

# 第3回埼玉県後期高齢者医療懇話会

令和元年12月12日

埼玉県後期高齢者医療広域連合

## 第3回埼玉県後期高齢者医療懇話会

1. 日 時 令和元年12月12日（木）午後1時30分から午後3時07分まで
2. 場 所 浦和合同庁舎別館1階A会議室
3. 出席者（委員）

石川稔会長、伊関友則副会長、  
結城辰雄委員、小茂田英子委員、岩本英明委員、  
草野憲司委員、宇津木征子委員、  
廣澤信作委員、島田宗範委員、金子伸行委員、  
桑島修委員、柴田潤一郎委員

（事務局）

菱沼事務局長、関口事務局次長兼総務課長、高林事務局次長兼保険料課長、  
田中給付課長、福田総務課主幹、木村総務課主席主査、  
笠原保険料課主幹、近藤保険料課主席主査、末永保険料課主任、  
星野給付課主幹、石嶋給付課主席主査、石崎給付課主査、  
長谷部総務課主査、亀山総務課主任

（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）令和2・3年度保険料率改定について
  - （イ）介護予防との一体的実施に伴う広域計画の改定について
  - （ウ）その他
- （4）閉 会

開会 午後1時30分

- ・開会
- ・会長挨拶

○**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。

今日は、2名の傍聴者の方がいらっしゃいます。委員の皆様には御了承くださいますよう、よろしくお願いいたします。

会議に入ります前に、傍聴される皆様をお願いをいたします。会議中は御静粛にお願いしたいと思います。また、写真撮影、録画・録音は御遠慮くださいますよう、よろしくお願いいたしますを申し上げます。

それでは、ただいまから令和元年度第3回埼玉県後期高齢者医療懇話会を開催させていただきます。

本日の会議録につきましては、後日署名をいただきたいと存じますが、署名委員として、入間市の草野委員と、白岡市の宇津木委員をお願いしたいと存じます。

それでは、次第に従いまして議事を進めてまいります。

議題の(1)令和2・3年度保険料率改定につきまして、事務局に説明をお願いいたします。

○**事務局次長兼保険料課長** 保険料課長の高林でございます。

保険料率の改定につきまして、先ほど御挨拶の中にございました、国から第2回の試算依頼がありましたので、そこで示された係数等、加えて、前回、懇話会の中で委員から御指摘いただいた点を踏まえまして再試算した結果等を御説明いたします。

それでは、資料ナンバー1、保険料率の改定についてでございます。

まず3ページ目の横長の図をお開きください。資料の訂正がございます。

2の(2)のところの、年度が「平成30年度・平成31年度」となっておりますが、正しくは「令和2年度・令和3年度」でございます。大変申し訳ございません。

このページにつきましては、第1回の試算と比較できるように、上段が第1回の試算、下段が今回の試算ということでお示しをしております。適宜、この図も御覧いただきながら説明を進めてまいります。

ページ戻っていただき1ページ目を御覧ください。

まず、第1回試算からの変更点を御説明申し上げます。

1点目は、費用額及び収入額の見直しです。

令和2・3年度の2年間に係る療養給付費等の見込みにつきましては、第1回試算で直近5年間の推移の平均値で医療給付費を推計しておりましたが、給付費は厳しく見るべきという委員からの御意見を踏まえまして、見込みを対象2年間を通じてのトレンドで見るのではなくて、診療報酬改定による影響と、それ以外の要因を区分し、診療報酬改定の影響を直接受ける年度とその次の年、通常の年度それぞれ過去の実績から推計し、改めて伸び率を算出いたしました。つまり診療報酬の影響を直接受けない年の伸び率の平均を自然の伸び率と想定して、ここにあります令和3年度を対前年比1.04%とし、令和2年度の診療報酬改定年につきましては、本来は改定率自体を傾向で捉えるべきではないですが、報道にもございますように、下げ方向の動きではあるため、仮ではありますけれども、過去3回の改定値の平均を踏まえ算出した仮のマイナス0.45%を採用しております。実際には、本県では改定率以上の給付費マイナスの状況もありましたので、診療報酬改定率が確定した段階で、これらも踏まえて再度検討したいと考えております。この見直しにより、2年間の費用額の合計が約51.6億円増加いたします。

次に、②高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に要する費用の計上です。

前回の懇話会で簡単に触れさせていただき、この後、介護予防等の一体的実施に係る議題のところの説明をいたしますが、これに係る経費については、試算依頼で今回算入することとされているため、この所要額分約21.4億円を増額しております。

先ほどの3ページのA3の横の下の図を御覧ください。この2つの費用合計がプラスと記入してあり、約73億円増額となります。これに対して収入については、療養給付費に一定割合で交付される国・県・市町村の負担金、それから交付金等もそれぞれ増額となりまして、収入額合計としては約60億円ということになります。

1ページにお戻りください。

2点目、(2)、国から提示される係数の変更でございます。

まず①後期高齢者医療保険料の賦課限度額の変更でございますが、62万円から64万円にすることとされております。

前回、御説明いたしました、この限度額が引き上げられますと、その分、所得の高い方がより多くの保険料を負担いただくことになりまして、全体としては所得割率が若干下がるということになります。影響としては上昇抑制財源をどのくらい使うかで異なりますが、所得割率が0.01から0.05ポイント低下いたします。

次に、②後期高齢者負担率の変更につきましては11.39%から11.41%となり、これについては後期高齢者が負担する割合が高まって、現役世代からの支援金が少なくなります。

ページをめくっていただいて、③調整交付金の算定に用いる各種係数に変更されており

まして、これらの影響による収入額に関しては、トータルで約1億円の増額となります。

これらの変更見直しにより、合計では費用が約73億円、収入額が約61億円増額となりまして、差し引きの保険料等、つまり保険料収納必要額と上昇抑制財源の合計が約12億円増えるということになります。

再度、3ページを御覧ください。

費用額については、上段、前回の合計額1兆5,492億円から下段の1兆5,565億円となり、第1回の試算よりも73億円増額、保険料等により賄うべき額は、この図で申し上げますと網かけ部分になりますが、上段の1,905億円から下段の1,917億円となりまして、12億円の増ということになります。

