

# 第2回 新潟県後期高齢者医療懇談会 会 議 録

平成19年10月24日(水)

広域連合会議室

【出席者】

区分	所属	役職名	氏名	備考
被保険者代表	新潟県老人クラブ連合会	理事	吉田 淳子	
	新潟県シルバー人材センター連合会	新潟市シルバー人材センター事務局長	桜井 研	(代理出席)
	新潟県腎臓病患者友の会	会長	佐々木 隆	
保険医又は 保険薬剤師代表	新潟県医師会	業務一課長	小林 啓二	(代理出席)
	新潟県歯科医師会	副会長	五十嵐 治	
	新潟県薬剤師会	副会長	山岸 美恵子	(代理出席)
学識経験者 その他の有識者 代表	新潟青陵大学 看護福祉心理学部	教授	國武 輝久	座長
被用者保険等その 他の医療保険者 代表	新潟県社会保険事務局保険課	課長	香田 俊幸	
	健康保険組合連合会 新潟連合会	理事	黒川 精三郎	
行政関係者	新潟県福祉保健部 医薬国保課	課長	羽入 利昭	
事務局		事務局長	池上 忠志	
		事務局次長	池田 伸一	
	総務課	課長	鈴木 昇	
	業務課	〃	残間 寛	
	〃 企画係	係長	金澤 克夫	
	業務課 医療給付係	〃	箕輪 隆久	
	〃 保険料賦課係	〃	鈴木 寧	
	総務課 企画係	主任	小川 浩一	
	〃	主事	小田 和浩	

※傍聴：5名

－午後 1 時 1 5 分開会－

1 開会

2 あいさつ

3 議題

議題（1）「保険業務の主な懇談事項について」

① 保険料について

**事務局員が資料の説明を行う。**

**委員質問**

本日いただいた用紙のところに、所得割総額のところに所得係数というのが細かい数字が書かれておりますが、全国と新潟県の被保険者一人当たりの所得は、おそらく 0.8 から 0.7 になるのではないかなと思いますけれども、この額と右に賦課限度額ということで 50 万円となるといいますけれども、賦課総額からこの算式でもってやっていくんですけれども、調整分がいわゆる賦課総額から少なくなると思うんですけれども、少なくなった分はどこから補てんするんですか。

**事務局説明**

少なくなった分がどこに行くのかということですが、そちらにつきましては第 1 回懇談会の資料で三角形がちょっと形が変わるような説明資料があったかと思うんですが、賦課限度額を超えた分について、調整して同じ額を賦課できるように所得割率を設定するということです。

**座長**

第 1 回目の資料の何頁になりますか。

**事務局説明**

25 頁になります。

**委員質問**

全国平均より新潟県が一人当たりの収入が少ない分はどうなるんですか。

**事務局説明**

この分につきましては、調整交付金により調整されるということです。

### 委員質問

調整交付金というのはどこから出てくるのですか。

### 事務局説明

調整交付金というのは収入の見込み額のところに含まれます。

### 委員質問

国はそれを交付するというのですが、そのお金はどこから出てくるのですか。

### 座長

これは他に交付金の財源のところで相応の手当てがあるということですか。

### 委員質問

国庫負担金の他にまたそれがあるということですね。

### 事務局説明

定率負担の他にあるということです。

### 座長

よろしゅうございますか。他にどなたかございますか。はいどうぞ。

### 委員質問

勉強のために4頁なんですけれども、下段の推計方法のなかで、国の提示した算出方法はあくまでも全国平均的なものと想像されるためとありますが、よろしければどんな算出方法になっているのでしょうか。

### 座長

私も同じような疑問を持ったのですけれども、私としても加えたかった点でありまして、国の推計に基づいて給付額を算定するという4頁の試算で出てくるものと3頁のものと給付額でどれくらい差が出てくるのかということも含めて、算定の方式までお示しいただければと思います。

### 事務局説明

国の示しました方法といいますのが、費用のほうにつきましては平成18年度の老人医療費に国で示した、平成20年度の給付費伸び率というものを掛けて平成20年度の給付費の見込みとしておりまして、国はここで伸び率を4.8%としています。また、平成21年度の給付費伸び率としまして平成20年度の給付費に対する伸び率として5.6%と示しています。

これをもとに、国の計算により給付費が算出されます。

## 座長

そういたしますと、県全体ではなく市町村ごとに数値を出して、こちらのほうの数字は調整されたとの事なのですが、先ほど1.03いくつとありましたのが、この新潟県広域連合における推計の基礎となる数値となるということですね。そうしますと相当差があるんですね。

