公開可

委員名消去の記録

令和元年度
第２回新潟県後期高齢者医療懇談会
会　議　録

令和元年 11 月 27 日(水)

自治会館本館 4 階 401 会議室

【出　席　者】

区　分	所　　属	役職名	氏　　名	備　考
被保険者代表	新潟市シルバー人材センター	理　　事	片山　進蔵	
	新潟県腎臓病患者友の会	会　　長	大脇　健一郎	
保険医又は 保険薬剤師代表	新潟県歯科医師会	副 会 長	亀倉　陽一	
	新潟県薬剤師会	副 会 長	小 幡　　聡	
学識経験者 その他の有識者代表	新潟大学	名誉教授	國武　輝久	座長
	新潟大学 人文社会科学系 法学部	准教授	石畝　剛士	副座長
被用者保険等その他 の医療保険者代表	全国健康保険協会新潟支部	業務部長	渡邊　勝美	
	健康保険組合連合会 新潟連合会	理　　事	村田　久雄	
行政関係者	新潟県福祉保健部国保・福祉 指導課	課　　長	吉 澤　　隆	
事務局		事務局長	八　木　　弘	
		事務局次長	八　木　　明	
	業務課	課　　長	佐藤　直樹	
	総務課　総務係	係　　長	山本　隆司	
	総務課　企画係	係　　長	冨井　和子	
	業務課　資格保険料係	係　　長	新田　昌一	
	業務課　医療給付係	係　　長	熊木　研二	
	総務課　企画係	主　　任	小林　美奈子	
	総務課　企画係	主　　任	渋谷　華織	
	総務課　企画係	主　　任	若槻　健太	
	総務課　企画係	主　　事	佐藤　郁美	

－　午後１時１５分　開会　－

１　開会

２　あいさつ

事務局

本日は、ご多用の中、またお寒い中、金曜日には新潟も初雪だというふうな予報も出ているということでございますけれども、本当にお寒い中、ご出席いただき、ありがとうございます。

本日は、今年度２回目の会議ということでございます。今ほど委嘱状をお渡しいたしましたけれども、委員の皆様の改選によりまして新たに石畝様、渡邊様をお迎えしての初めての会議ということになります。ご両名様、どうぞよろしくお願いいたします。

また、引き続き委員をお願いしております皆様におかれましても、これまでと同様に闊達なご意見をご頂戴いただければというふうに思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

本日の懇談事項でございますが、会議次第にありますように、５項目ございます。

最初に「当広域連合の現在の状況について」、そして「後期高齢者の医療費について」ご説明申し上げます。これについてはいつもこの時期に当広域連合の現状、状況について皆様に知っていただこうかということでご説明申し上げているところでございます。

それから、３つ目の項目の「保険料率」につきましては、２年毎に実施しております料率の改定作業の状況につきましてご説明をいたします。

保険料については今さら申し上げるまでもなく、後期高齢者医療制度の安定的な運営にとりまして、保険者としての根幹をなすものでございます。本日は改定における基本的な考え方も含めまして、現段階での試算の数値をお示しいたします。

続いて４つ目の項目は、「広域計画の改定について」でございます。

来年度以降、全国的に本格的な実施となります「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取り組み」に向けて、当広域連合の事務を総合的・計画的に実施するための基本となります現在の「第３次広域計画」の一部を改定したいというものでございます。

５つ目の項目につきましては、先回の会議でご説明しましたデータヘルス計画に基づく保健事業の昨年度の実績と評価につきまして、最終的にまとまりましたので改めてご報告いたします。

それぞれの項目につきまして、委員の皆さまから忌憚のない様々なご意見をいただければと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

３　委員紹介

事務局

続きまして、次第の３．委員紹介に移らせていただきます。

先ほども申し上げましたとおり、今回委員の改選後初の開催となりますので、私の方から委員の皆様をご紹介させていただきます。

※各委員及び事務局員の紹介

なお、皆様のお手元には、「別紙」として本懇談会の設置などを定めております「懇談会設置運営要綱」を配布させていただいておりますので、参考としていただければと思います。

４　座長の選出及び副座長の指名

事務局

それでは、次第の４．座長の選出及び副座長の指名に移らせていただきます。

新しい座長が決まるまでの間、私の方で進行させていただき、座長が決まりましたら、その後は座長に進行をお願いしたいと思います。

※座長には、委員の互選により**國武委員を選出した。**

座長

しばらくでございました。

座長に選任いただきまして皆様ご同意いただいたということで、この懇談会引き続き前年度と同様、私、進行係を務めさせていただきます。よろしくご協力のもとお願いいたします。