前回のケース別の試算結果は4ページの資料になります。

上昇抑制財源活用ケース別の保険料率を、ここにお示ししております。上昇抑制財源をどれくらい活用すれば、保険料率がどれくらいになるかというものでございます。

剰余金を活用しないケース1、剰余金を全額活用したケース2、ケース3は特例軽減の見直し、低所得者への影響を考慮いたしまして、均等割額を現行水準に維持するケース、それからケース4は、前回改定時と同額の剰余金活用額を用いた場合の試算結果でございます。

ケース1の場合では、保険料賦課総額は、保険料収納必要額1,917億円を予定保険料収納率99.31%で割り戻し、1,931億円となります。この額を均等割の総額と所得割総額との比率で案分いたしますと、均等割の総額が894億円、所得割総額が1,037億円となります。これにより均等割額、所得割率が算出されます。

ケース2以下は、剰余金の活用額を含めて同様に整理したものでございます。

現行の保険料率も含めて比較をしやすくしてありますものが次の5ページとなりますので、5ページを御覧ください。

前回の懇話会で御意見、ある程度の方角は頂戴しておりますけれども、前回お示したケース別の試算結果としては、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3,730円増の4万5,430円、所得割率は0.89ポイント増の8.75%となり、1人当たり保険料額は9万8,142円、軽減後が8万3,052円となりました。

次に、剰余金を全額162億円活用したケース2では、均等割額は現行より100円減の4万1,600円、所得割率は0.02ポイント増の7.88%となり、1人当たりの保険料額は8万9,850円、軽減後が7万6,076円となります。

次に、均等割額を現行額に維持するケース3については、剰余金の活用額が157億円となり、前回試算よりも12億円活用額が増えております。現行に比べ、所得割率は0.04ポイ

ント増の7.9%となり、前回試算からは所得割率が0.05ポイント下がっております。1人当たり保険料額は9万86円、軽減後が7万6,238円となります。

次に、前回改定時と同額の剰余金を活用するケース4でございます。均等割額は4万2,900円、所得割率は現行より0.31ポイント増の8.17%、1人当たり保険料額は9万2,665円、軽減後が7万8,421円となります。

国の試算依頼所要額の見直しにより、費用額が増えるため、保険料率が上がる、あるいは均等割額を維持するケースでは、剰余金の活用額は増えているものでございます。

次に、6ページでございます。

前回の懇話会で、将来的な保険料率も示せないかという宿題をいただきましたが、やはり複雑な条件によって適切な数値が示せるものではございませんけれども、あくまでも条件を現状維持として、今後はこのようなイメージとなるというものでございます。

保険料率の上昇抑制財源が少なくなることを見込みますと、全体としては保険料額が上昇いたしますして、その後、微増という傾向になると見込まれます。

次に、7ページを御覧ください。

今後、想定される変更点ということでお示しをしております。第3回の試算に向けて変更になる点として、まず、第3回の試算時に提出される確定係数、係数としてはこれで確定し、これを算入するということとなります。そして診療報酬改定率が今月中旬ぐらいに示される見込みですので、この影響も検討することとなります。

(3)も国が試算依頼時に示してくるものでございますが、軽減対象者の軽減判定のもととなる所得基準を見直し、対象者を拡充することを検討しているということを受けまして、見直しがあった場合には、これを算入するというものでございます。

(4)税制改正への対応として、個人所得課税の見直しによる影響を試算方法とともに国が示すことになっておりますので、この指示があった場合には、その算入もいたします。

(5)は今年度データについては、年度末を見込んで数字を使用しておりますが、次回の試算時には、3カ月ほど進捗した最新データが出てまいります。それらも検討したいと、最新データを使ってどうなるのかということも検討させていただきたいと思っております。1つには、所得状況が均等割、所得割の割合に影響を与えますので、所得水準が上がった場合、その影響を算入すると所得割のウェイトが大きくなる、つまり所得割率が高くなるなどの影響がありますので、算入のいかんを含め勘案したいと考えております。

第3回の試算には、これら所要の算入を行いたいと考えておりますが、現状では、これらの試算結果の傾向には大幅な影響を及ぼすことは想定しておりません。

7は、今後の改定スケジュールについてでございますが、これについては前回御説明し

た方針どおりでございます。本日、改定に向けた方向性をお出しただいて、1月16日の懇話会では、先ほどの想定される変更点も踏まえて最終の試算をお示しし、懇話会の提言を取りまとめていただければと考えております。その後、提言を踏まえた保険料率改正案を県知事に協議をいたしまして、承認を得た保険料率に係る条例改正案を2月の当広域連合の議会に提案することとしております。

以上で説明を終わらせていただきます。

**○会長** ありがとうございます。

それでは、令和2年・3年度の保険料率の改定につきまして御説明をいただきましたけれども、皆様方から御意見、御質問、何でも結構です。御発言がありましたらお願いいたします。

では副会長、お願いします。

**○副会長** 前回、欠席しまして申し訳ございませんでした。

資料6 ページで、保険料率の決定に当たり、今回は何とかかなると思いますが、次回はかなり厳しいだろうと。令和4年、5年時は上がるという。実際、国のほうで今、全世代型社会保障検討会議が開かれていて、今の75歳の方の負担は、この保険料とは別に、医療を受けるときは1割負担ですけれども、新しく75歳になる人は2割負担になると、そういうことが検討されていて、これは恐らく実施されるだろうと見ております。

さらに、例えば1回医療を受けると、それに上乗せで負担をするという定額負担導入、これは財務省と財界がかなり主張されているんですけれども、実際、現役世代の負担が、保険者代表でお二人の委員が来られていますけれども、相当厳しい中で、これ以上現役の負担が増えるのは限界にきているということで、いろんな形で誰が負担をするのかということが問題になってきます。その中の1つとして、その保険料率ということを次回改定以降、本気になって考えなければならぬときがやってくると思います。