## 事務局説明

そうですね、1年ごとにそういう計算となりますけれども、平成18年度と平成20年度というふうに比較しますと、新潟県の数値を国と同じように直しますと4.6%となります。

## 座長

これは良く分からなかったんですけども、委員はお分かりになりましたか。

## 委員質問

具体的には比較すると安くなるんですかね。

## 事務局説明

まだ申しておりませんが、国提示とこちらのほうのものを比較しますと、こちらの計算のほうが高くなります。

## 委員質問

さきほど給付伸び率の比較で4.6%とありましたよね。それで実態に即して計算すると高くなるということですね。

## 事務局説明

国の示したものよりも、新潟県広域として推計したものが高く算定されます。

## 座長

実際の金額の差はどれくらいになりますか。

## 事務局説明

こちらの推計では2年間で給付費としまして、およそ26億3千百数十万円が国の計算よりも高くなります。

## 座長

もうひとつ聞いてよろしいでしょうか。他の広域連合はみんなそれぞれ単独でそれぞれの給付費総額およびその増減比率というものを算定したうえで保険料に跳ね返していくという手順をとっているのですか、それとも国の推計値といいますかこれを基礎にしているところも相当あるのかなと思いますけれども、実際新潟県でこういう形で算定方式をとられたということは、はっ

きり理由があるのでしょうか。

### 事務局説明

実態に近いものにしたいということと、国の示した方法では市町村ごとの負担金の計算がそれによってはできないということで、新潟以外の広域連合につきましても国の数字をそのまま使ったものでは、どこの広域連合でも見込まれる給付額よりも国のほうが少ない数値になるということで、他県の広域連合でもこういったやり方がされているのが実情です。

### 座長

ありがとうございました。よろしゅうございますか。他にどなたかご質問がございましたら。次にご意見のほうに移りますが、保険料の算定につきまして本日数値の出ている資料がありますが、これにつきまして意見がございましたらお伺いいたします。

保険料の金額はおそらく次回の懇談会で確定するのかわかりませんが、現在概算では均等割で35,400円くらいで所得割率で6.88%で出てきておりますが、何か意見ございますでしょうか。

### 委員質問

概算では一人あたり保険料が63,200円とあるんですけども、先ほど国との比較のお話がありましたけれども、新潟県医療費が全国46番目と低いなかで、全国平均で保険料は低いと理解してよろしいのでしょうか。

### 事務局説明

国が以前示したものとしまして、1か月約6,200円ということで、年額74,400円という保険料を示しておりますが、それはあくまで国が医療給付費のみを計算しての保険料として算出しておりますので、今回こちらで示した年額63,200円というのが給付費のみではなく、財政安定化基金の拠出金や審査支払手数料、葬祭費を含んだうえでの試算結果として計算されております。

### 委員質問

所得係数のところで全国から見ると新潟県の所得というもので考えた場合に、この係数からの割り出しのものでいいのかというものは、ここで0.8と示されているからということでしょうか。

### 事務局説明

そうですね。所得係数につきまして例えば東京ですと所得係数が1を超えることになりまして、そうしますと調整交付金が貰い得といったら悪いですが、新潟県の割合から比べると東京は少なくしか調整交付金が出ないというかたちになります。

### 委員質問

この0.8は現実的には県によって当然変わってくるということですよ。医療費が低いように新潟県の所得という部分でも全国平均よりは低いわけですよ、そのへんで0.8の精査というのはこれでよろしいのですね。

### 事務局説明

今回は、国が示した数値ということで使っておりまして、実際に調整交付金がいくら入ってくるかということは、実際にその年度でどれくらいの医療給付費が行われるかによって決まってくるので、例えば0.8%よりも低い所得係数で考えた場合、その分保険料も低くなるわけですが、それによって調整交付金が予想していただければいいんですが、入ってこない場合には、その分が財政が赤字の要因となることとなります。あまり低く考えるということも良いことではないということです。

### 委員質問

調整交付金は現実にあってくるわけではなくて、想定の中かで決まってくるのでしょうか。

### 事務局説明

保険料率算定の段階ではこの所得係数で、調整交付金がこうなるであろうという見込みであるということです。

### 委員質問

現実的には、実際の割合の中かで調整交付金が入ってくるんですか。

### 事務局説明

国のほうでどれだけ予算措置がされるかということによって影響を受けますので、こちらが想定しているだけ入ってこない可能性もあります。

### 委員質問

それは全部国の采配の中かでいただくということではかないわけですね。

### 事務局説明

交付金ですので、こちらでは如何ともしがたいものであります。

### 委員質問

基本的に質問したいのですが、なんとなくがんじがらめに決められた方式の中かで算定されているんですけども、例えば均等割と所得割が出てきた結果が高いじゃないかともう少し安くしてやれよという話でもって、いわゆる国民健康保険とかの関係で一般会計が繰り入れられることがありますよね、そういうような調整方法は考えられるんですか。考えられないとすれば早々は