※副座長には、座長指名により石畝委員を選出した。

５　懇談事項

（１） 新潟県後期高齢者医療広域連合の現在の状況について

（２） 平成 30 年度新潟県後期高齢者の医療費について

座長

それでは、次第の５．懇談事項に入らせていただきます。

（１）新潟県後期高齢者医療広域連合の現在の状況についてでありますが、資料１に基づきまして事務局の方からご報告をお願いします。次の（２）平成 30 年度新潟県後期高齢者の医療費についても、関連がありますので合わせて説明を受けたいと思います。

事務局、説明をお願いします。

事務局

それでは、懇談事項（１）新潟県後期高齢者医療広域連合の現在の状況について、説明いたします。資料１をご覧ください。まず、１．被保険者数の概要についてです。

（１）被保険者の推移ですが、平成 31 年４月１日時点での被保険者数は、37 万 4,991 人であり、前年度より 4,324 人、1.2%増加しております。

なお、参考として表の下に全国の被保険者数についても記載させていただきました。平成 31 年４月１日時点で約 1,772 万人、昨年と比べて約 50 万人、率にすると 2.9%増加しております。

次に、（２）被保険者数の内訳　窓口負担の割合別についてです。

平成31年４月１日現在では、１割負担の方が35万9,859人、現役並み所得者であります３割負担の方が１万5,132人で、構成率は１割負担の方が96.0％、３割負担の方が4.0％となっております。毎年８月に負担割合の見直しを行いますが、令和元年 10 月１日時点では、１割負担の方が96.1％、３割負担の方が3.9％となっております。

続きまして、２．保険料の概要についてです。

（１）平成31（令和元）年度の保険料率及び賦課限度額をご覧ください。

平成31年度の保険料率は、均等割額が３万6,900円、所得割率が7.40％となっております。

この、保険料率につきましては、２年ごとに算定しており、昨年度と今年度は同じ保険料率になります。

なお、令和２年度・３年度の保険料率につきましては、後ほど懇談事項（３）でご意見をいただきたいと思っております。

賦課限度額についてですが、62万円となっており、今年度の確定賦課時点での賦課決定被保険者数は38万368人で、一人当たりの平均保険料の額は、軽減前で６万3,837円、軽減後で４万7,360円となっております。

次のページをご覧ください。（２）保険料の軽減状況についてです。

保険料は、被保険者に等しく負担していただく均等割と、所得に応じて負担いただく所得割があります。所得が一定額以下の場合、保険料の均等割額が軽減されます。軽減割合は、所得額に応じて、２割、５割、8.5割、８割となっております。そのほか被扶養者だった方に対する軽減があります。これは、後期高齢者医療制度発足時の激変緩和措置として、後期高齢に入る前にご家族の被扶養者だった方に対する軽減措置です。これらを合わせて、均等割の軽減額は、全体で59億9,492万１千円、対象者数は、24万6,155人となっています。被保険者のうち、64.7％の方が均等割額の軽減を受けております。保険料軽減分の財源は、県と市町村から補てんされますので、広域連合として減収になることはありません。

なお、この軽減制度は平成 29 年度から段階的に見直しが行われており、今年度からは同一世帯内の被保険者と世帯主の前年の総所得金額等を合計した額が 33 万円以下の場合、これまで均等割が９割軽減されていたものが８割の軽減に見直され、また、元被扶養者の軽減が、加入から２年間に限り５割軽減と見直されたことが軽減額総額が減少している要因と思われます。

これまでの保険料の軽減見直しに関する経緯を「資料１の参考」としてまとめてありますので、後ほどご覧いただきたいと思います。

次に、（３）保険料の収納状況です。

平成30年度の確定収納率は、現年度分で99.68％となっており、平成29年度の99.64％を0.04ポイント上回る結果となっております。また、平成30年度の滞納繰越分の確定収納率は29.92％となっており、こちらにつきましても平成29年度の29.91％より0.01ポイント上回っております。

次に、（４）短期被保険者証の交付状況についてですが、今年８月１日時点で98枚、被保険者数に対する割合は、0.03％となっており、全国の交付割合0.21％と比較すると少ない割合となっております。新潟県広域連合では、一律の機械的な発行はせずに、短期証の交付にいたるまで、きめ細かな納付相談を実施するなど、交付対象者の絞り込みを行った上で発行していることが原因となっております。

また、（５）に滞納者数の状況を記載しております。

平成 30 年度は延べ 3,214 人で、平成 26 年度以降、毎年減少しています。

続きまして、３．医療費等の給付について、です。

（１）保険給付費は、平成 30 年度の合計が 2,597 億 4,930 万円で、前年度比 0.72％の増加となっております。内訳は、療養給付費 2,432 億 4,631 万円のほか記載のとおりであります。

