース1は活用なし、ケース2が全額活用と。そうすると、その間というところと半分活用というところなんですが、ケース5まで行っても半分より多く活用という形で、ケースを例示として出す際にもう既に引上げはなくてやりますよという形になっておりまして、前回並みというのは、毎回毎回この剰余金を活用したベースで前年並みということであると。こういう形でやっていると、いつまでたっても現状あるいはそれ以下というところでの議論でしかあり得ないと。今の他県のお話を聞いたところで、やはり最終的に結果としてどうなるかは別としても、事務局案で出す際にこのバイアスのかかり方は、いや、もうこのまま他県より少なくていいんですよと、将来につけを回してしまうのよというようなケースの出し方のような気がしますので、今回はここで議論するとしても、次回以降は、これはミスリードするんであろうというふうに考えていますので、ぜひよろしく願いいたします。

埼玉県の場合は、国保の保険料も含めましてずっと据置きという状況が非常に続いておりますから、他県に比べて非常に低い水準で推移しているというのが実態だと思いますので、そういう事実の中でやはり将来的にどうしていくかというのをしっかり考えないといけないんだろうなというふうに思います。今回も議論していく中で検討すべきだというふうに思いますが、全体感からすると、これは恐らく少し偏ったような形になっているのかなというふうに思います。次回以降で出し方は結構ですので、よろしく願いしたいというふうに思います。

○会長 せっかくですが、柴田委員、例えばこのケース1から5まで事務局で用意してくれたんですが、例えばもしケース6があるとしたら、どんなものを本当はあるべきだとお考えですか。それを言ってくれないと、事務局も分からないと思う。

○委員 もう1個ケースを出すんだったら、通常は半分活用と。

○会長 半分活用。

○委員 ケース5まで行っても半分も活用していない。

○会長 なるほど。

○委員 半分以上活用していると。ですから、ここら辺の理論は分かるんですけども、見比べていくに当たって、もうこの今までの剰余金の活用ありき前提でしかどうも考えていないと。したがって、今の会長のご意見からすれば、もう少し剰余金の活用を少なくしていくとどうなるかと。結果として選ぶのは別としても、やはり議論の最中には必要だろうというふうに考えています。

○会長 ありがとうございます。

どうぞ、事務局。

○事務局長 この前回の改定の際の懇話会でもそういうご指摘があったことは私ども承知しているのですが、私どもの説明不足、不十分なところもあって申し訳ないんですが、剰余金というものの位置づけがこれは将来の財政の安定のために任意に積み立てたという形ではなくて、あくまで保険料率を改定する際に想定した医療水準が、実績に比べて高目だったために結果として残ったものという位置づけが後期高齢者医療制度における剰余金という位置づけでございまして、したがって国等の指導でも、前期における剰余金は次回の改定の際に原則全額その保険料財源として充てるようにというような指導がございまして。何回か前の改定においても、剰余金はなるべく活用しないでそのまま留保して今後に使いたいということ結論をいただいて、その旨案をまとめて、これは最終的に条例で保険料率は定めますが、その前に県知事に協議をして同意をいただくのですが、その同意をいただく際に、剰余金の位置づけというものはそういうことではございませんということで、それは基本的にはできるだけ前期の剰余金は次期保険料率の財源として充ててくださいというご指導がございまして、その際には保険料率は、懇話会での答申、ご意見よりも、最終的にちょっと引き下げたということもございました。

そういう大前提がございまして、案としてそういう半分しか使わない場合とかお示ししても、実際問題、今後その手続として知事の同意をいただかなければならない中で、そういう選択肢はなかなか最終的にとることが困難だという事情もございまして、それで大原則である剰余金をある程度活用して保険料率を設定していくという前提に立って案を作成させていただき、お示ししているという状況でございまして。ですから、ちょっとこれ以上の剰余金の活用が少ないということになると、正直なところ、今後の手続が進まないというのがちょっと懸念されるということです。

○会長 柴田委員、どうぞ。

○委員 そういうルールがあるんだったら、この163億円が前期の余った分、全額、これは今言っている使いなさいという額が163億円ということなんですか。

○事務局長 原則はそういうことなんです。大原則はそういう指導なんです、実際には

前回は剰余金を一部残して繰り越しております。資料の中にも剰余金の活用ということで、5ページのところにあるんですけども、27年度156億円の剰余金が当時あった中で、90億円を活用して残りが66億円という形になりました。66億円はそのまま次に繰り越して、現在の163億円の剰余金の一部にこれになっているということです。ですから、基本的にはやはりそれなりに保険料の上昇抑制に活用した上でないとなかなか県知事の同意がいただけないという状況です。

○会長 では、関連して伊関副会長。

○副会長 結局、埼玉県の場合、いわゆる団塊の世代、第一次ベビーブーム世代がいきなり後期高齢者となる時期がやってくるわけですよ。そのときに、それは国の制度自体が変わってくる可能性があるんですけども、急に例えば保険料ががっと上がったらみんな困ってしまう部分もあるので、少しでも基金等を貯めておいて、それでその激変を緩和したい、それが制度が変われば、逆に言えばさらに将来的な負担が安定的になるみたいな、そういう発想だと思うんですよね。この後期高齢者の医療制度ってやっぱり国の全国一律の制度で、厚労省の方針、指導は物すごく強いのはよく分かるんですけども、逆に言えば、広域連合と県と両方が共闘して都市部のその後期高齢者の急増に備えた基金の弾力的な留保みたいなものを働きかけることも、これも確実にやってきますからね、四、五年後には。それは意識してある程度積んでおかないと、県から財源がやってくるわけではないし、結局は高齢者の方のほうへ保険料と支援金とルールに基づく行政の負担だけですので、そのところはちょっと知恵を持ったほうがいい時代になってくるのかなというのを個人的には思います。今、毎年毎年取り崩して食べてしまって、その金額、今安ければいいんですけども、将来の保険料増だとか負担の増につながるリスクというのがやっぱり現にある以上、ちょっとその辺は、今回の改定は別にいいとは思いますが、大きな方向性としてちょっと検討いただいたほうがいいのか。これは国全体のその方針として本当にそれで取崩していいのという。やっぱりこの後期高齢者医療制度が、自民党が政権を失う、どちらかという批判的なスタートをしたので、かなりおっかなびっくり厚労省もその制度設計している面もあるので、それがゆえに、ただこのままだと私も四、五年後にはこれはもたない制度だと思っているんですよ。だから絶対これは破綻すると、今の感じだと。それをどういうふうにするのかというのはちょっと考えていただければなというふうには思います。