この賦課方法の計算式も決められてやっているんでしょうし、出てくるものはこちらの意見でどうだこうだとならないわけですよ。県や各市町村から一般財源からもう少しお金をよこせという話はできるんですか。

### 座長

よろしゅうございますか。調整交付金はさきほど国庫負担の枠の中ではないと、外の話だという発言もございましたが、これがいったいどういう形で決まるんだろうかということと、国保と同じような形で一般財源からの繰入というのは当初から予定しているのか、予定していないのか、調整交付金の中でしか財源の補填が予定されていないとすれば、全部保険料に跳ね返していくということになるんだろうと思うんですが、その辺りの制度の仕組みはどうなっているのかというご質問なんですが。

お答えできる範囲で結構なんです。まだいろいろな所が分からない、政省令が先週でたばかりというのが実情でしょうけれども。

### 委員質問

保健事業の話になってくると、かなり各市町村で保健事業のやり方が変わってきているはずなんですよね。かなりきっちりやっている市町村が、住民の方に保健事業のレベルをぐっと下げよということは、なかなか言いにくいと思うんですよ。するとそれを維持するためにこちらでやってくれるのか、それとも市町村が自前でだすのか、保険料として集めたうえで75歳以上の方全員に均等に保健事業を行うのかというふうに仕組みを考えていくと、その辺が出来るのか出来ないのかということなんですよ。

### 事務局説明

先ほどのご質問なんですけれども、まず調整交付金の関係ですけれども、資料の7頁をご覧ください。ただきたいんですが、こちら公費の5割の内訳が出ておりますが調整交付金という形で1/6と出ておりますけれども、これは国のほうで予算要求というかたちで確保されるものと思いますが、ただ新潟県に先ほどの所得係数でどれくらいというものは、全国との結果を見ながら出していくものだろうと思います。先ほど担当がご説明したように、財源不足が生じる可能性もあるということでございます。

それから一般会計から繰り入れというのは、広域連合の規約をご覧になっていただくとお分かりになると思いますが、市町村からの一般会計繰入というのは難しいということになります。

### 委員質問

公費負担の5割のうちの1/6が国のほうから来るか来ないかということになりますと、じゃあ3/6も来るのか来ないのかわからないということですか。

### 事務局説明

3/6は間違いなくきます。



### 委員質問

その場合の大枠の医療給付費というのは県で見込んだ額で来るんですか。それとも実績で翌年度くるということですか。

### 事務局説明

実績でくるということです。

### 委員質問

医療給付費は全国ベースのものを言っているんですか。県単位のものですか。

### 事務局説明

これは県単位でこうなるものだという事です。

### 委員質問

公費負担が50%と大きな枠で決まっていますので、1/6も決められてるんじゃないですか。それじゃあペテン師で50%にならないんじゃないですか。

### 事務局説明

調整交付金というのは1/6と書いてはありますが、それは国の考え方で全国平均ということです。全体から見ると1/12です。

全国平均の所得をお持ちの県はこうなるということです。

### 座長

新潟県は少し多めにくると想定でこの200億というものを20年度で見こんでいるというふうに考えればよろしいということですね。

### 事務局説明

新潟県で考えますと公費負担は50%を上回ることになろうかと思えます。その点東京ですとか所得水準の高いところは逆に50%を割り込むことになります。

### 座長

よろしいですか。他にございますか。

### 委員質問

保険料の徴収の件ですけれども、ここで63,200円という形でありますけれども、いろんな減免制度があるなかでも所得によっては払っていけない人が出てくることも想定されますが、それはもう年金から全部自動で引き落としをされるわけですよね。

## 事務局説明

原則的には、年金からの天引き（特別徴収）ということになるんですけども、どの年金から引くというのは、国が介護保険料の例として、この人はこの年金からひくというものを年金支払者のほうから各市町村に連絡が行くこととなります。そこで年金の金額と介護保険保険料の金額と後期高齢者医療保険料を合わせたものを比較しまして、年金額の1/2を超えるような額になった場合には後期高齢の特別徴収を行わないという、介護のみ特別徴収となる方が出てくることとなります。