まだ75歳の後期高齢者の方の数がそれほど、団塊の世代の人たちが本格的に高齢化してくるとものすごく増えてきますが、今回については、その一歩手前なので、保険料率については、そんなに大きく変えなくても何とかかなるのかなとは見ているんですけれども、次回改定は相当厳しいだろうと。それも踏まえつつ制度も大きく変わりますので、患者負担等の国の制度の動きが出てから、また保険料という話になってきますので、これからの議論になるのかなとは思っています。

前回の議論でいろんな話が出ていたと思いますが、剰余金の活用なしで急激に保険料を上げるのもやっぱり大変だろうし、一方、剰余金を全額使ってしまうと、次の改定は急激に保険料が上がるという可能性もあるので、その辺のあんばいは難しいところかなと思っ

ております。

以上です。

○会長 貴重な意見をありがとうございました。

今の副会長の御説明に関連して、資料6ページの令和4年・5年に保険料が上がっているのは、2022年に2割負担を導入するんだということは織り込んでいないということなんです、これは。

○事務局次長兼保険料課長 まだ、これは織り込んでおりません。

○会長 分かりました。だから、もし織り込んでそうなったとすると、保険料はこんなには上がらないで済むだろうということが期待されると。

○事務局次長兼保険料課長 その角度が若干緩やかになるのかと。今、副会長がおっしゃった2割負担がまだ本決まりでないということもありますけれども、それ以外に、どこから、どの方から2割負担にするかということもあり、そこが見きわめられないということもありますので、この試算では、その部分は入れておりません。

○会長 分かりました。ありがとうございました。

引き続き、どなたか御質問、御意見ありましたら、御発言をお願いします。

桑島委員、お願いします。

○委員 健保連の桑島でございます。

伊関副会長からありましたお話にシフトするような形での意見ということになります。

実は私どもも保険者という立場からお話をさせていただくわけですが、この6ページのまさにこの表のイメージどおりということで、実は健康保険組合連合会自体が2022年問題という大前提を捉えて、今をどうするかということで、真剣に話を進めている最中でございます。恐らく2022年という時代を迎え入れますと、現役世代につきましては保険料に係るところ、健康保険、年金、介護、これらを含めて、おおよそ各個人個人の報酬の3割はそれに当たるんだろうという時代が、もうすぐそこに来ているということ、実は推計をさせていただいているところでございます。

そういう中で、先月も全国大会ということで、全国にございます健康保険の組合が集まりまして4,000名ほどで決起集会のようなものも開いて、真剣味を帯びながら国会議員要請を含めて現在しておるところでございます。どこかがこの費用負担は持たなければいけないというところでございますので、何とか国の施策といいますか、大きく変えていってほしいなど。先ほどの1割負担から2割負担の関係も、もちろんその1つということにもなっておりますので、今後その2022年を一つの山場として、保険者としても現在、話を進めているという状況があるということ、お知らせという形で御意見を披露させていただ



きます。よろしくお願ひしたいと思ひます。

○会長 ありがとうございます。

被保険者の皆様から、何か御発言ございますか。難しい御説明で大変恐縮なんですけれども、前回までのお話を復習をさせていただくと、資料の5ページを開いていただきまして、繰り返しになりますけれども、ケース1というのは剰余金を全然使わないんだと。ケース2は全部使うんだと。ケース3は、均等割だけは同じ額でキープしていこうということで、そうするためには157億円を取り崩すんだと。ケース4は、前回の改定の際の取崩し額と同じ額を使ってみたら、このぐらいになるんだと、こういう試算で、前回の話の中では、皆さん方の意見としては、均等割は基本的に維持しつつ、さて、そうは言いながらも低所得者にはそれなりの配慮が必要だろうということで、いわゆる軽減措置の撤廃がこれからどんどん行われますので、そういったことを見越すと、ケース3辺りが適当なのかなというお話で意見がまとまっていたかとは思いますが、そういうことを踏まえて、いや、そうじゃないよとか、いや、それでいいよとか、どちらでもいいんですけども、御発言がありましたらお願ひしたいと思うんですけども。

では、廣澤委員、お願ひします。

○委員 まず確認ですけれども、1ページで、令和2年度と3年度でそれぞれ伸び率を計算して、合計するとプラス0.59ということで、費用が73億円かかる、増えるというのは、この3ページの上の①のところの1兆5,319億円に対して掛けて73億円増えると、そういう計算でよろしいんですか。

○事務局次長兼保険料課長 前回お示しした費用額合計から73億円増になるということでございます。

○委員 そういう予測ということですね。

それから、5ページのケース1、2、3ということで、今回、ケース2と3の剰余金活用額が、5億円ぐらいですか、前回の資料では十何億円だったから少し開きがあるなという感じでしたけれども、似てきているので、その辺のところはどう考えるのかなという、例えば均等割額が前年と変わらないという条件でこうなったんでしょうけれども、ちょっとこの差額が5億円というのは、差としては近過ぎるのかなと、その辺はどう思うんでしょうか。

○事務局次長兼保険料課長 今回の試算に当たっては、給付費の伸び率を見込んでいますが、結果的には診療報酬の改定率が今月中旬に出ますので、それを踏まえて計算を再度すれば、今、改定率についていろいろ報道があり、財務省案では2%とか、そういうお話もありますけれども、少なくとも0.45%よりはさらにマイナスの幅が出るのかなということ

で想定もしております。最終的には、その差額の5億分はさらに増えるという見込みもしているというところではございます。

○委員 それは一応、ネットでということですね、改定率の。

○会長 よろしいでしょうか。

柴田委員、お願いいたします。

○委員 協会けんぽの柴田です。

私も今、廣澤委員と同じ意見を言おうと思っていて、前回、石川会長が言われたように、ケース3ぐらいが妥当かなという雰囲気がありました。前回のケース3と今回のケース3、廣澤委員が言われたとおり今回は5億円の差、前はもっと差がありましたよね。それなので、この辺りでいいのではないのかなというコンセンサスのような気がしています。それがケース2、ケース3、ケース4はそうだけれども、中身が違ってケース3でコンセンサスというのは、ちょっと違うのかなと。余りにも差が少なくなり過ぎて、寄り過ぎているのではないだろうかというのは、私も同じ意見を持ちますが。