○会長 今、伊関副会長がおっしゃっていることは、立法政策の問題でもあるので、なかなかこの埼玉の広域連合だけで完結できるお話ではないんですけども、この保険料率を決めるに当たって、そういったその将来の増高も勘案して、多少なりともね。今でももちろ

んこのケース2は別格として、それ以外はちゃんと残る形になっていますので、いわゆる医療費が増高しても、よそよりも高まっても支出に困らないだけの留保分はありますよということにはなっているので、それはそれなりに配慮はされているけれども、もうちょっと配慮する必要もあるし、さっき柴田委員がおっしゃったように半分というような考え方もあってもしかるべきじゃないかなという意見だということで、一応整理をしておきます。

では、続いて石川委員、お願いします。

○委員 熊谷市の石川ですが、5ページの財政安定化基金の関係なんですけれども、急激な増加の抑制のために国、県、広域連合が1対1対1の割合で出していると。22年の改正によってこの基金の活用ができるようになったけれども、国、県との協議が必要で、埼玉県の広域ではこれまで活用の実績がないというふうにここに書かれておるんですけれども、その下の基金の推移のほうで、埼玉県の広域のほうの基金とか、国とか県とかと分かれているのではなくて、1対1対1の割合で出るとすれば全体的に埼玉県の財政安定化基金はこのくらい設けていいから、それが20年度から29年度にかけてこういう推移をしているんですよということなんでしょうか、ちょっとその辺の説明がよく分からなかったもんですからお聞きします。

○会長 では、もう一度丁寧に説明していただけますか。

○事務局次長兼保険料課長 はい。財政安定化基金ということで20年度から始まっておりまして、これを拠出するのが国と県と広域連合でございます。それぞれ1対1対1ということで、全部同じですね、この3者で等しく分担した割合で拠出をしているものでございます。20年度から毎年積増しをしてきたわけなんですけれども、この表をご覧くださいと、27年度の99億円になったときに、医療費の急激な増加ですとか収納率の悪化による財源不足等の非常時に備えての額としてはこれぐらいで維持できるのではないかとということでそれ以降の積増しはしておらず、28・29年度の積増しはせずにそのまま99億円となっているわけでございます。

取り崩す際には、先ほども申し上げましたとおり、国と県との協議をすることが必要でございます。東京都の広域では取崩しの実績があるようなんですけれども、埼玉広域ではこれまでの活用実績はなく、そのままの積増しだけをしてきたというような状況でございます。

○会長 石川委員、どうですか。

○委員 全体に財政安定化基金が毎年継ぎ足していられるものだろうと思うんですけれども、全体が幾らあって今年度は必要で幾ら使いましたよというその全体の中のその年度ごとの割合というのがないと、幾らあって99億円を支出するのかがというのがちょっと理解が

できないんですけれども。

○会長 これは先ほど説明していますように、繰り返しになりますけれども、国と県と広域連合が3分の1ずつお金を積み立てて、もしかのために、例えばある市の収納率が急激に下がってしまって、本来集めるべき額が集まらない場合に、その分を貸出しするためのお金だとか、あるいは貸与をするためのお金が必要ですので、そのために基金をつくってきているんですけれども、ほぼ100億円になりましたので、これ以上貯めておいても使うあてがないだろうということで、もう積立ては止めているんですね。28年度から止めているんです。もう新しくお金を積立てはしていなくて、今99億円、約100億円のまま今基金がプールされているという状況です。

今石川委員がご質問なのは、この99億円をいつ使うとか、どういう形なんだという話なんですけれども、それについてはまだ具体的にいつ使うとか、そういうことは全く考えていないという状況でここまで来ているということだろうと思います。

つけ足すことはありますか。

○事務局長 もしものときに使うための基金でございますので、そういう事態が発生したときに使うということなんですが、あと保険給付費の基金と違うのは、財政安定化基金については先ほど申し上げましたように、保険料の上昇抑制には使えるけれども引下げには使えないというのがルールでございます。これまで埼玉県の高域連合におきましては、保険給付費の支払基金を使って保険料の抑制ができていたので活用の実績がなかったということでございます。

○会長 よろしいですか。

○委員 分かりました。

○会長 ありがとうございます。

どうぞ、柴田委員。

○委員 すみません、ちょっと基本的なところを。

さっき、基金の使い方を原則全額だということを聞いて余計分からなくなってしまいました。何かというと、基金が2つあって、財政安定化基金というのは医療費の急激な増加に備えるのはここですよと言っているんですけれども、医療費総額というのがここで見ていくと7,000億あって、7,000億ある中で100億というと非常に小さくて、医療費が例えばインフルエンザが急にはやったとか何とかかんとかといったときに、とても対応できる額ではないのではないかなと。100億で十分だというのは、そこでまた分からないのが、この保険給付費支払基金というのは給付費の支払基金だからそういうためにあるのではないのかなって実は思っていたら何か違うようで、この原則全額ストックの原則の範囲内がよく

分からなくて、もしこれを原則どおり全部使い切ってゼロにしてしまうんだったら、この急な医療費が増加したときに、とても99億円では足りなくて安定しないだろうというふうに思うのですが、そののところはどのようになっているのでしょうか。すみません、ちょっと基本的な、実はこれ運営上、重要なことだと思います。