## 委員質問

所得の状況に応じて、保険料に関してはそれぞれの状況の方に応じて対応していく面を残すということですね。

## 事務局説明

原則年金からの特別徴収になるんですが、それが出来ない方については普通徴収になるということで納付書を市町村からお送りして納めてもらうこととなります。

## 委員質問

例えば国保みたいに、一定額を分割とか出てくると思うんですが、この後期高齢者の保険料に関してもそのようなそれぞれの対応は考えられるのでしょうか。

## 事務局説明

実際に収納事務は市町村の事務になるんですけども、現行の国保同様の取り扱いになります。

## 委員意見

生活が厳しくて納入できない方が出てきますよね、そういう方にぜひとも資格証明書を出さない方向で考えていただきたいと要望いたします。

## 委員質問

所得税法上で非課税となる年金からも天引きになりますか。

## 事務局説明

特別徴収の対象にはなりません。ただし、保険料の賦課の時には非課税年金は含めずに計算を行います。

## 委員質問

資格証との関係なんですけれども、老人保健制度でも資格証明書は出されていませんよね、後期高齢者になると出すというのは国の方針なのでしょうか。

### **事務局説明**

高齢者の医療の確保に関する法律によってですね、保険料を1年間滞納すると資格証を発行すると示されています。

### **委員質問**

それは広域連合としての考え方で対応を行うということでご検討いただけるんですか。

### **事務局説明**

市町村によって現行の国保との絡みがあるかと思うんですが、基本的には広域連合では法律に則って交付基準は作っていくことになっていきますが、ただ低所得者の関係について実際の運用面については市町村と共同で話し合いのなかで対応していくことになっていきますので、その基準をどうするかについて検討中であります。

### **座長**

広域連合で資格証を発行するかしないかの裁量権限があるということで考えてよろしいですか。それとも国が一律基準でやるんだということになっているんでしょうか。

### **事務局説明**

基本的には一律基準です。

### **委員質問**

今のお話ですと、国の法的なものはあるけれども現実的には徴収する市町村のところでの裁量といったらなんですけれども、市町村によっても考え方が違うようにその辺の運用は可能というふうに考えてよろしいのですね。

### **事務局説明**

協議はできるということです。

### **座長**

よろしいですか。他に何かございますか。

(特に意見等なし)

## 議題②「保健事業（健診等）について」

### 事務局員が資料の説明を行う

#### 委員質問

9頁に後期高齢者医療制度では保健事業の実施は努力義務とされているということですが、国の考え方で努力義務にした理由というものはありますか。もしお分かりいただければ教えていただきたいのですが。

#### 事務局説明

国のほうでの医療に対する在り方懇談会等もかなり開催されておりまして、その中では基本的に74歳までに健診等である程度の対策は練られるであろうというスキームのもとに75歳以上については既にそういった確立されたものがあるから重症化しないように医療を行っていくべきだという考え方がひとつ示されておりまして、その考え方がそこにあたるのであろうということなんです。

#### 委員質問

実際に75歳以上の方ですね、既に生活習慣病でお医者さんにかかっている方はどれくらいいるのですか。

#### 事務局説明

細かい統計はないんですけれども県内全体で7から8割の方はもう受診されております。

#### 委員質問

そうするとその7、8割の方は健診の対象外となるということですね。

#### 事務局説明

国のスキームでいきますとこの方々については除外しなさいと、ただし広域連合としましては制度が変わったと同時にですね、何も無いということは避けたいというところで検討を進めておるところでございます。

#### 委員質問

もう一つお聞きしたいんですが、早期発見がメリットということなんですけれども、医学的には分からないんですけれども75歳くらいから生活習慣病みたいな早期発見しなければいけないような症状というのはかなり出てくるものなのですか。

#### 座長

よろしいですか、こういうご質問が出るとは広域連合の方もお困りのようですね。

## 委員質問

早期発見という意味では大変いいことなんですけれども、むしろですね40歳以降の基本健診の受診率が・・・

## 座長

何%くらい、逆にこちらのほうがお聞きしたいくらいなんですけれども。

## 委員質問

そういうところに資源配分ということで考えれば、もっとそちらのほうに力を入れて早期発見につながるのかなど、それで75歳までにそういった健診機能を確立することが大事だと思いますので、75歳以上の健診の必要性というのが弱いからということで聞いたわけで、私も健診が悪いとは思ってないんですけれども、そのことを裏付ける例えば実際の対象となる方がどれくらいいるのかということと、本当に75歳以上の方に早期発見という事柄としてでてくるのがどれくらいなのかということで判断材料のなかにあるのかということで、それがいいのか分からなかったのを教えていただこうと思ったところです。

## 座長

私もお伺いしたいんですが、果たして75歳以上の後期高齢者に対してこういう健診事業というものがどうあるべきなのか、医療保険のほうでカバーするべきなのか、介護保険のほうでカバーすべきなのか、あるいはそれを市町村単位で行うに際して何がどのような形で、現在の状況をカバーできるような形での疾病予防が可能になる仕組みになるのかということ、努力義務を実際にはこの広域連合では実質的に実施義務として把握しておやりになるというふうに理解しておるんですけれども、この辺りはどうなるんだろうとお伺いしたいんですけれども。