次に、（２）一人当たり医療費ですが、新潟県広域連合の一人当たり医療費は、75 万 1,961 円で、前年度比 0.02％減少しております。この金額は、全国で一番低い値となっております。

参考としてお配りしておりますＡ３版のカラーの資料につきましては、平成 30 年度決算ベースの数値をグラフ化したものです。今の説明と重なる項目もあるかと思いますけれども、集計の時点が違うため、数値は一致しない場所があります。傾向を見るための参考資料としてご覧いただければと思います。

引き続き、懇談事項（２）平成 30 年度新潟県後期高齢者の医療費について、説明させていただきます。

資料２－１「平成 30 年度新潟県後期高齢者の医療費について」をご覧ください。

数値は、国保中央会公表の平成 30 年度年間分医療費速報と当広域連合が独自にレセプトを集計した結果をもとに、新潟県後期高齢者の医療の傾向について説明させていただきます。

新潟県の平成 30 年度の１人当たり医療費は 75 万 1,961 円であり、全国で一番低い値となりました。項目ごとに見ますと、入院は 364,375 円で全国で 46 番目となっており、全国平均と比較して 77.33％となっております。これは、入院の受診率が全国平均の 80.89 件に対して、新潟県は 65.70 件と全国平均と比較して 81.23％と低くなっており、入院に係る１人当たり医療費が低いのは、受診率の低さが一つの要因として考えられます。

また、入院外でも全国比 79.25％、全国 45 番目となっております。入院外は、１件当たり日数が全国平均の 1.78 日に対して、新潟県は 1.55 日と全国と比較して 87.19％と少なくなっており、入院外に係る１人当たり医療費が低い要因は、１件当たり日数が少ないことが考えられます。

歯科は 30,884 円で全国平均と比較して 87.68％、全国で 21 番目、調剤は 141,345 円で全国平均と比較して 93.56％、全国 33 番目となっております。

次のページ資料２－２につきましては、疾病分類の項目別に件数と費用額を集計したものです。

参考にご覧いただければと思います。説明は、以上です。

座長

ありがとうございました。ただ今、懇談事項（１）につきまして事務局から報告がございました。ご質問あるいはご意見ございましたらご自由に挙手をお願いします。いかがでしょう。

何か補足的な説明はございますか。

事務局

ただ今の説明で調剤が 141,345 円で全国で 33 番目と申し上げましたが、正しくは 31 番目ということで誤っておりました。

事務局

資料に記載のとおりとなっております。

座長

ただ今、補足的な説明を含めまして事務局からご説明をいただきました。ご質問等ございませんか。

委員

資料２で全国順位の話しなのですが、だいたい 46、47 位とかということなのですが、歯科と調剤が 21 位、31 位ということでこのへんは全国中位くらいにあるのですけれど、特徴的な何かがあるのでしょうか。何か分かっていれば教えていただけますか。

座長

それでは、これは回答をいただくまでにちょっと時間がかかるようですので、他のご意見等はございませんか。

委員

医療費が低いというのはやはり一つには、医療資源が少ないというのもあるかなと思うのですけれど、歯科が全国で 21 番目というのはおそらくアクセスがしやすいというのがあるのではないかと思います。

新潟県は歯科の件数が全国的にみても高い方なので、結構お年寄りが近所の歯科に行きやすいというのも少しはあるのではないかと思いますし、今、口腔の健康が全身に影響するというのは結構いろいろなところで言われて、県民の方や国民の方に周知されてきたところがありますので、そういうのも含めて積極的に通ってきてくれているのではないかなと個人的には思っています。それが原因の１つなのではないかなと。21 番目ということで、できればもっと上にいって欲しいですけれど。

座長

はい、ありがとうございました。

委員

中山間地にもいわゆる歯科医院はたくさんあるわけですか。いわゆる山の方。

委員

今は結構あるかと思います。

新潟市自体は全国でも１万人当たりの歯科医院の数は多くて、新潟県下においても確かコンビニより多いという話です。結構多くて色々なところに開業なさっている方もいます。

委員

都市部はいいとして、やはり中山間地の方でたくさんあるのであれば納得です。

委員

病院とかに比べれば色々なところにあるかと思います。

座長

調剤の方はいかがですか。

委員

主観ですけれど、アセットをご覧いただくと 93%なのですね。だからどんぐりの背比べではないのですけれど、かなり拮抗している状態の 31 番目ということだと思います。