○会長 では、事務局お願いします。

○事務局長 財政安定化基金が想定しているのは、あくまでも保険料分の不足の部分についてのいざというときの財源という前提になっているわけです。医療給付費自体7,000億のうち例えば5%伸びましたという、350億円ですか、多額になるんですが、保険料で負担するのはそのうち10分の1ということになりますので、かなりの急激な増加があってもそんな何百億円ということは、保険料の負担が増えるということは基本的には想定されていないということです。ですから基金の残高が100億円ぐらいあれば、ましてや、今までその広域連合自体に保険料の上昇抑制をするような給付費の基金として残っている剰余金がありましたので、それで100億円ぐらいで十分ではないかという判断になっております。もし急激に医療費が増えて支払に窮した場合には、まず借入金等も含めて活用を考えていくということなるというふうに考えておりました、私どもは、予算措置の中ではそういうことも前提にした予算は組んでおります。例えば1,000億円急に増えたとしても、申し訳ないんですが、その1,000億円については公費が5割、それから若年世代からの支援金が4割という形で、後からになりますけれども、補填されるものですから、保険者としてどうしても自分のほうで用意しなければいけないのは残りの1割部分の保険料分ということで、その分に備えた基金ということです。この財政安定化基金は制度上、そういういざというときのリスクに備えた基金ということで用意されているものですが、この保険給付費支払基金、剰余金については制度上想定されたものではあくまでもなくて、結果として保険料と実際のかかった費用の差で生じた剰余金でございます。ですからその使い道についても、あらかじめそういうことで使いますよということを被保険者の皆さんにもご了解のもと積み立てているわけではないので、急にその考え方を変えるということもなかなか難しいということがございます。

○委員 分かりました。

○会長 よろしいですか。

○委員 10分の1ね。

○会長 ありがとうございます。

議題1につきまして、たくさん今ご発言をいただいているわけですが、私は会長という立場から、7ページをお開きいただきまして、今日結論を出すつもりは私どもご

いませんけれども、一応事務局が用意したケース1というのは、今、163億円、こう支払剰余金があると。それを全部使わないんだという、一銭も使わないよというのと、ケース2は全部使ってしまうというのがまず両極端にありまして、ケース3というのは、一番下から2番目、1人当たり保険料額の軽減後というのがほぼ現在と同じぐらいになるもの、それからケース4というのは、今度は上のほうの均等割額というのが4万2,070円で、これが同じ額になるもの、それからケース5というのが1人当たり保険料の軽減前というのが同じ額にほぼなるようなものというような形で一応参考につくられているということなんです。そういうことを頭に置きながら意見を集約していかなければならない立場もございまして、どの辺で来年度30・31年度辺りにやっていくかということについてのご意見などがいただけるとまた次回の会合につながっていくかなと思いますので、その辺の具体的な保険料率につきましてご意見があれば賜りたいと思いますが、よろしく願いいたします。

被保険者の皆さん、いかがですか。実際お支払をいただくほうの立場でもございますし、協会けんぽさんや組合健保さんのほうから大分厳しい台所事情も聞かされちゃうと、なかなかご発言もしづらいかもしれませんけれども、率直なところですね、今いろいろ毎年毎年ご負担をいただいでいて、今年度並みならばというようなことをお考えなのか、もう少し払ってもいいというのか、あるいは、もう少しやっぱり減らさないと厳しい方々もいると思うのか、その辺のお考えにもよるでしょうし、あと、厳しい方々には先ほど言いましたとおり適切に減免措置がございまして、それはそれを全面に使っていただくので、お支払ができない人から無理に取るという制度ではございませんので、その辺はご安心してご発言いただければとは思いますが。

では、田中委員、お願いいたします。

○委員 幾つかいろいろとお話を伺っておりますけれども、一番大切なことは、30・31年において私どもの立場からすれば第一に重点的に置いていただきたいのは、やっぱり1人当たり保険料額ですかね。これがやはり現状に近いものということが一番大きなポイントではないかと。

それともう一つは、それとはちょっと逆なのかもしれませんけれども、抑制財源の活用額のほうに残高が今、5ページですか、これはやはり先ほどもご意見もありましたように、あと四、五年たちますと相当急激に後期高齢者層が増えるというようなことで、この5ページの29年度の財政安定化基金の推移が99億円がいいのかと、あるいは、30年度、31年度、32年度にはどういう安定化基金をここに想定するのかというようなことまで含めた財政の安定化も必要だろうと思います。

それから、ちょっと初歩的なことで申し訳ないんですけども、ちょっとお尋ねしますが、この財源の活用というのは、これは運用はできるんですか。

○事務局次長兼保険料課長 現実といたしましては、一応運用という形では定期預金というようなことで、後期高齢者広域連合では運用をしております。

○委員 では、できるということですからこの辺は、今ちょうどどちらかというところ今の国家の収入とか、あるいは企業の収入もかなり改善しつつございます。そういう中での保留分がございますので、その辺からも含めてやはりこの辺の安定化を図った上で最低の負担額を基準として見直したらいいのではないかなというふうに感じております。5つのケースがございますけれども、そういうような観点からいった場合には、それでは均等割がどうなのか、あるいは所得割がどうなのかというような形になるかと思っておりますけれども、この辺が定まってくるのではないかなというふうに気がしますので、その辺もひとつ考えていただければありがたいと思います。よろしく申し上げます。

○会長 そうすると田中委員、今のご発言は、いわゆる最終的に被保険者側としてお支払するのは今年度並み程度がよろしいんだろうけれども、それに関連しては先ほど2つの基金の運用であるとかということもあるので、そういった制度設計も含めて勘案すべきだというご意見だと思うんですが、一義的には今年度並みぐらいがいいのではないかなということによろしいですか。