○会長 前回の資料を見ると17億円違うんですね、前は17億円が残ると。今回は5億しか残らないと。余りにも使い過ぎて、それは決算でいいとはいづらいよと、こういう意見ですよ。

事務局、どうですか、この意見に対して何かありますか。

○事務局次長兼保険料課長 前回はケース3については、なぜこの4万1,700円を維持するかという、この理由だったかと思うんですけれども、あくまでも今回はいわゆる軽減特例の見直しというのが非常に大きな要素としてありますので、そこについては、低所得者については、仮にこの4万1,700円を維持したとしても4,170円、年額としては上がってしまうと。そこを、低所得者に対しては現状維持を、改定による要因は排除するという意味でのケース3をお示したところなんですけれども、ただ、今後は先ほどの将来見込みのように、保険料がどんどん上がってまいります。その際に、少しでもその差額、抑制財源を確保するという意味で、差額としては大分、今回の試算では5億まで幅が狭まってしまっているというところもありますけれども、この5億は維持したいというのが事務局としての案ということでございます。

○会長 柴田委員、よろしいでしょうか。

○委員 ケース2、ケース3の寄り過ぎはやっぱり問題かなと思うんですけれども、だったらもう一つ、ケース3.5ぐらいのところを出しておいてもらって議論したほうがよかったのではないかなと思うんですが。

○副会長 5ページを御覧いただきたいんですけれども、ケース3でも事実上、剰余金を

全額近く使ってしまう話なんですよね。それでも、1人当たりの保険料額は7万6,000円で、現行と比べると2,000円も伸びるという話です。これはもうやむを得ない話なので、ただ、柴田委員が気になっておられるのは、要は剰余金を少しでも残しておいたほうが、次回の改定の際に保険料の金額を維持する余裕は出てくるんだろうと。これはケース4との差で見れば、剰余金活用額が50億違つと2,000円保険料が違つてきますから、剰余金活用額をケース4よりももう少し増やした数字を想定するかどうか、その基準は非常に難しいんですけれども。私は最終的にケース3でもいいかなとは思っています。ただし、次回の改定は相当厳しい話になるだろうなと思っています。ただ、この75歳の負担割合の増だとか、定額負担導入などがあつたら、逆に言えば保険料自体は上げなくても済むかもしれないし、そこはもう何が起きるか、国の政策がどう動くかによって全然違つてきますが、答えはないだろうなとは思っています。

あとは、ほかの県、東京、神奈川、千葉との比較をして、千葉がかなり上げているのに埼玉は上げなくて、次回はまた逆に上げなきゃならないみたいな、やっぱり首都圏としての横の相場観はあつてもいいのかなと思って、その辺の他県の様子はつかんでおられますでしょうか。

**○事務局次長兼保険料課長** 埼玉の場合は、先ほどの上昇抑制財源を、前回の改定時にできるだけ残す形で維持をしたために、ぎりぎり前回の保険料率をどうにか同じぐらいのレベルで維持できるということなんですけれども、近県で言えば、やはり2,000円以上上がるという状況はございます。

**○会長** 前回の資料の10ページに、全国の一覧表が提示されていたかと思いますが、全国平均が8.81なのに対し、埼玉の場合は7.86で高いほうから41位ということで、埼玉はかなり低く抑えられていると。埼玉県民の平均年齢は若いですし、いわゆる病院等にお世話になる割合も低いので、保険料全体の率が低く抑えられていることもございますけれども、いずれにしても現状として41番という低い形で抑えられているということもございまして、また、同じように前回の資料の5ページの保険給付費支払基金、いわゆる剰余金は平成20年度からずっと取崩しを続けてきているんですけれども、歳入を厳しく見て、歳出を多く見ているものだから、結果として実際の状況では少し余剰が出て、取り崩さなくても済むようになっているという現実もあるようでございます。その辺は御理解いただきたいし、副会長が言ったように、保険医療制度自体がどうなるか、最後は分からないというところがありますけれども、2割負担の導入であるとか、定額負担の導入であるとか、何らかの形で増収を図るという制度が決まりますと、その段階で最終形は示していただけるかと思っておりますので、その辺を踏まえて、今日は御議論いただければなと思っております。よろしくお願

いたします。

ほかに御発言、ございますでしょうか、よろしいですか。

被保険者の皆さん、よろしいですか。今言っているのは、基本的に「均等割」といって、必ず1人の人が納めなければならない金額は今と同じにしますと。若干、低所得者の皆さんの軽減をする特例が廃止されていくことによって、特例を受けていた方の保険料はちょっと上がってしまいますけれども、それは剰余金の取崩しを使って極力抑えるような形でまとめさせていただこうという方向だということで御理解いただければと思います。

では続きまして、議論を進めさせていただきまして、また後でお気づきになったら御発言を頂いても結構でございます。

次に、議題（2）、介護予防との一体的実施に伴う広域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 給付課長の田中と申します。

介護予防との一体的実施に伴う広域計画の一部変更について御説明を申し上げます。

まず、広域計画の一部変更について説明をさせていただく前に、前回の懇話会におきまして、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインというものが改定されまして、これに基づき介護予防との一体的実施を進めてまいりますというお話をさせていただきました。

まず初めに、そのガイドラインの概略について御説明をさせていただきたいと思います。資料ナンバー2-3を御覧ください。

ガイドラインからそのまま抜粋いたしましたので、専門用語が多くなっていることをあらかじめ御了承ください。

まず、ガイドラインを策定した背景・目的についてでございます。

1つ目が高齢者が抱える健康課題への対応ということで、後期高齢者の方は、フレイルやサルコペニア、サルコペニアというのは、筋肉量が減少して身体機能が低下した状態ということだそうでございます。そういった状態の進行には個人差が大きくなって、また健康上の不安も大きくなってまいります。そうした不安を取り除き、住み慣れた地域で自立した生活をしていただけるように、高齢者の特性を踏まえた健康支援、相談を行うことが必要とされていることでございます。