それから先程から出ております中山間地の話になりますけれども、やはり薬局も離島とかにはないです。

それで、みんなテレビ電話とかその他の対応ということで国も一生懸命やっていますし、我々もそれに関する整備をしておりますので、そのへんで今後対応ができればという話になると思いますが、現状はまだやはり新潟市、大きな都市に集中しているというような意見でございます。主観なので答えになっているかどうか分かりませんが。

座長

はい、ありがとうございました。

事務局

歯科医療費と調剤医療費ということなのですが、新潟県の一人当たり医療費が全国的に一番低い、その要因を何かというのを分析・研究する中で、医療機関数とか病床数、医師数が関連しているのではないかというのが一つの要因として以前挙げられておりました。

医師数でいうと人口 10 万人当たり全国が 252 人であるのに対して新潟県は 205 人と全国よりも少なくなっています。一方で、歯科医師数でみると全国が同じく 10 万人当たり 82 人、対して新潟県は 91 人という数字が出ています。すぐさまこれがということではないとは思いますが、一つの要因として考えられることかとは思います。調剤に関しては根拠資料を持ち合わせていないので申し訳ありませんがお答えができません。

座長

はい、ありがとうございました。

ついでにと言ってはなんですけれど、実はこの懇談会でおそらく長年にわたって議論してまいりました課題として全国対比で新潟県の後期高齢者の医療費が全国で一番低いと。長年にわたってこの傾向が継続しております。

この原因がどこにあるのかということについて、前回の懇談会でもご報告いただきましたように、色々な調査研究も続けてきたわけでございますが、必ずしもはっきりとした原因というものを特定できていない、因果関係が明確な形で説明できるような説明変数というのは見出していないというのが現状でございます。

後期高齢者だけがこの医療費が全国対比で少ない、低いということで、実は国保の方につきましては前回の調査の時点では 27、28 番目と聞いておりますが、もしよろしければ最近の国保の状況についてご存知であればお教えいただければと思います。

そこで医科と歯科及び調剤の関係で、これも同じような全国対比での傾向というのが国保の中

でもあるのだろうか、つまり医科の医療費が低くて調剤あるいは歯科の方が高いという傾向がこれは新潟県内で国保でも同じような傾向として見られるのでしょうか。

委員

順位は前回ここでお話したのが現段階ではたぶん最新だと思います。全体のいわゆる医療費の順位をたしか申し上げたと思いますが、だいたい毎年変わってないです。

それを個別に入院や院外、歯科、調剤といったものについては申し訳ございません、数字を持ち合わせていないのでお答えできませんが、総じて言うと新潟県はだいたい中位にあって、後期になると 47 位になる。前回でもお話いただきました理由も一つあるのでしょうし、他にも何かあるのかもしれません。なかなかこれはというのはちょっと申し上げることは残念ながらできない状況です。

座長

ありがとうございました。それでは他に何かございますか。

委員

今のお話ですけれども、協会の方では新潟支部の分の医療費は全国的に見て下から数えて一番、二番というところにおりまして、それに伴って保険料率もやはり下から数えて一番目、二番目という場所におりますので、後期高齢の医療とほぼ似たようなかたちを取っているのかなと思います。

併せてもう一点、ちょっと似たようなことがございまして、先程受診率の低さというお話が出たと思うのですが、実は協会でも同じように、協会の中で健診の案内等を行っているのですが、健診の受診については新潟県は非常に高い健診率を保っているのですけれど、実は受診率となると半ばよりも若干下なのかなというところまで落ち込むという傾向がございまして、これも同じようなかたちなのかなというふうにお聞きいたしました。

医療費についてと書いてあります資料２－１の中で、真ん中あたりに１件当たりの入院の日数というところがあって、ここが 100.68%、全国よりも若干高めに出ているわけなのですが、なかなか受診率が上がらないけれど、一度かかると日数が長くなるというところが関連しているのではないかという話が時々出ておりまして、このあたりが何か関連性があるのではないかなという意見でございます。以上です。

座長

ありがとうございました。他にどなたかございますか。

委員

今の１件当たりの入院日数が全国比で 100%超えている、全国と同等程度ということですけれど、受診率は低いけれどもいったん入院すると日数は長くなる傾向にある。

これは、私が見ている小さい保険者でも中の新潟県はやはりそういう傾向にある。

そうすると、受診率というのは色々な関連があるにしても、我慢して悪くなって初めてお医者さんに行く傾向がやはり見て取れるのかなと。

私どもの健康保険組合では早期受診、早めに悪くなる前にお医者さんにかかってくださいという取り組みを啓蒙といいますか、そういう受診、重症化予防という中で今話をして啓蒙しています。後期高齢者も含めてそうですけれど、やはり病院が遠いとなかなか行きづらいとか色々あるかもしれませんが、調子が悪くなったら早めに受診していただいて重症化を少しでも、早くよくなってもらうという取り組みが必要だというふうに思いますので、一つの意見として聞いていただきました。以上です。