○委員 基本的には。

○会長 ありがとうございます。

ほかにございますでしょうか。

○事務局長 すみません、運用についてちょっと補足をさせていただきたいと思っております。

確かに運用は可能で、金額も163億と非常に多額でございますが、基本的には毎年保険料の財源として取り崩して活用しておりますので、長期の運用はなかなかできないこととなります。また運用の方法としても、何でもいいわけではなくて、やはり公金でございますので、安定した運用が基本ということで、私どもは定期預金で運用させていただいていますが、定期預金も今非常に低金利でございまして、大きな金融機関さんに提案をいただくんですが、普通預金の2倍ぐらい、0.002%とかですね、そういう運用利率しか提示をいただけない状況でございますので、運用でこの財源がどんどん増えて、それが保険料財源として活用できるということはちょっと想定はできないということをご了解いただければと思います。

○委員 預金はほとんどもう金利がつきませんので、預金で定期預金だけで運用するということはほとんどないに等しいぐらいの金利でございまして、何かいい方法が今の社会

ですと何かできそうな気もしないでもないんですけれども、その辺も考えて運営していただければありがたいと思います。

○会長 ありがとうございます。

そうしたら、浅水委員。

○委員 吉川市の浅水です。

○会長 よろしくお願いします。

○委員 ちょっと初歩的な質問なんですけど、剰余金なんですけど、保険収支でプラスになった、そういう会計上乘せるということですね。今後発生するか分からないのですが、そのゼロ円ということもあり得るわけですね。

○事務局次長兼保険料課長 理論上はきちんと収支がぴったりと見込みと合ってということになれば、ゼロということも考えられなくはないかと存じます。

○委員 現行を見ますと繰越額にプラスされていますよね、数字が。ということは、今まではそのゼロでなくて、その数値がその年度で剰余金として計上されるという理解してよろしいわけですね。分かりました。

○会長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

では、山内委員、お願いします。

○委員 被保険者の一人として、意見を。

副会長も申しておりますし、健康保険組合連合会の桑島委員も申しております。ほかの方も出ているんですけれども、これから四、五年先に団塊の世代が入ってくれば非常にむしろパンクするのではないかとということも予想される中であれば、できれば私の個人的なんですけれども、ホップ・ステップ・ジャンプではないんですけれども、ここらでケース6を、プラス99円ぐらいでアップすると。ですとワンコイン、100円ショップ以内のアップですよというようなことで少しPRして行ってホップして、それでステップ・ジャンプというような形で、その助走を今からしておくという方法はいかがでございましょうか。それをPRすると。そうすると、ケース6ですと剰余金が例えば70億で済むのか、あるいは分かりませんが、そういうケースも計算してみてもどうかと。一つの考え方としていいのか悪いのか分かりませんが。

以上です。

○会長 ありがとうございます。

そうしますと、今のご発言だとすると、例えば1人当たりの保険料額軽減後が今7万4,021円ですが、例えばワンコインですと7万4,121円とかそういうことで、少し上げても

いいのではないかとのご発言ですね。分かりました。ありがとうございます。

ほかに。

久保田委員、どうぞお願いいたします。

○委員 私も現実問題で言って、現状維持がぎりぎりです。年金生活者という立場にあります。年金生活者というのはご存じのように、増額はありませんが、収入は固定しています。これから生活もしていかなくちやなりません。ですから、特別徴収で引かれる額を見てぎくっと来るんですけれども、今月も送られてきたのかな、引かれています。ほかの人はどうでもいいぐらいもう限界よと。手元に残った可処分所得からその医療費も払わなければならないし、生命保険も払わなければならないし、医療保険も払わなければならない、生活も必要等々考えていきますと、非常に勝手かもしれませんが、現状のような状況が私個人として今精いっぱいということだけお伝えしたいと思います。

それから、預金とか何かがあるかないかの問題もあるかもしれないですけども、全くないという前提で考えていかないとだめだと思うので、この案でご意見を申し上げれば私は現行で行ってほしいという意見でございます。

○会長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

では、今日の1の議題についてはこの辺にとどめさせていただいて、次回の会議で皆さん全員にご意見を伺いますので、必ずお伺いしますので、一応このぐらいがいいのではないかとのお考えをまとめてきていただいご発言をいただくということで、ここで一旦第1番目の議題につきましては、終わらせていただきます。

続きまして、第2の議題、保健事業実施計画（データヘルス計画）の改定につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

○給付課長 給付課長の森田でございます。

議題（2）保健事業実施計画の改定についてご説明いたします。

第2期保健事業実施計画の素案の概要について簡単にご説明いたします。

資料ナンバー2-1をご覧ください。

1の「計画改定の趣旨」ですが、保健事業実施計画、いわゆるデータヘルス計画につきまして、平成29年度末で計画期間が終了いたしますので、来年度から始まる第2期計画の策定に向け現在改定作業を進めております。

2の「計画の素案」につきまして、資料を1枚めくっていただきまして、資料2-2概要版をご覧ください。

こちらは、計画本編の内容を1枚の紙にまとめたものになっています。第2期計画は第

I章から第V章までの5つの章で構成しております。

続きまして、1枚めくっていただきまして資料ナンバー2-3、**素案**埼玉県後期高齢者医療広域連合第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）をご覧ください。

5ページをお開きください。

第I章の「基本事項」ですが、基本理念を「市町村と連携して被保険者の健康状態に即したきめ細やかな支援を行い、高齢者1人1人が“健幸”な暮らしを送るための自主的な健康づくりを支援します。」としております。

重点項目につきましては、後ほど第IV章で説明いたします。

次に、6ページをお開きください。

この計画の計画期間は、平成30年度から平成35年度までの6年間としております。現行計画の3年に比べると長い期間となっておりますが、国が示したデータヘルス計画策定の手引きでも同様の期間設定とされております。

なお、長期間となってしまうことから、3年後には中間見直しを行うことを考えております。

続いて、第8ページ以降の第II章「現状と課題の分析」では、各種のデータを示して現状の分析を行いました。詳細につきましては割愛いたしますが、最後のまとめの部分を説明いたします。24ページをお開きください。