2つ目が社会保障費の増加ということです。

団塊の世代の全てが後期高齢者に移行する2025年には、高齢化率は30%となり、全高齢者に占める後期高齢者の割合はおよそ6割となり、社会保障費の増加が予想されております。後期高齢者医療制度を初めとした社会保障制度が安定的に運営されることによって、高齢者が安心して暮らせる地域社会を維持するためにも、医療費の伸びの抑制あるいは適

正化、そういった取組も必要になってくるところです。それにも増して高齢者の皆様に健康で長生きをしていただくことによって、高齢者の多様な社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していくことが重要とされております。

3つ目はガイドラインの改定についてでございます。

これまで生活習慣病対策、フレイル対策といった取組を、保健事業と介護予防がそれぞれ制度ごとに実施されてきたところでございますけれども、先ほどの課題に対応するためには、保健事業と介護予防が一体的に効果的・効率的に実施することが求められるようになったという背景がございます。

資料の2ページ目を御覧ください。

ガイドラインの内容につきましては、大きく分けて2つございます。

1つ目が広域連合が実施することが望ましい健康診査や保健指導などの保健事業の内容や手順について、科学的知見を踏まえて提示するというもので、一つの例といたしまして、後期高齢者の質問票の策定というものがあります。後期高齢者の方が健康審査を受ける場合、今まで75歳未満の方と同じ特定健診の標準的な質問票というものを使っておりました。特定健診の質問票は、いわゆるメタボを想定した質問項目が多く、フレイル等の高齢者の特性を把握するものとしては十分ではなかったために、新たに後期高齢者の質問票というものが作成されました。これは来年以降、健診の際に活用するのはもちろん、様々な場面で利用することが期待されております。

3ページ目を御覧ください。

ガイドラインの内容として、もう一つが広域連合と市町村が協働して、高齢者の健康づくりや介護予防等の事業と連携しながら、高齢者の特性を踏まえた保健事業を実施する場合の役割分担や留意点を示すこととございます。

広域連合の役割といたしましては、高齢者保健事業の方針や連携内容を明確にした上、その方針等に基づき構成市町村に保健事業の事務を委託し、介護予防の取組等との一体的な実施を進めることとございまして、これにおきまして後ほど説明する広域計画の変更ということにつながるわけとございます。

具体的には、下の表の広域連合と書いてあるところの右側に幾つか書いてありますけれども、広域計画、広域連合と市町村の連携内容を規定することなどが規定されております。

市町村の役割といたしましては、住民に最も身近な自治体として、住民の状況やニーズを直接把握しておくことから、生涯を通じた健康の保持増進の総合的な取組を行う主体として、下の表の市町村と書いてあるところの右側、高齢者医療、国保、健康づくり、介護等庁内各部署の連携体制の整備等を行うものでございます。

ガイドラインの概略は以上でございますが、ガイドラインの中には、実践編といたしまして、具体的な事例等の説明もございますけれども、ここでは省略をさせていただきます。それでは、資料2-1にお戻りください。

広域連合では、地方自治法に基づきまして広域計画というものを定めております。この広域計画には、広域連合の基本計画としての性格を持つものであり、議会の議決によって決定をしております。

本日お配りしました広域計画を併せて御覧いただければと思いますけれども、この計画は、平成29年に定めたものでございまして、計画期間は平成29年度から令和3年度までの5年間となっております。今般、この計画を一部変更する理由でございますけれども、先ほど申し上げましたとおり、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を来年度から実施するに伴いまして、変更する必要が生じたものでございます。

変更の中身につきましては、資料2-2を御覧ください。

この資料は、今回の一部変更について要点をまとめたものでございまして、これにつきましては、後日、素案としてパブリックコメントを実施いたしまして、広く一般の御意見を募集した上で、最終的な変更案とさせていただく予定でございます。

まず、変更の経緯でございますけれども、令和元年5月に健康保険法等の一部を改正する法律が公布されまして、令和2年4月1日に、後期高齢者医療制度の基本となります高齢者の医療の確保に関する法律というものの中に、一体的実施に関する規定の追加改正等が行われることとなっております。

改正後の法第125条第4項では、広域連合は、高齢者保健事業を行うに当たっては、効果的かつ効率的で被保険者の状況に応じたきめ細かな高齢者保健事業の実施が推進されるよう、広域計画に広域連合における市町村との連携に関する事項を定めるよう努めなければならないとされております。

また、同法の125条の2第1項では、広域連合は、広域計画に基づき、高齢者保健事業の一部について、広域連合に加入する市町村に対し、その実施を委託することができるとされております。

本広域連合における従前の広域計画にも、保健事業の推進に関することや、広域連合と市町村の事務分担について定めてはおりますが、一体的実施の施行に向け、新たに市町村への委託に関する事項を加えることとしたものでございます。

変更する事項についてでございますが、大きく分けて3点ございます。

併せてお配りした現行の広域計画の8ページもお開きください。

広域計画の基本施策につきましては、4つの項目が掲げられております。そのうちの保

健事業の推進について、次のとおり変更することとさせていただきます。

まず、事業の名称について、これまでは単に「保健事業」としておりましたが、今回の法改正で法律上の名称が「高齢者保健事業」と変わったことに合わせまして、この計画上の名称も「高齢者保健事業」に変更をさせていただきます。

次に、内容でございますが、これまでの被保険者の健康の保持増進を支援し、被保険者ができる限り長く健康で自立した生活を送ることができるよう、保健事業実施計画に基づき、効果的・効率的に保健事業を推進しますという記載がございましたけれども、これに加えまして、「また、高齢者保健事業の実施に当たっては、被保険者一人ひとりの状況に応じたきめ細かな支援ができるよう、市町村との連携の下に、市町村が実施する国民健康保険保健事業及び地域支援事業との一体的な実施を推進します。」という言葉を追加することとしております。

資料2-2の裏面を御覧ください。併せて現行計画の9ページも御覧ください。

2つ目の広域連合と市町村の事務分担については、その中に「また、「保健事業と介護予防の一体的な実施」を推進するため、広域連合が行う高齢者保健事業については、その一部を市町村に委託できることとします。」という項目を追加いたします。