## 事務局説明

先ほどの75歳以上の方が早期発見のための重要性として健診はどうかという話がございましたが、専門的な事は言えませんけれども、国は74歳までである程度そういった健診の充実が図られていればその後のものについては、お医者さんと患者の方の関係によって解決できるであろうというものが基本的にはあるんですが、ただずっと健康であって医者にもかかっていないという方もおられるわけですし、そういう方々がこういった健診の機会が無くなることによって、逆の話もでてくると一つの考え方もあります。

## 委員意見

介護老人と元気老人という形で比率を出したら、数字をきちっと把握しているわけではないんですけれども元気老人の方が多いと思うんです。そういう意味では75歳を健診の必要性というのが当然だと思いますし、委員がおっしゃったように若いうちに行えば医療費抑制につながるということだと思んですが、もう一つ気になるのは生活習慣病で例えば糖尿病患者で糖尿病管理されていても他の高血圧とかそういうところがどうなるのかなということと、特に今高齢者の方で管理されていたとしても問題になるのは、癌の問題ですよね。長生きされて高齢者の方で結果的に

癌を発症されて重症化すれば医療費抑制にもつながりませんし、その辺のところの健診の中身が生活習慣病ということで出てきて、前回頂いた資料で癌検診がそのまま移行されるように思ったんですけども、その辺のところでも早期に対応するということが非常に大事だと思いますので、生活習慣病と合わせた健診というのが必要ではないかなと思います。

### 委員意見

私はですね、健診が悪いなんて事は言っていないわけです。健診が必要か必要じゃないかということではなくて、数値的にどうなのかということでお聞かせいただきたいということだったんです。予断をもってしないでいいとかそういうことは言っていないで、対象となる方がどれくらいいるのか、あるいはそれによって発見される症状というのがどれくらいあるのかという裏付けが必要なのではないかなと、あともう一つ訂正させていただきたいのは現在医療費適正化計画ということで県でつめているんですけども、その中で健診の目標健診率が新潟市で70から75%なんです。ですから実際はそれよりも低いんですよ。市町村からデータを出していただかないとはっきりとは断言できないんですけども、7割前後を目標にするということです。

### 座長

よろしゅうございますか。もしよろしければこの辺の議論というのは医療提供側ではこの健診をどのように捉えておるのでしょうか。

### 委員意見

今ここで拝見すると健診のやり方自体は75歳以下と同様の項目であるというようなお話なんですけれども、歯科医師会としましては75歳以下の健診自体が歯科医師会から見て完璧ではないと、歯科健診がちょっと軽視されている部分があると、全体の医療の問題のなかで口腔内の健康というのが高齢者の健康にすごくリンクしているといわれているというエビデンスがあるときにそのままいいかどうかというのは歯科医師会として非常に問題になっているところで、出来ましたら75歳以下にも入れていただきたいんですけども、それをここで言う場所ではありませんので、同じということになりますと今我々が考えている健診が不足しているまま、75歳以上もこうなってくるということに関しては、歯科医師会は少し問題があるのではないかなというふうに思います。

### 座長

他に何かございますか。

### 委員意見

癌検診についてですが、今回の特定健診については医療保険者に義務付けられているんですが、癌健診については市町村保健事業となっています。あと特定健診に対して日本医師会の会議では75歳以上の健診については努力義務だったんですが、やはりどちらかといいますと若年者の健診で早期発見というのが進められております。すると高齢者の健康はどうなんだというところは

あると思いますので、是非とも今の健診を続けられるように議論をしていただければと思います。

## 座長

他にどなたかございますか。

## 委員質問

保険料というかたちで10、11頁のところに考え方としてあるんですけども、今までのいわゆる健診という部分では市町村が対応して、市町村の費用のなかでされていたと思うんですが、本当はこの財源として保険料枠のなかで、それぞれ分担の中でやりますよということは、今まで市町村が負担していた部分が、私達受ける側も保険料というかたちのなかで負担していくということになるわけでしょうか。そこを使いながら、なおかつそれぞれの補助というかたちで対応していきますよということでしょうか。

## 事務局説明

今までの基本健診につきましては、費用的に国・県・市で1/3ずつ負担をしているという実績があります。今度74歳以下の特定健診につきましては、国・県の1/3はそのままつくというふう聞いておりますが、市で持っていた1/3この部分につきましては国保では、被保険者の保険料から捻出するというスキームになっております。今言っているのは、国保の特定健診でございます。