課題の分析のまとめは、大きく分けて2つの視点で行いました。

まず1つ目は、保健事業の最大の目的である被保険者の健康の増進という視点です。

2つ目は、医療費の適正化という視点です。

次に、25ページ以降、第III章「従前の取組に関する評価」では、現行の計画において記載した取組の実施状況に関する評価を記載しております。

まず、1の「医療費分析」についてですが、KDBシステム（国保データベースシステム）を導入し、分析結果を市町村に提示いたしました。

次の26ページ、「健康診査」についてですが、図表21に示したとおり、平成28年度の受診率は33.7%となりました。ここ数年着実に上昇しております。

次に、28ページをお開きください。

「歯科健康診査」についてですが、もともと市町村事業への経費補助を実施しておりますが、平成28年度から歯科医師会への委託による健康長寿歯科健診を始めました。受診率は9.4%でした。

次の29ページ、「健康相談等訪問指導」では、平成28年度は改善割合は83.3%となりました。

次の30ページ、市町村への経費補助では、市町村が行う長寿健康増進事業への経費補助をしております。

次の31ページ、「ジェネリック医薬品の利用促進」につきましては、図表25に示したとおり数量シェアは年々上昇しており、平成28年11月時点で65.3%となっております。今年度から被保険者証の年次更新の際に「ジェネリック医薬品希望シール」を同封するなど、普及啓発に取り組んでおります。

続いて32ページ、第IV章「今後の取組」をお開きください。

1、「取り組むべき課題の整理」では、新たにフレイル、つまり虚弱及び生活習慣病を重点項目に掲げて取組を推進することとしております。

次に、34ページをお開きください。

まず1つ目の重点項目である「フレイル対策」につきましては、来年度から75歳到達者を対象とした健康づくりに関するリーフレットを作成することを検討しております。

また、リスクの高い方を対象として、訪問型の介入支援を検討しております。この訪問型の介入支援につきましては、現在広域連合において歯科健診の結果を活用し、試験的に実施しております。

次に、36ページをお開きください。

2つ目の重点項目である「生活習慣病の重症化予防」ですが、こちらにつきましては現在、健康診査の結果を活用し、試験的に実施しているところです。受診勧奨の方法としましては、文書による受診勧奨を検討しております。また、特にリスクの高い方には文書による受診勧奨に加えて、個別介入による受診勧奨も検討することとしております。

38ページをお開きください。

「適正受診・適正服薬の推進」では、新たに適正服薬の推進に係る取組を検討しております。

次の39ページ、「医療費適正化の推進」につきましては、ジェネリック医薬品の数量シェア目標を閣議決定による国の目標に準じて平成32年度までに80%以上とすることとしております。

次に、40ページをお開きください。

(1)「健康診査の実施及び受診率の向上」では、受診率を平成34年度には40%まで増加させることを目標としています。

続いて、(2)「歯科健診の実施及び受診率向上」ですが、こちらはまだ初めて間もない取組であり、平成28年度の実績しかございませんので、平成32年度において15%以上とする暫定目標を設定することとしております。

次に、42ページをお開きください。

「市町村との連携」ですが、保健事業担当者研修会の開催などについて記載しております。

次に、43ページ、V章「その他」ですが、計画の評価などについて記載しております。

最後に、巻末付録1から5までですが、市町村別の各種データの一覧を掲載しております。

以上が第2期の保健事業実施計画の素案です。

再び資料ナンバー2-1をご覧ください。

3の今後の予定ですが、記載のとおりとなっております。

以上でございます。

○会長 ありがとうございます。

ただいまの説明に対しまして、議題1と同じように何かご意見、ご質問、不明な点ありましたらご発言をお願いいたします。

副会長、お願いいたします。

○副会長 フレイル対策、34ページ、重点で入れることは非常に意義があると、なかなかフレイルって何だかわからないと思うんですけども、要は体が弱ってしまう状態です。体が弱ってしまうと介護状態になっていく、突入してしまうみたいな、健康と要介護のちょうど間ぐらいの状態をフレイルって言います。そういうようにならないようにするにはどうしたらいいかと。ここの表でちょっと決定的に足りないのが栄養、タンパク質をとることが物すごく重要なんです。どうしても高齢になるとタンパク質をとるのがつい面倒になって、お弁当の白米中心みたいな食事が多くなるんですけども、炭水化物中心になるんですけども、タンパク質を多くとって筋力をつけると。あとは運動も必要ですし、社会参加、いろんなものを積極的に行うことによって、虚弱にならないと。できるだけ虚弱状態に一旦なったらば、またもうちょい体力のつけるような状態に戻していくというのがこのフレイルの概念で、これはやっぱり高齢化が進む中で、今いわゆる老年医学会だったかな、医療関係者では非常に関心を集めている分野なので、ここを重点的にぜひやっていただきたいと。高齢の皆さんに対してぜひ栄養の重要さだとか、あと歯科とのかかわりは物すごく今重要で、要はかめるということがすごく大事なんです。要は、だんだんかむのが苦手になってくるから肉が食べないとか、もうイカとかだめとか、そういうのもあるんですけども、要は、いつでもかめる歯を大事にする、今までは8020で歯を残しておくこと自体に意義があったんですけども、そうではなくて、かめて飲み込めて栄養にするということが物すごく重要な時代で、そのいわゆる歯科医師会との連携と

というのは物すごく重要です。あと、できれば栄養士会とも連携するというのもやっぱりこれは重要なのかなと。栄養はここのちょっと抜けているかなって感じはします。あと、やっぱり女性の健康づくりというのを少し盛り込んでおいたほうがいいかなと。90歳以上の女性がこれから急激に増えてきます、80歳、90歳。その人たちがいわゆる大腿骨折あたりで長期入院したり、研ナオコなんか骨折したりしたのは、あれは大腿部なんですけれども、そういう骨折をしないという観点のそのロコモ関係なんかも重要なのかな。フレイル、ロコモ、この辺りをもう少しPRをする、パンフレットをつくることはすごく大事ですし、それを經由して、今度は高齢者の方に直接届くと。今まではメタボとって太っているのがだめだみたいな、痩せているのがいいみたいな感じですけども、そうではなくて筋力がついていないとだめだということをぜひアピールしていただければなというふうに思います。