座長

ありがとうございました。他に。

事務局

私がわざわざ言うお話ではないかもしれませんが、前回の会議の際に新潟県の後期高齢者医療の状況がどうか、今ほど座長がおっしゃられたとおり原因がどこにあるのかといったあたりの分析をしたという話をさせていただきました。

今日資料を持ち合わせていなくて恐縮ですけれども、その時にもお話しましたが、新潟県の一つの特徴として入院医療費と外来医療費が逆転するその年齢が他の広域、特に医療費の高い福岡、高知とかに比べてか、全国平均のどちらだったかちょっと今曖昧ですけれども、たしか５歳ほど後ろ、高い年齢の方にきていると。

要は、入院医療費の方にウエイトが高くなる年代が、年齢層が高いところで逆転すると、こういったことも一つ受診率、入院受診率の理由、あるいは入院医療費の低い理由になってくるのかなと思っています。

それから、今ほど委員からお話があり、介護保険との関連でも話をさせていただきましたけれども、新潟県の場合には介護度の低い要支援１、２とか要介護１、２とかの介護認定率が低いと。

その代わり、要介護度４とかになってくると非常に介護認定率がぐっとそこで高くなると。要は今ほど委員もおっしゃっていたとおり、なかなかご家族と一緒に暮らしている、もしくはご家族が近くにいるということもあるのかもしれませんが、介護度が重くなって初めてお医者さんに行く、あるいは要介護認定を受けるということで、いわばある程度重症化するまではなかなかお医者さんにかからないといった傾向が新潟県にはあるのかなと。

新潟と似たような医療費が安いのがだいたい東北の各県、宮城県を除く各県ですし、高いのが福岡、高知等、関西のあちらの方ということで、そこの介護認定状況とか色々突き合わせてみたのですが、きれいな相関関係はちょっと出てきていなかったように思いますけれども、そのような状況が背景にはあるのかなといったところです。以上です。

座長

ありがとうございました。他にどなたかございますか。よろしいでしょうか。

それでは時間の関係もございますので、次に懇談事項の（３）に入らせていただきます。

（３） 令和２年度及び３年度の保険料率の試算について

座長

次に、（３）令和２年度及び３年度の保険料率の試算についてです。

事務局から説明をお願いいたします。

事務局

それでは、令和２年度及び令和３年度の保険料率の試算結果につきまして、ご説明をさせていただければと思います。お手元の資料３－１を中心にご説明させていただきます。失礼ですが、座って説明をさせていただきます。

後期高齢者医療保険料につきましては、法律に基づきまして、概ね２年を通じて財政の均衡を保つことができるものでなければならないとされておりまして、２年ごとに見直しを行っているものでございます。全国の広域連合におきまして、この時期、国から示されました暫定の数値等をもとに試算が行われているというところでございます。

資料３－１、表紙を一枚めくっていただきまして、１ページをご覧ください。

ここでは、「保険料のしくみ」として、まず、高齢者医療制度運営に必要な費用の構成について（１）でお示ししております。医療給付費が全体の約 99%を占めまして、その財源として、公費が５割、若年者の方々の保険料から賄われる後期高齢者交付金が 38.61%で、残り 11.39%、網掛けした部分が保険料としてご負担いただく部分となります。この割合を「後期高齢者負担率」と呼んでおります。

この後期高齢者負担率は、（２）でお示ししておりますように、制度開始当初は 10%でしたが、年々、高齢者人口の割合が若年者人口よりも大きくなるにしたがいまして、世代間の負担の公平を図る観点から今回の令和２・３年度保険料試算にあたって国が示した暫定の数値が 11.39%でございます。これは現行の、平成 30・31 年度の料率設定時における 11.18%から 0.21%上昇しておりますので、これが今回、料率を引き上げる試算となった要因の一つとなると考えております。

次に、２ページ目をご覧ください。ここでは、「保険料の算定に関する考え方」について説明させていただいております。保険料は全ての被保険者に賦課される「均等割」と、所得額に応じて一定割合が賦課される「所得割」の合算により決定いたします。新潟県では、制度開始当初から平成 29 年度までの 10 年間につきましては、保険料率を、均等割額 35,300 円、所得割率 7.15%と据え置いていましたが、前回平成 30・31 年度分の見直しにあたりまして今後の保険料の不足が見込まれたことから、均等割が年間で 36,900 円、所得割率が所得の 7.40%に引き上げました。