後期高齢者につきましては、現在国のほうでは基準単価の1/3程度、今県のほうに広域連合のほうから要望をしているところですけども、その他に今までの市で賄っていた部分、いわゆる一般財源この部分についてもお願いしたいと思っておりますし、医療保険者として広域連合も被保険者の保険料も入れてそれぞれ負担するという方向で検討中というところですよ。

基本的には各保険者が出すという部分がありますのでその部分を後期では保険料から賄っていくという考え方のもとに検討していきたいと思っております。従って保険料だけと例えば市の一般財源だけという考え方ではなくて、それぞれ負担をしていただくということです。

## 座長

この保健事業につきましてどのように考えるべきかということも、今変わりつつあるところで今までは老人保健事業のところも介護保険の導入でそちらに移行していく部分もありますし、保険者の機能のなかで本来考えていくべきだという考え方も出てきておまして、さてこれをどう考えるべきかということはおそらく広域連合のなかでもご議論が必要でしょうし、市町村との財源や実施主体が一体どうなるかとさまざまな議論があるんだろうと思いますが、今後シナリオとして11頁考え方今のところ2ケース提示されてますが、この辺りでご意見はございますか。

## 委員意見

今ケースIを考えておられるということですけども、市町村に委託するというかたちなんで

すけれども、各市町村で健診のレベルがかなり違うと思うんですけれども、今度後期高齢者医療保険としてこの健診のレベルでやらないとおかしなものになると思うんですけれども、これは委託するにしてもこれとこれとこれとかたちで指定したうえで、これについては国で定めた74歳以下の方たちの特定健診の費用というものがあると思うんですけれども、その1/3の補助になるんだろうと思うんですけれども、それを余計超えた部分というのは国の補助が出ないわけですね。そうすると市町村によっても違うし、県でやっている健診支援機構というものがあるんですけれども、これも国の基準項目よりも更にレベルアップされているんですね。3項目とか4項目とか、国の基準よりもレベルがいいんですね。支援機構としてはおそらくそのまま全部一緒にやっちゃうんだろうと思うんですけれども、これも最初の健診項目から上積みになっている部分があるんですね。1回目の時にもお話したように保険料でやられるんだからいいだろうと話がありますけれども、若年者の部分でいわゆる被用者保険では上積み分というか、それを除いて国で決められたものだけをうまくやろうよという保険者もけっこうおられるんですね。

若い者の健診項目が75歳以上の方の健診項目よりもレベルが下だとかたちも出てくるわけですね。それで先ほど出ていた必要性というのはどのように感ずるのか、良いのであればみんないいよという話で当然なんですけれども、ただ75歳以上の健診のレベルをどこに置くか、今までやっていたのに今年から下げるなんていかないよという話はあるんでしょうけれども、高齢者が若年の時に今たいしてやっていないんですけれども、この特定健診がきちっとやられてくれば74歳以下の特定健診もきちっとやられてくると思います。それでこれから後期高齢者のほうに入って行くんだから、ある程度フォローされてくるよという考えのもとに最低限の健診項目でいいじゃないかという考え方はあると思うんですね。ただやたらに今までしてきたからそのまま踏襲しようよとかたちでやっていくと費用がその分余計かかっちゃいますから、やはり広域的にものを考えるのであれば、国がある程度線を引いたものでいいんじゃないかと私の考えなんですよね。最初は健診項目は最低で走って、必要性があるものなら上積みしていくというのは一向に差し支えないと思います。

## 委員意見

例えばその後になんか追加しようかなと思った時に柔軟に対応出来るんでしょうか。制度の改正は可能なのですか。いろんな市町村で様々な健診がありますから、その辺りの微調整が出てきた時に柔軟に対応可能なかどうか。

受診率が低いのにただ丸がかりでやって経費だけが出ていたとなると困りますので、もし不安定な要素が出れば健診内容を国の最低基準に合わせるとか、負担が伴わなければ良いんですけれども、その辺りで広域連合としては最初は周りの様子を見たほうがいいのかと感じました。

## 委員意見

新潟県は、国の基準プラスアルファでやってきたんですね。健診をして結果的に医療費抑制に繋げる部分ではいいと思うんですね、ただどこでお金を出すかというのが問題で結果的に健診という枠のなかで当然それは75歳未満の人のところでもあるわけなんですけれども、そういう中のもので考えられたものであるから、そこは今まで医師会を中心として作ってきた中で対応して