○会長 ありがとうございます。

今の点についてはあれですか、今この原案なので、これに加筆とか可能なんですね。

○事務局長 はい。フレイル対策については、正直私ども取り組んだばかりということで、今、昨年度から歯科医師会さんに委託をさせていただいている歯科健診の結果に基づいて対象者を抽出して、私どもの保健師が直接訪問させていただいて、指導する事業をモデル的に実施しています。その成果を踏まえて今後どういう形で展開していくかというのを検討していこうというふうに考えております。

この素案の35ページのところにちょっと当面の具体的な取組の方向性については記載をさせていただいているところなんですけど、(2)の歯科健診結果を活用したアウトリーチ型の介入ということで、この四角の表のようになっているところの介入支援の内容のところにあるように、直接そういうハイリスクな方を訪問して指導する際には、栄養指導ですとか、嚥下機能を高めるためのトレーニング、あるいは筋力を維持するためのトレーニングについて指導させていただく。そして、これ1つにはフレイル対策というのは私ども保険者だけではなかなかできない、むしろ今は介護保険等でも相当取組が進んでおりますので、基本的には保険者の立場としてどういうことが役割として必要なのか、その辺をモデル的な事業を実施しながら見きわめつつ、その介護保険制度などとも連携をして地域包括支援センターにつないでいくとか、市町村の取組につないでいくとか、そういう形で実効性のある取組をしていきたいというふうに考えております。

今ご指摘をいただいたようなことにつきましては、この内容についてさらに検討して、必要に応じて加筆していきたいと考えております。

○副会長 恐らく啓発がまだ必要な時期なので、要は、タンパク質をとりな、とったほう

がいいよとか、歯をちゃんとかめるようにしたほうがいいよとか、表に出ている人々と刺激ある生活したほうがいいよと。一人でこもって一人で個食していると弱ってしまうよみたいな、そういうこうアピールというか啓発が物すごく重要で、個別事例の介入というのは、恐らく各市町村のその保健センターですとかそういうところがやるんでしょし、また歯科医師会の先生方なんて物すごく地域では活躍するのが期待されるかなと思いますので、広域連合として扱うことは非常に時期にかなっていると思いますので、ぜひ高齢者に対しての周知というか、PRが物すごくまず大事なのかなと思いますので、ぜひそこを頑張っていたいただければなと思います。

○事務局長 はい。これもその先ほどの素案のところに新規の事業として健康づくりの普及啓発ということで、今後リーフレットを作成して広く被保険者の方にお配りして、先生のお話のあったような取組の必要性についてご理解を深めていただくようにしていきたいと。これまで広域連合は正直言って保健事業はなかなか進んでおりませんでしたので、できるところから少しずつ始めさせていただきたいと思っております。

以上です。

○会長 ありがとうございます。

ほかに、柴田委員ありそうですね。お願いします。

○委員 すみません、38ページの新規で適正服薬、ここの部分で、多剤服用という部分については、非常にこの75歳以上の方々にとっては重要な話というふうに認識しています。先ほど診療報酬の改定とかいう中で、薬価で動かさない限りどうしようもないと。薬価の単価そのものもあるんですが、これは量の問題もその医療費適正化からすると非常に重要、そして先ほど来の健康長寿のためには、例えば、私の母親は病院幾つか行っていて13も薬を飲んでいて、1カ所で全部まとめて知り合いの先生に診てもらったら7つにまとまりました。何かよく分からない中で精神安定剤が2つ出ていて、逆の作用を活発にするのが出ていたり、医師で薬を出すのはいい先生みたいな形になっているケースが非常に多いと思いますので、ここのところは非常に重要だというふうに思っています。県も来年度薬剤師会さんと一緒に取組をするような方向性もあるような話も聞いておりますし、この後期高齢者の方々が一番重要だというふうに思っていますし、我々の別の保険者も一緒になってここはやっていったほうがいいんだろうなというふうに思います。そしてこれは全体にやっていくに当たって、データをしっかり集約していかないといけないので、そこら辺の要は全体でやるためのデータをいかに集約していくかというところも、これは意見なので、併せて今後ご検討いただいたほうが効率的に、これは非常に重要な話、できると思いますので、よろしく願いいたします。

もう一点。

健診率の健康診査のところなんですけれども、まずデータヘルス計画のもとではデータに基づいてやりましょうと。最後、多剤服用のところはレセプトから引くんですが、ここは健診からでないときさきの重症化予防とか何かはできないわけで、全体をやらなければいけないにもかかわらず、35年の目標を40%、6割の方はこの網にかからないというような状況で、果たしてこれでデータヘルス計画としてしっかり機能できるのかという、非常に疑問に思います。それでここについては、健診をしてもらうことをしっかりやっても、ここはなかなか伸びないだろうと。恐らくほとんどの方が病院にかかられていて、そこで血液検査ぐらいは年に1回は間違いなくやっております、ここでやっている健康診査でやるような内容、特に重症化予防でやるような血液検査のデータというのはかかりつけ医に恐らくあるので、そういうものが入ってくればこれって恐らくかなり100%に近い数値になっていくだろうと。後期高齢者の仕組みは分かりませんが、国保のほうでは市町村ごとにそういうかかりつけ医からデータをもらうことによってこの健診率を上げる、率を上げるのが目的ではなくて、ちゃんとデータをして重症化予防なり何なりするのが目標ですから、国保にはそういう仕組みが使っているところが少ないにしてもあるんですね。後期高齢者のほうにあるかどうか分からないんですが、なければそういう形のものやればこれは40%なんてものではなくて、わざわざ行かなくてももうやっていることがとれるということなので、この辺のご検討というのはいかがなものでしょうか。