次に一枚めくっていただきまして、３ページ目をご覧ください。軽減制度に関する説明となります。所得の低い方や、社会保険などの被用者保険の被扶養者であった被保険者に対しまして、均等割額の８割、8.5 割、５割、２割の範囲で軽減が適用されます。表中にかっこ書きで米印でお示ししておりますように、次年度以降も一部見直しが行われる予定となっておりまして、今回の試算におきましてはこの見直し内容を踏まえた中で行っているものございます。

続きまして、４ページをご覧ください。ここからは、今回の保険料の試算に必要な諸数値の推計内容についてお示ししておりますが、まずは「被保険者数の試算」となります。

今回の令和２・３年度の試算における特徴といたしまして、この両年度に 75 歳年齢到達を迎える方、昭和 20 年度の初めから、昭和 21 年度の中盤までに誕生された方というのが、終戦前後の混乱期であったということもございまして、その前後に生まれた世代に比べて非常に少なくな

っているという特徴がございます。それを受けまして、新潟県では、後期高齢者医療制度創設以降、被保険者は増加を続けてきましたが、今回の２年間につきましては、減少に転じるものと予測しております。

この表に示す被保険者数は毎月の被保険者数の１年間の平均の人数でございます。現在の被保険者数が 37 万５千人台を横ばいで推移しておりまして、令和元年度末までそのままの傾向が続くものと予測しています。令和２年度に入りますと減少が始まりまして、令和２年度末までに約５千人程度減少、だいたい 37 万人台まで減るかと予測しております。令和３年度に入ってもしばらく減少は進みまして、だいたい８月、９月くらいに底といいますか、36 万８千人台まで減少するものと考えております。その後しばらく横ばいののち、年度下旬に上昇傾向となるというふうに予測しております。年度末には 37 万人台まで回復するものと考えております。こちらの示している数値は年度の平均の数値となりますので、令和２年度は 37 万 3,505 人、令和３年度は 36 万 9,007 人と見込んでいます。ちなみにその後の令和４・５年度に入ると、団塊の世代の方が年齢到達に入るということで、令和２・３年度に比べまして１年ごとに１万人程度多くなると見込みますので、急激に被保険者数が上昇してくることが予想されます。

今回の被保険者数の試算にあたっては、前回と一部方法を変更しております。前回までは過去３年間の死亡率の平均をそのまま用いて、試算対象期間における被保険者数の減少分の算出をしておりました。しかし、前回の試算ですと１年目であります平成 30 年度で約 1,800 人、試算２年目にあたります今年度、まだ実績の見込みですけれども４千人程度の差が生じまして、予測が実績を上回るという結果でございました。

この結果を受けて改めて分析したところ、直近過去２年間の傾向では死亡率は年々上昇傾向にあるということ、単に過去の平均の死亡率を用いるだけでは正確な試算が行われないことがわかりました。また先ほど述べたとおり、今回の試算対象期間中は新たな年齢到達者が少なくなるという要素もございます。被保険者全体の年齢構成もやや高めになりますので、死亡率もさらに上昇するということが見込まれます。

そこで、今回は今後の人口動向を見定めた上で、その結果を踏まえまして、２・３年度の被保険者数の試算を行うこととしました。まずは、過去３年間の新潟県の年齢別の推計人口を用いまして、年齢毎の年間減少率を推定いたしました。この減少率は年齢を重ねるに従いまして高くなる傾向がございますので、それを試算期間中の人口動向、それを元にしまして試算期間中の人口動向を予測いたしました。

また、今回の試算にあたりましては、傾向の異なる 65 歳から 74 歳までの障害認定被保険者数と、75 歳以上被保険者数の推計を別々に行いまして、それを合算するかたちで、全体の被保険者数を予測しています。65 歳から 74 歳までの総人口につきましては、令和２年度が最も多くなりますが、それ以降は減少していきますので、当該世代の被保険者数もその人口動向にあわせて推計しています。

75 歳以上の被保険者数は、年齢到達による増加分と今後の人口動向から推定される死亡等の減少数を見込んだ上で推計しました。

次に、５ページをご覧ください。被保険者一人当たりの医療給付費の試算についてです。令和２年度が 70 万 4,086 円、令和３年度が 70 万 9,875 円と年々上昇していくことが見込まれます。こちらは、まずはまだ実績のない令和元年度の下半期の医療費について、平成 27 年から平成 30 年度までの過去４年間の下半期の平均伸び率を推計した上で、令和元年度の実績見込みをたてま