また、事務分担表につきましては、変更後のとおり、広域連合の事務分担については、保健事業実施計画の策定、保健事業実施計画に基づく取組の実施、市町村独自の取組への補助及び介護予防との一体的実施の推進（市町村への委託）とします。

また一方、市町村の事務分担につきましては、健康診査の実施、市町村独自の取組の実施及び介護予防との一体的実施に係る取組の実施といたします。

これだけですと、実施内容について具体性が足りないというように思われるかとは存じますがけれども、保健事業の具体的な内容につきましては、広域計画の下位の計画に当たります保健事業実施計画に定めることとしております。広域計画の位置付けが基本計画であるという点を考慮いたしまして、ある程度、抽象的な記載にとどめていることを御理解をお願いいたします。

なお、保健事業実施計画につきましては、来年度中に中間見直しを予定しており、来年度の実施状況を踏まえて、所要の改定を行う予定でございます。

3つ目、その他につきましては、先ほど説明しましたとおり、従前の「保健事業」が「高齢者保健事業」に名称が変更されることに合わせて改正をいたしますけれども、それと同時に、今までの平成という元号を令和に直す等の改正も併せて行う予定でございます。

変更に向けての作業ということで、資料2-1を御覧ください。

まず、先ほど申し上げましたとおり、パブリックコメントを実施いたします。一部変更

の骨子を公表した上で、広く一般の意見を募集することといたしまして、実施期間は12月16日から来年の1月15日までの1カ月間、実施方法は広域連合のホームページに記載し、意見を募集することといたします。

なお、これまでも各種計画の策定に当たりましては、パブリックコメントは実施しております。実施結果につきましては、次回の懇話会で御報告をさせていただきます。

続きまして、(2)市町村及び関係機関への説明等でございます。

今回の一体的実施につきましては、実際に取組を実施する市町村との十分な協議が必要とされるところです。本来は各市町村と個別に協議ができればよいのですが、県内63市町村の全てと個別協議をすることは非常に困難であるため、文書での意見照会や市町村の主管課長が集まる会議等で説明をさせていただいて、今後、合意を得ていきたいと考えております。

また、県やこの懇話会にも報告させていただくほか、関係団体の御意見も聴取していきたいと考えております。

なお、県の医師会、歯科医師会及び薬剤師会の3団体につきましては、既に一体的実施の概要を説明して、地域の医師会等への周知と御協力をお願いしているところでございます。

続きまして、(3)広域連合議会での議決でございます。

冒頭で申し上げましたとおり、広域計画は議会の議決事項であることから、その変更につきましても議会の議決を得る必要がございます。そこで来年2月18日開催予定の議会におきまして議案として上程し、議決を得て確定したいと考えております。

最後に、その他として一体的実施の進め方でございますけれども、まず広域連合と市町村との間で委託契約を締結する必要がございます。その市町村へ払う委託料の財源につきましては、3分の2が国から交付される調整交付金、残り3分の1が、先ほど説明がありましたとおり保険料をもって充てさせていただくことになります。

また、広域連合から市町村に委託して実施するわけではございますけれども、市町村によっては実施体制や健康課題が異なることから、実施内容は広域連合が一律に押し付けるのではなく、市町村自らの自主的な選択を尊重したいと考えております。

一方において、来年度からの事業の一部を市町村へ委託できるようになるわけでございますけれども、現在、広域連合が実施している様々な取組につきましては、来年度以降も継続して実施してまいりたいと考えております。

最後に、繰り返しにはなりますけれども、新たに始まります一体的枠組みの根底には、地域包括ケアの考えがございます。これまでのように介護予防は市町村、保健事業は74歳



までは国保、75歳以上になると広域連合というように、実施主体の違いや年齢による事業の断絶があつては、本当に効果的かつ効率的な健康づくりはできません。通いの場を活用して、地域ぐるみで高齢者の健康づくりを進めることは、地域社会の活性化にもつながることですし、介護予防に保健医療の視点を加えれば、高齢者一人一人の状況に応じた、よりきめ細やかな支援を行うこともできます。実施主体となる市町村にとってはもちろん、負担はあるかとは存じますけれども、広域連合といたしましては、一体的実施が高齢者の健康のための制度であるという趣旨を踏まえまして、研修会等の充実を図りつつ、市町村との連携のもとに推進してまいりたいと考えているところでございます。

説明は以上でございます。

○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、各委員のほうから御質問、御意見がありましたら、御発言を。

副会長、お願いします。

○副会長 これは毎回言っているんですけども、法律が改正になったので、計画を変えること自体は問題ないし、この内容も全然問題ないんですけども、結局、広域連合のいわゆる健康づくりに関しての専門性が低いと。保健師が全然いない。プロパーはいないから、2年に1回で職員は総とっかえ。こういう状態で、結局は市町村に委託しても、これは資料2-1で、4のその他の(3)事業内容については市町村の自主性を尊重すると言っていますけれども、要は丸投げでしかない。要は専門性も何もなくて、ただお金だけ出していますみたいのだと、一生懸命やる市町村は熱心にやりますけれども、やらない市町村は全然やらないし、また、もっとピントの外れたことをやる可能性もあるわけですよ。

だから、一律で押し付けるというつもりもないし、あくまでも自主性が重要なんですけども、ただ、自主性をサポートする専門性というのを、広域連合はこれからもっと持たないと、結局は保険料も2,000円、今回上がりますし、これから先、いろんな負担が増えてくる中で、保険者機能、いわゆる健康づくりでトータルとしての医療費をいかに抑えるかみたいな専門性をやっぱり持っていないといけない時代になっているのかなと。

これは国の制度設計が間違っているから、お金のやり取りしかやってないので、全世代型社会保障検討会議では、そういうことを本当は議論すべきなんだけれども、現場に詳しい委員は1人もいないですから、そういうことが本当は必要なんですけれども、できれば人の配置というのは、もう事務局長レベルでは無理なのは重々分かっているんですけども、私が委員をやっているうちは、毎回、訴えざるを得ない。要は、是非専門性のある保健師を配置して、その中で市町村の担当と一緒に頑張って勉強をして、お互いに情報共有