○会長 2つお話があって、いわゆる薬剤の関係での適正服薬の推進については、これを進めてもらいたいということで……

○委員 はい、それは意見で。

○会長 意見でいいですね。

最後の2点目については、受診率の目標が40%は低過ぎるのではないかということですが、今日井部課長いらっしゃいますけれども、国保では、他の受診した結果で健康診断を受けたと同じようなデータがもらえる場合には、そのデータをいただくことでもう受診したと同じようにカウントしましょうというようなお取組もやっているようなんですが、その辺に対する今の考え方はどうですか。

○事務局長 まず、適正服薬につきましては、今回検討する中では、課題として挙げさせていただいている状況でありまして、具体的にどういう取組ができるかということについては、薬剤師会さん——今日も金子副会長さんいらっしゃっていますけれども、とご相談しながら今後進めていきたいというふうに考えております。これは積極的に取り組んでまいります。

それから、健康診査の受診率につきましては、これにつきましては、先ほど委員からお話があったような診療された結果を報告していただくの仕組みというのは、正直ございません。ちょっと国のほうからもそういう指導が今まで来たことはないんですが、それは1つには、被用者保険とか国民健康保険の場合ですと、特定健診の実施が義務づけられているわけですが、後期高齢者の場合はこれは努力義務で、義務化されたものではないと、位置づけが若干違うのかなと。確かに、その多くの被保険者の方は医療機関に日常的に受診されておりますので、そのデータが活用できればというふうに私どもも考えているんですが、そういったことでシステムとして今ない状況の中で、ちょっと検討課題としてどうしようかということを内部では検討しているという状況でございます。

○委員 恐らく国でつくる仕組みは、さっき伊関副会長も言われましたけれども、後追いになってくる可能性が非常に強いので、できることは検討したほうがいいし、今日廣澤先生いらっしやらないので残念なんですけど、ここは医師会と連携をうまくして、個人情報もうまく乗り越えれば何とかできるし、非常に重要で、75歳以上の方々の健康そのものも非常に大きく感じられますし、将来の医療費も大きく感じられるので、ぜひ前向きに、ハードルはあると思いますが前向きにお取り組みいただきたいというふうに思います。

○会長 ありがとうございます。

では、金子委員。初めてのご発言なので。

○委員 今、柴田委員のほうからも話があったわけですが、薬剤師会としても、今まで以上にジェネリックに対していろいろ使用促進だとかしてまったり、あるいはお薬手帳なんかに対してもいろいろやってきましたけれども、やっぱりもっとこれはかかりつけ薬剤師、かかりつけ薬局をPRしていただいて、それぞれの高齢者の方がかかりつけ薬剤師等と深い関係を持てば、薬の先ほどの多剤服用についてもいろいろ相談も乗れるし、いろいろ仕分け等もできて、正しい服用ができるように指導ができるのかなと。そういった意味で、先ほどの38ページの(1)の健康相談等訪問指導というふうにありますけれども、ここにできれば保健師や看護師というふうにありますけれども、薬に関する相談・指導はできないと思うんですね。そういった意味では、ここに薬剤師等も入れていただいて、これから薬剤師を大いに使っていただければかなり医療費のほうも、昨年残薬の調査もさせていただきましたし、これから残薬についても相談に乗って、いろいろ役に立てるのではないかなというふうに思っておりますので、ぜひ会のほうにもいろんな課題等を投げかけていただければありがたいなというふうに思っております。

以上です。

○会長 ありがとうございます。

ご意見の部分はありますが、薬剤師を加えるということについては、修正可能ですよね。
課長さん。

○**給付課長** こちらの事業につきましては現在委託で行っております、薬剤師さんを加えることについては、はっきりここで加筆できますということは、ちょっと言えないです。

○**会長** 分かりました。確実なことは言えないけれども、こういう意見が寄せられているのでと。

○**委員** 訪問指導できるんですよ、薬剤師も。

○**給付課長** はい。委託でやっておりますので、もちろん検討はさせていただきますが、ここではっきりできるとはちょっと申し上げられないところです。

○**会長** いずれにしても、正しいことであれば記載はできるかと思しますので、ご検討をお願いしたいと思います。

○**副会長** 恐らく（２）のその適正服薬の推進で、例えばかかりつけの薬局を持つとか訪問薬剤とかの推進を図るで、（１）は直営でやるからここに薬剤師を入れるのは確かに厳しいかなって感じもするので、これは委託でやるという話なので、要は新しく薬剤師さんを訪問で直営でやるという話なので、そこはちょっと盛り込めないかもしれないんですけども、（２）を少しもうちよいかかりつけの薬局も含めて町の薬局の意義をぜひ充実して、ちょっと盛り込んでいただければ一番いいのかなという感じはしますけれども。

○**委員** 今の関連。

○**会長** 手短にお願いします。

○**委員** この多剤服用については、かかりつけ薬局を持っていればそもそも問題ないんだけど、全部門前薬局を幾つもやるので、それだってさっきデータをしっかりやって、それで保険者がしっかりやっていないと、かかりつけ薬局も薬剤師も機能しないので、ここは薬剤師さんに先ではなくて、データから集約してそうなるように持っていくほうが機能するというの間違いなことなので、ぜひそういう方向でお願いしたいというふうに思います。

○**会長** 要は、両方必要なんですよ、今おっしゃっていることは。どちらからアプローチするかということだと思うので、柴田委員はそういうレセプトとかから多剤を使ってとかたくさん通院している方からのリストからその方に対して啓発をするというアプローチもあるし、金子薬剤師会副会長さんのお話は、もともとかかりつけ薬局とかお薬手帳を持って適正に相談をしていけば、そんな幾つもお薬を飲まなくても済むでしょうという、両方のアプローチがあるので、その辺は事務局勘案して、記載を検討してくれればいいんです。よろしくお願いします。ここでこう書けということは言いませんので、検討