して、改めて平成 28 年度から令和元年度の過去４年間の年間の平均伸び率を用いて、令和２・３年度の見込み値を算定したものでございます。

なお、算定にあたり用いた伸び率につきましては、過去の診療報酬改定や費目ごとの制度改正等ございましたけれども、そういった影響分を除いたものでございます。

次に、６ページ目をご覧ください。次は、医療給付費総額の試算となります。

ここまで算出してまいりました「被保険者数」の予測値に「一人あたり医療給付費」の予測値を掛けたものになりまして、推計結果につきましては、令和２年度は 2,629 億 7,900 万円、令和３年度は 2,619 億 4,900 万円となりました。一人当たり医療給付費は増加の傾向、被保険者数は減少という見込みでございますので、医療費の総額は対前年比で、令和２年度では 0.27％の増加、令和３年度は 0.39％の減少とグラフ上は横ばいのような状況になるかと予測しております。

続きまして、７ページ目をご覧ください。ここまで推計を行ってきた諸要素を踏まえまして、令和２・３年度の「保険料率試算の結果」になります。

保険料率につきましては、これまでご説明いたしましたように、後期高齢者負担率の上昇、一人当たり医療給付費の伸びなどが見込まれることから現時点の試算におきましては、料率の引き上げが必要なものと見込んでおります。

まず、左側の部分になります。令和２・３年度の２年間で必要な費用と、見込める収入の内訳を示しておりますが、その費用と収入の差額が保険料収納として必要な額ということで、これが約 543 億円となります。この 543 億円を、さらに、２・３年度の予定保険料収納率として見込んだ 99.63％で割り返したものを賦課総額として約 545 億円と見込みました。これが最終的に保険料として賦課すべき額となります。

次に真ん中の部分をご覧いただければと思います。仮に、現在の料率のままとした場合、必要額に対して、約 69 億円が不足するという見込みでございます。この不足を補うために、現時点で、当広域連合の今年度決算確定後に生じる剰余金の見込みは約 24 億円でございますので、これを投入してもなお不足する財源というのが約 45 億円となります。この不足分を補うために、保険料率を引き上げる必要があるのではないかと試算いたしました。

括弧書きで参考としてお示しした基金につきまして、こちらは新潟県が設置する財政安定化基金のことでございますが、仮にこの基金をこれまでどおり積み立てた場合の活用可能な金額を示しております。この基金の活用につきましては県との協議が必要となりますけれども、この基金を全額活用してしまいますと、次回、団塊の世代の方が後期高齢者入りをして医療費の急増が見込まれます令和４、５年度の試算におきまして有効な保険料の上昇抑制策がなくなってしまうことから、残しておく必要があるのではないかという部分も考えておりまして、今回の試算におきましては活用しない場合の金額とさせていただいております。

新しい料率（案）つきましては、右側にお示ししている部分でございます。均等割額が 40,700 円で現行からは 3,800 円、所得割率が 7.99％で現行からは 0.59％、それぞれ引き上げと試算いたしました。

この新料率をもとにした一人当たりの年間保険料試算では、54,315 円と現行に比べまして 7,386 円の引き上げとなります。

次の８ページをご覧いただければと思いますが、こちらは一人当たり保険料額の試算と推移についてグラフと表でお示ししています。３ページにお示しした軽減制度を適用した後の平均の数値でございます。表の下段に、このたびの試算の料率案、均等割額 40,700 円、所得割率 7.99％

をもとに算出したものですので、令和２・３年度の平均というのが以前に比べまして大きな伸びを示しております。

今回の試算につきましてはあくまでも暫定的なものでございます。今後、いくつかの要素により変更となる可能性がございます。その内容を、次の９ページにまとめさせていただいております。

まず、（１）の高齢者負担率についてでございますが、現状の国の提示は11.39％となっておりますが、こちらは今後変更される可能性がございます。負担率が下がって、現行の 11.18％に近づくほど保険料率の引き上げは小さくなるものと考えております。次に（２）の２年に１回の国の診療報酬の改定があります。２年前は－1.19％、４年前は－0.84％と、マイナス改定が続いております。今回の改定につきましては、最終的な政府の決定をもとに当広域におきまして医療給付費伸び率を再度推計する必要がございますので、ここで、料率の試算結果は変わってまいります。

次に（３）保険料率の増加抑制についてでございます。

現時点で確実に活用が見込める剰余金を約 24 億円として今回は試算を行いましたが、それ以上の金額が活用できるかどうかは、今年度の決算を見込む中で判断していきたいと考えております。新潟県の財政安定化基金につきましては、令和２・３年度分として活用可能な額は約 18 億円と見込んでおりますが、現在その活用につきましては県との協議中ではございます。参考に示しておりますとおり、前回の料率改定では、保険料率の増加抑制のために活用可能な基金を全額投入することといたしましたが、先程申し上げました令和４・５年度に医療費増に伴う保険料率の急増を抑制するために、今回は活用せず次回に回すこととして、必ずしも前回同様の対応とするかどうかという部分は今後の検討と考えております。