しながら、全体のレベルを上げていくみたいな、そういう試みを検討してもらいたいなというのは、これは毎回これからも言い続けると思います。

○事務局長 事務局長の菱沼でございます。

副会長のおっしゃるとおり人の手当てができていないのは現実でございます。

今、保健師としては、県を退職しました方を非常勤として1名お願いしておりまして、来年の4月からは、市町村から保健師を1名増員ということで交渉させていただいております。

○会長 今のに絡んで、私からも副会長と同じことになるかと思いますが、今、その他のところで説明があったんだけど、特別調整交付金3分の2と3分の1が来るというんだけど、恐らくそんなに制度設計が進んでいるのか分かりませんが、これは恐らく枠配分で、埼玉県は幾らとかという格好になってしまって、保健事業を手厚く、対象者も全員やらせるんだぐらいの勢いで計算したお金は、多分来ないと思うんですよ。市町村の自主性といいますけれども、私も市町村に何度も行かせてもらっていますけれども、市町村というのは、やっぱり格差があるんです。だって、しょうがないですよ、大きな町の役場もあれば小さい村の役場もあるわけで、そこに保健師が1人又は2人しかいないとか、そういうところから30人も40人もいるところもあるわけで、そういう違いもありますし、あと本気度、例えばよく話が出るけれども、尼崎など、先進事例を埼玉県も勉強させてもらって、重症化予防の治療などを始めさせていただいているわけだけでも、本気度もあって、ほとんど対象の皆さんに受診をしていただく努力をしているんですよ。

ですから、後期高齢者の皆さんも当然ですし、保険適用を受けている国保の方、また、あるいは社保を受けている方、皆さんに対して一生懸命保健事業をするので、ある意味では早く発見したり、生活習慣病にかからないで、そういう重症にならないということができているんですけども、今回の場合は、ただ単に市町村に任せるということ自体はいいんですけども、任せた後に、何をもち合格点とするのかとか、到達点は何なのかとかを市町村に言わない限り、結局お金だけ来て、あとこの予算が来ればいいやと、そういうような話になってしまうのではないかと危惧をしますので、是非、保健事業、頑張ってくださいというのが僕の意見であります。

ほかにございますでしょうか。

柴田委員。

○委員 伊関副会長の御意見、私も同様なことを前回か前々回か言っています。もう言い続ける必要は副会長がいるからいいと思います。

あと、石川会長が言われた、やはり市町村ごとに温度差があり過ぎて、また本気度も違

うと。協会けんぽも糖尿病の重症化予防をやっていて、市町村にいろいろアクセスしているんですが、市町村は糖尿病の重症化予防は、実は国保連が主体としてやっていて、市町村自体は実は糖尿病の重症化予防も主体的にやっているところと、もう丸投げしているところもあるくらい、かなり温度差があるので、会長の御指摘は、しっかり広域連合として対応していくべきだろうなと思います。

ちなみに、さっきの尼崎は、ひょっとしたら呉かもしれないです。

○会長 呉ですね。失礼しました。

○委員 そうですね。

それと今度は、ちょっとこちらの話なんですが、この法律用語の改正、広域連合がやる「保健事業」を「高齢者保健事業」というように、これは固有名詞というか、単語として変えたんですか。

○給付課長 おっしゃるとおり、今までは普通名詞的な「保健事業」という言い方をしていたわけですが、法律上、「高齢者保健事業」という言葉が提起されてきたということです。

○委員 それは広域連合がやる保健事業は「高齢者保健事業」と言うということなんですね。

○給付課長 そうです。

○委員 そうだとすると、ちょっとこの使い分けがよく分からないんですが、例えば資料2-2の2変更する事項の、4基本施策の太線の中のデータヘルス計画の保健事業実施計画とありますよね。これは高齢者保健事業実施計画にしなくてもよろしいんですか。

○給付課長 保健事業実施計画につきましては、来年度、中間年ということで、中身も含めて見直す予定となっておりますけれども、現在のところは、ここの表題等を変更することは、まだ検討はしておりません。

○委員 検討する余地ではなくて、変えるんだったら、保健事業と高齢者保健事業の使い方が違うというのはいかなるものかなと、用語が変わったんだったら、全部変えてしまえばいいのではないかと思うんですが。

○給付課長 すみません、私の個人的な考えになってしまうかと思うんですが、普通名詞としての保健事業、一般的な言い方の保健事業というのは当然あって、その中で高齢者の医療の確保に関する法律の中で「高齢者保健事業」というのが定義されたわけですが、こちらの保健事業実施計画につきましては、一般的な意味の保健事業ということなのかなと、私の考えでは思っています。

○委員 それは違うと思います。だったら高齢者保健事業なんて、全部高齢者とつけない

で保健事業のままで、主語は広域連合なんだから決まっているので、わざわざ変えなくてもいいのではないかと思うぐらいです。物によっては変えるし、物によっては変えないと言うんだったら、変えるんだたらすっきり変えるべきだと思うんですが。

○**会長** 要は保健事業実施計画、いわゆるデータヘルス計画というのは、いろいろ議論してつくったものなので、それを新たに改定するときに改定すればいいのではないのでしょうかというお答えをされているんだけど、柴田委員は、いや、もう最初から変えてしまえばいいのではないかと、題名なんかも、そういうことですよ。

○**委員** 具体的な話は……

○**会長** 分かりました。それはちょっと事務局で検討してください。よろしくお願ひします。

ほかにございますか。

島田委員、お願いします。

○**委員** 歯科医師会の島田と申します。

その他の（３）ですか、（４）もありますけれども、各市町村でかなり温度差があるということ、確かにそうなんです。いろんなことをやるためには機材もやっぱり必要となってきます。また、医師会と歯科医師会、それから地元の薬剤師会とか、健康に対する知識を持っている方と、計画・立案して、それを市町村のほうでやってくれと言った場合に、バックアップしていただけるのかな。それはすごく大事だと思うんですね。我々が幾らやっても、市町村のほうではお金がないとか、人材不足等でできなければ、副会長も言われたように意味がないと思うんですけれども、その辺、確約していただければいいかなと思うんですけれども。