してください。

○事務局長 はい、検討させていただきます。

○会長 ほかにございますか。

先ほど何か挙手されました田中委員ですか、すみません、失礼いたしました。よろしくをお願いします。

○委員 すみません、39ページお願いしたいんですけども。

医療費適正化の推進なんですけど、その中でジェネリック医薬品の促進という項目がございます。これはシェアを約80%にしたいということなんですけれども、ちょっと私も認識不足で申し訳ないんですけども、これはいろんな被保険者証の裏にも貼りなさいとかいろいろPRをいただいているんですけども、実際に医薬品を決定するのを、決定というのはおかしいんですが、審査するのはお医者さんなんですよね。我々一般の患者はジェネリックを使ってくださいと、ジェネリックはどのようなものがあるのかというのはほとんど分からないわけですね。これをどういう形に我々は認識したらいいのか。例えばもらった医薬品がこれはジェネリックですよというような表示もちょっと私も見たことはないの、いかにしてこれが80%に行くのか、今現在はどのぐらいのパーセントになっているのか、その辺をちょっと聞きたいと思って、お願いします。

○会長 まず一義的に事務局から答えられますか。

○給付課長 現在のジェネリック医薬品の数量シェア、利用率ですが、平成28年の11月現在で65.3%となっております。こちらは素案の31ページをお開きいただきまして、6の「ジェネリック医薬品の利用促進」の真ん中やや上のところに図表25とあるんですけど、こちらのほうに記載しております。

○会長 これは国だよね。

○給付課長 いえ、広域連合です。

○会長 分かりました。了解です。

○給付課長 あと、ジェネリック医薬品のもらい方というんですかね、どういうふうにするればいいのかということですが、基本的には、ジェネリック医薬品を処方してはいけないものは処方箋にはしてはいけないというふうに書いてあると思うのですが、それ以外は薬局に持っていきますと、ジェネリック医薬品がありますよというふうに案内等はあるとは思いますが、私の知っている限りではそういった形で薬局のほうでもジェネリック医薬品の利用促進をさせていただいているというような認識でおります。

○委員 ありがとうございます。

今の説明は聞いたこともありません。薬局からジェネリックを使ってください、使いま

すか、どうですかというのは、1回も聞かれたこともありませんね。我々は、ジェネリックのほうがやっぱり患者側からしても費用は少なくなるわけですよね。

○副会長 安くなるんです。

○会長 安くなる。

○委員 安くなるわけですね。ですから、フェアにしているのは非常にありがたいし、今現在もかなりのシェアが増えてきているということもよく分かります。お医者さんがそういう方向でもって行っているということも理解できますので、できればジェネリックを今のような形でもって薬局のほうでジェネリックにしますかしませんかというふうに、両方できるのであればそういうような指導をもっとやっていただければありがたいなというように思います。

○会長 金子委員。

○委員 吉沢さん、マイクがあるから、吉沢さん説明してくださいよ。

○委員 私、志木市から来ている吉沢なんですけれども、私も専門はどっちかという調剤薬局をやっている立場上、今の話を聞いていて、私自身愕然としているのは、薬局、薬剤師からジェネリックに関して説明を聞いたことがないということなんですよ、要はね。それというのは多分あり得ない話だと私は思っているんですよ。必ず言うはずなのに、ですから一般の患者さんでもジェネリックという言葉自体を理解していない患者さんが非常に多いんです。だからそれを説明するためには、先発品と同じ成分を使って同じ効き方で、ただ味はちょっと違いますよと。添加物の違いでここはちょっと違うかもしれませんが、効き目は全く先発品と同じで経済的に安くなりますから、どちらを選びますかということで、問いかけているんですよ。何が何でもジェネリックというわけではないんです。あくまでも患者さんの希望に沿ってそれでやっていっているつもりなんですけれども、ただ、後期高齢者の中でジェネリックの話を1回も聞いたことないということで、本当に愕然としております。もっとPRするようにいたします。

○会長 よろしく願いいたします。

処方箋自体はお医者さんがつくりますので、ジェネリックも両方可となって丸をつけたりすることはあると思うんですけれども、そういうことは患者さん側がやれるわけではないんですけれども、基本的には今お話のとおりで選択ができるということもありますので、よろしく願いいたします。

ほかにこのデータヘルスでぜひこの際言っておきたいという委員さん、いらっしゃいますか。よろしいですか。恐らくデータヘルス計画、徐々に徐々に内容を濃くしていこうという段階なんだろうと思うので、まだ緒についたような段階ですから、皆さん方からまた

こういうご意見をいただきながら充実したものにしていいただければよろしいのかなと思います。

では、以上で第2の議題を終わりにさせていただいて、最後、その他ですけれども、何かこれは事務局側からご用意されているもの何かあるんですか、その他。

○事務局 ございませぬ。

○会長 ございませぬか。

委員の皆さんから、この際ですから何か今日の議題、あるいは今後のことにつきましても、ご発言ございますか。よろしいですか。

そういたしましたら、今日用意された議題は一応全て終了いたしました。また何か来月会議が予定されているようですので、その辺も含めまして事務局のほうへお返ししますので、よろしく願いいたします。

○事務局 長時間にわたりましてのご審議、誠にありがとうございました。

それでは、以上をもちまして平成29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。

なお、今会長よりお話がありましたが、次回、第3回の懇話会でございますが、12月4日の月曜日でございます。午後2時からの開催を予定しておりますので、すみませんけれどもご予定のほうをよろしく願いしたいと思います。正式な開催通知については、後日送付させていただきますので、よろしく願いいたします。

では、本日は委員の皆様、長時間にわたりまして誠にありがとうございました。

○会長 ちょっといいですか、事務局にお願いなんですけれども、先ほど言ったように、一応次回は皆さんにある程度意見を出してもらわないといけないと思っているので、どうしてもご都合でご欠席の方もいらっしゃると思いますので、ご案内通知にご意見が賜れるような形にして、ご意見をご回答いただけるようお願いしていただけますか。

○事務局 はい、そのようにいたします。ありがとうございました。

以上で終わりにさせていただきます。では皆様、お気をつけてお帰りください。ありがとうございました。

閉会 午後4時00分