いくってことだと思います。1回目の懇談会で医師会の方からそういったお話はありましたが。

## 座長

この問題についてはここまで突っ込んだ議論は初めてじゃないかと思います。それで実は委員から発言のありました努力義務というものはどういうものなのだろうというところから、特定健診というものは広域連合で努力義務を超えたかたちで実際にこの新潟広域連合で実施しようとなりますと、具体的にどうするのか、健診項目をどう広げるのか、今までどおりやるのか、市町村との連携をどうするのか、あるいは他の様々な保健事業が行われているなかでこの広域連合としての保健事業をどうするかたちでそれぞれ差別化というよりも、それぞれの関係をどのように調整するのか、そしてその費用負担をどうするのかと、おそらくいろいろな問題が出てくるんだろうと思うんですが、さてどう整理すべきかというところで、私も一番分かりにくいのは国は努力義務と言っているんですけども、この広域連合ではこれを実施しようというご判断の根拠がどのあたりになるのか、それが実際に費用の抑制効果に繋がるということなのか、それとも今までせっかく実施してきたんだからそれをなんらかの市町村ベースのかたちで維持していきたいというところの動機づけのほうが強いのか、あるいはその辺りを広域連合としてもうちょっと先にステップが進むかたちで何かお考えになっているのか、この辺りで何かございますか。

非常に大きな話で恐縮なんですけれども。この特定健診の考え方についてどのように私ども考えたらいいいのか、それに従ってシナリオの1か2なのか、それがシナリオに従ってどう違ってくるのかというのが私は理解できていないんですけども、つまり委託でやるのかそれともそういうかたちの市町村に対する間接補助でいくのか、つまり今までの保健事業をそのまま継続してそこにお金だけを流すシステムなのか、これによって実際の違いがどこにどのようなかたちで出てくるっていうのがよく分かっていないというところもございますが。

## 事務局説明

努力義務を新潟広域連合が実施するにあたって、基本的には広域連合が実施主体となって、広域連合だけで職員を確保して完結できることができればそういった議論から入れたんですけども、もともと現在の市町村へこれまでの連続性を加味して委託をするという前提で動いていたものですから、そこで各市町村に前回アンケートを実施し、ほとんどの市町村が75歳以上も必要であるといったご回答もございますし、他県の状況等も情報収集した上で、新潟県広域連合では努力義務ではあるけれども実施はするという方向性を出したわけでございます。従ってこれは健診の機会を確保することによって現在新潟県の一人あたり医療費もかなり低い状況があるわけですので、この健診の充実もその辺に結びついているといった判断もあります。

## 委員意見

私が誤解を与えたのかもしれないんですけども、健康な方が年に1回くらい健診というのは良いことなんですけれども、国の話でどこまで健診をやるかというのが問題ですし、また費用の問題でも誰が負担するのかというのがありまして、広域連合の健診項目としてこういったものが

どうかといった時に市町村はニーズがあるというお話もありますし、全員の高齢者の方に聞くわけにはいかないですけれども、お医者さんにかかっていない高齢者が健診を受けるという事は悪いことではないという意味では保健事業としてこういう健診をやるということに関しては良いことだと思います。

## 座長

先ほど適正化計画を検討しておられると、目標数値で受診率が75%ということでお話がありましたが、県単位でもやはりこの部分は検討なさっているのではないかと思いますので、つまりこういうかたちでの特定健診の在り方について県のほうではどのようなお考えですか。

## 委員意見

県のほうでは、年齢は別としまして治療から早期発見早期治療をするということですが、若い方の受診率が高くありませんので、県としては受診してもらって、それで受診だけではなくて保健指導というかたちで行って生活習慣病を減らしていくことを取り組んでいます。今県で行っている医療費適正化計画ということで名前は医療費適正ということを受けると、ついつい医療費を削減するというので考えがちなんですけれども、医療費の話をする前に新潟県の医療水準が全国的にお医者さんの数が低いわけですから、十分に医療水準を上げながらですね、結果早期発見早期治療あるいは予防に重点をおいたものになる。そして結果的に医療費抑制につながるというのが県の考え方でありまして。そういう意味ではここで言っている75歳以上の方であったとしても健診で病気を発見する機会ということが有効だというふうに考えます。

## 座長

ほかにどなたかご意見はありますか。関連で委員にもお聞きしたいんですけれども、保険者としてこういった健診事業というものを適正化といいますか、あるいは財政的な抑制効果につながるとしたら実際には保険者がやるべきだという考え方についてはいかがでしょうか。

## 委員意見

当然、医療保険者として我々自身がやるということで、県が示された5年後の受診率が70%から75%の世界を目指して頑張っていくということです。ただ、当然75歳以上の世界においても健診の機会というものは必要だと思っておりますし、保険者として提供すべきものだと思っております。健診のレベルは、今ものすごく市町村でも違いがあるし、被用者保険で若人といわれる人達の最低ラインの健診レベルというものがあるんですね。国で定められた基準を超えてやる必要があるのかというのは議論をしていただきたいと言っているだけなんです。健診の機会には当然必要だというふうに私も思っております。ただ、健診レベルと負担の仕方は議論していかねばならないと思っております。