○**会長** 要は市町村に格差があるという、能力や実力の格差もあるけれども、今、島田委員がおっしゃるように、各医師会、歯科医師会と行政との緊密度とか、あるいは仕事を進めたり企画したりするときの連携の強さとか弱さとか、そういう違いもあって、何かうまくいくには、そういったものが需要だろうというような御意見で、まさにそのとおりかなと思うんですけれども、いずれにしても市町村にやってもらう段階で、ある程度中身の濃い部分、各論的な部分でこれはここまでやってくださいというような内容とか受診率とか、いろんな条件を示さないと、やっぱり丸投げになってしまうのかなという気がするんですけれども、どうですか。

○**給付課長** 先日、各市町村における、この取組の準備状況について調査をいたしましたけれども、おっしゃるとおり、かなり準備状況に差がございまして、今後そういった先進的な、進んでいる市町村の状況を遅れている市町村にうまく広げていって、埼玉県全体と

してボトムアップできるような形で進められればよいなと思っております。

また、広域連合といたしましては、市町村に丸投げするというわけではなくて、積極的に連携を図って、バックアップして、よりよい方向で進めていければいいというふうに考えております。

○**会長** ぜひ47都道府県の1番とは言いませんが、トップのほうに行っていただければと思います。期待しております。

ほかに御発言ありますか。

廣澤委員、お願いします。

○**委員** この介護予防との一体的実施ということで、前回それぞれハイリスクアプローチとか、ポピュレーションアプローチとか、そういうのでしたよね。そのハイリスクのうち、例えば重症化予防、先ほどの糖尿病とかのお話も出ましたけれども、これはその糖尿病の重症化予防も高齢者の場合含まれるんですか。

○**給付課長** ガイドラインの説明の中では申し上げませんでしたけれども、その中の取組の幾つか例が上がっておりまして、その中の1つとしても、糖尿病性重症化予防のプログラムというのも規定はされているところです。

○**委員** 国保ではしているんですけれども、意外と対象になると思う患者は後期高齢者になっていて、これは対象ではありませんと言われることがあって、やはり透析している方というのは結構高齢者も多いので、そういうアプローチもやはり医療費の削減の面からは、それを表面に出してほしいなということですね。

それから、それぞれの目標ということで、例えば先ほどのそれぞれのいろんな未受診の人にもアプローチするというのもありましたよね。その辺のところの例えば各市町村ではどの程度いるという数字もあるわけですよね。それが何%できたというのも一つの目標になるのかなと思ったんですけれども、どうでしょうか。

○**給付課長** 現在は健診の未受診の方の状況の把握という方法は、基本的には医療機関にかかっているかどうかというところで判断する形にはなりますけれども、そういったKDBのデータを市町村に提供することが法律的には可能になりますので、そういった面で、市町村で積極的に活用して取り組んでいただきたいと考えております。

○**委員** そういう意味では、ある程度の数値目標の設定もできるということになるんですね。

それから、未受診者あるいは健康状態不明の人へのアプローチについては、地域包括ケアセンターでは、余りそういう意欲がなさそうだといいところがあって、市町村に丸投げされてしまうのではないかと懸念があります。今、地域包括支援センターも、介護予

防で手いっぱい、とても回せないという状況があって、それが単に市町村のほうに行くだけではないかという懸念はないのでしょうか。

○会長 厳しい御質問だと思います。いかがでしょうか。

○給付課長 懸念は当然あるのかなと思いますけれども、市町村において、どの部局が中心になって、この事業を展開していくのかというところは、市町村それぞれということになっておりますので、最終的に市町村それぞれの状況に応じて、できるところからやっていただきたいということにはなるかとは思いますが。

○委員 地域包括ケアシステムの推進に向けても、医療と介護の一体化ということも言われていまして、市町村というのは、医療はかなり苦手だという話も聞いているので、その辺も広域連合が、先ほど副会長とか柴田委員が言われたように、ある程度のアプローチを手助けしてあげるといいのではないかなと思いますけれども。

○会長 それは意見でいいですか。

○委員 はい。

○会長 意見ということで、よろしくをお願いします。

ほかに御質問、御意見、ございますでしょうか。よろしいですか。

ないようでしたら、最後にその他ということで、何か今回これまでの議題あるいは全体を通して、各委員のほうから御発言したいことがございましたらお願いしたいと思いますが。

柴田委員、お願いします。

○委員 一番初めのケース1、2、3、4に関わる件なんですけど、これはこれで会長のほうにお任せをいたしますが、これをどうではなくて、今後のことで議論を第1回、第2回、第3回とやってきた継続性をしっかりやっていただきたいと。奇しくも、僕も前回の資料を持ってきました。桑島委員も持ってきています。恐らく何か変だなと思ったから持ってきたわけで、議論の中心だったのがケース3だったのに、知らない間にケース3が変わっていて、そこがコンセンサスという話だと、やはり前回の議論は何だったんだということだと思いますので、今後こういった資料の、突然変わってしまうようなことは避けていただきたいと思うんですが。

○会長 事務局、要はこう変わったのでこうなったというふうに、その新しい資料の中で分かるようにするというのが基本だということを柴田委員、おっしゃっているんだと思いますので、資料の作成につきましては、また引き続き工夫をしていただきたいと思いますが、よろしくお願ひしたいと思ひます。

ほかに御発言ございますか。よろしいでしょうか。

そうしましたら、議長としての役割はこれで終わりにさせていただきます。皆様、御協力大変ありがとうございました。

進行を事務局にお返しをいたします。よろしく申し上げます。

○事務局次長兼総務課長 長時間にわたりまして御審議、誠にありがとうございました。

それでは、傍聴の方は退室をお願いいたします。

次回の懇話会の開催予定は、第4回を1月16日木曜日午後1時30分から、浦和合同庁舎5階の第5会議室で開催を予定しております。後日、正式な通知をお送りさせていただきますので、何とぞよろしく申し上げます。

それでは、以上をもちまして、令和元年度第3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。

本日はありがとうございました。

閉会 午後2時50分