## 座長

よろしいでしょうか。

## 委員質問

負担の国の考え方がですね、変わってきてますよね。個人負担を求める利用者負担この辺の位置づけをどのように考えるか。この利用者負担金があるために、結局絵にかいた餅になってきやしないのかという問題が大事になってくると思います。

## 座長

おそらくこのあたりも議論し始めるとなかなか大変な状況でございまして、人間の健康って誰が、どういう方向でどのように守るべきかと、特に本人が自覚、努力なしに保険者あるいは国なり行政主体なりがそういう管理について一生懸命努力して効果が生まれるんだらうかということも含めていろいろあるんだらうなという気はいたしますが、ただ広域連合が保険者としてこういう後期高齢者の保健事業をやるということに際して、本来のあるべき保健事業というものをご議論いただいたうえで、コストデメリットを考えないとうまく社会保険の制度が機能しないんだらうなと思いつつ皆様のご議論をいただきました。

そろそろお時間も差し迫っておりますが、この保健事業につきまして他になにかございますか。

## 委員意見

実際に処方箋いただいて調剤しておりますと、糖尿病の方が一番高いというような状況でしょうか。今の薬剤の治療は何錠も加わっていくような状況で、新薬も高くなっていますので厳しいんですね。だからそういう意味で入口のところで、以下に疾病を予防するか、それと合わせて健診のところで早期発見で重症化を防ぐかというところが大事かと思えます。今新潟県が医療費が低いのは、健診プラスアルファも含めた成果ではないかというお話はありましたように、やはり健診は重要だと思いますので、そこは皆さんできちっと今までの踏襲をきちんと踏まえたいうでの対応をしていただきたいということです。

## 座長

今のご発言で、さて新潟県の医療費が低いのは本当に健診が効果を生んでいるんだらうかと、先ほど委員のご発言でちらっとございまして、医者数が少ないんだよと、つまり供給サイドが実は需要を作り出していると経済的な公共経済学の議論もございまして医療費の抑制の効果はどこから生まれてくるんだらうと、こういう予防が効果を生んでいるというふうにならうと新潟県の実況を捉えるのか、供給サイドが実はそういう優先で動いているということを前提にして、具体的に需用管理というのが、医療の供給サイドから生まれているんだよというふうを考えるべきか、なかなか現状はどうなんだらうと思えます。何か、ご発言はございますか。

## 委員意見

医療費適正化計画のなかです、そういう健診と医療費の相関関係を実際に調べているんですが、ただうまいことデータから相関関係が出ておりません。旧市町村単位の受診率と医療費をみると必ずしもきれいな相関関係というものがないのかなと、もうちょっとデータがあればという感じですが、医療費適正化計画のなかでもし良い資料がありましたらお示ししたいと思いま

す。早期発見が健康につながるということで、これからも市町村と一緒に健康指導を行っていきたく思っております。

#### **委員質問**

5頁の保険料の算定のところに保健事業に関する費用というものが、費用のほうに入っているんですけども、それなりの見積もりといいますかどの程度使えるかというものが何かお持ちなんでしょうか。

#### **座長**

これは平成20、21年度の予算とかはもう既に具体的な数字が出ているのかというご質問ですが、何かあるんですか。

#### **事務局説明**

この資料で示した案のなかには保健事業は含まれておりませんが、今検討中だということです。

#### **座長**

時間も差し迫ってまいりました。委員のご発言のなかで、もし相関関係が医師数やベッド数なりと相関関係があるというのであればそれも含めて適正化計画を県のほうでどのようにお作りになられているかどこかでお示しいただければありがたいと思います。

(特に意見等なし)

#### 議題(2)「その他」

#### **座長**

事務局のほうからどうぞ。

#### **事務局説明**

広域連合では現在、条例骨子案のパブリックコメントをやっておりますので、意見がございましたら、ご意見をお寄せいただければと思います。

#### **座長**

パブリックコメントのご案内でございました。他に何かございますでしょうか。それではよろしゅうございますか。

それでは第2回の新潟県後期高齢者医療懇談会をこれにて終了させていただきます。長時間にわたりましてご協力ありがとうございました。

議事終了

## **事務局説明**

次回は、11月1日を予定しておりますが、皆様ご都合はよろしいでしょうか。

今後のスケジュールを考えますと11月1日に開催させていただきたいなと思っておりますので、  
ろしくお願いいたします。

－午後3時5分閉会－