次の 10 ページ、11 ページにつきましては現行の料率や、医療給付費、収納率などを全国の広域連合と比較したものになりますので、参考にご覧いただければと思います。

次に、12 ページをご覧いただければと思います。10 今後のスケジュールになります。

今後のスケジュールにつきまして、大きな動きに絞ってご説明いたしますと、国の方で 12 月に後期高齢者負担率等の確定諸数値が示されまして、診療報酬改定率も決定する見込みですので、これを踏まえまして当広域におきまして再推計を行い、剰余金の投入額の再検討や財政安定化基金活用に係る県との協議等を経まして、新しい料率改定案をお示しさせていただく予定としております。１月には、第３回の医療懇談会を開催させていただきまして、新料率案についてご説明させていただきたいと考えています。

そして２月に、広域連合議会におきまして新保険料率に係る条例改正案を上程し、そこでの議決を経まして、新年度に新料率での運用をスタートするという予定を立てております。

新料率につきましては、実際に引き上げとなった場合には、丁寧な周知広報が必要であると考えておりますので、その手段についても、充分、検討をしていきたいと考えております。

その他にお配りした資料についてですが、資料３－２につきましては、料率改定に係る一連のプロセスを図でお示ししたものですので、参考にご覧いただければと思います。

資料３－３につきましては、今回行いました暫定的な試算結果の詳細な比較表となります。左は現在の料率による試算になりますが、単年で約 22.5 億円、先程２年で約 45 億円が不足すると申し上げましたが単年度に直した数字となっております。右側は暫定的な試算としまして、その不足分を補うために料率の引き上げを行った場合となります。下の方に賦課限度額（62 万円）に

米印というふうに書かせていただいておりますけれども、賦課限度額については変更される場合があります。こちらについては、資料を作成している時点ではまだ分からなかったのですが、先週ニュースでも取り上げられたとおり、国ではこちらの 62 万円を引き上げて 64 万円とするという案が示されたところでございます。こちら、64 万にした場合の正確な計算というのはまだできておりませんけれども、この額を引き上げたことによりまして所得割率が若干減少することになるという見込みでございます

最後に、資料３－４をご覧いただければと思います。こちらは各種統計に基づくグラフをまとめた参考資料となります。１ページ目につきましては全国総人口における年齢区分の割合を示したものでございます。今回新潟広域は、令和２・３年度におきましては一時的に被保険者数が減少するとご説明させていただきましたけれども、全国の傾向としましては、若年層の減少幅が大きいということで、全人口における後期高齢者の割合というのは増え続ける見込みであるということがわかるかと思います。２ページ目につきましては、平成 31 年４月現在の新潟県の年齢別人口ピラミッドになります。今回の試算対象となります令和２・３年における年齢到達者が少なくなることがこの資料から分かるかと思います。３ページ以降につきましては、今回試算した数値が全国の各広域連合の現行の保険料率、一人当たり保険料額の中でどのくらいのランクになるかシミュレートしたグラフになります。ただし、他の広域連合におきましても同様の料率改定作業を行っておりますので、試算後の新潟県の料率につきましては、現在も最下位ですとかそれに近い順位になっておりますけれども、それに比べてちょっと前の方に出ているというところがございますが、それは他の広域連合でも現在試算を行った中で最終的には相対的な順位は大きく変わらないものと予測をしております。

資料の説明は以上になりますが、当広域連合といたしましては、安定的な医療保険制度運営と同時に、被保険者の皆様の負担が可能な限り抑えられるような料率設定に向けて努力してまいりたいと考えておりますので、何卒、ご理解とご協力を賜りたいと存じます。以上でございます。

座長

ありがとうございました。事務局の方から補足ですか。

事務局

すみません、若干補足といいますか念のため。

資料３－３、賦課限度額 62 万円の話を申し上げましたけれども、これは引き上げられた場合は所得割の率が変わってくるという話をいたしました。

基本的には色々な条件をもとに 7.99 にしていますけれど、そういった条件が変わらなければ賦課限度額が引き上げられた場合には所得割の率 7.99 は下がります。

ただ、高齢者負担率の話も何回かいたしましたけれども、高齢者負担率がそちらの方が上がった場合には全体の所得割額も影響しますし、それから今、刻々と毎月の医療給付費の支払をしていますけれど、そういった状況によって今後の推計値が若干また影響しているということも出てまいりますので、あくまでも 7.99 が下がるかどうかというのは、今の条件のままであれば下がるということでご理解いただければというふうに思います。以上です。

座長

ありがとうございました。

ただ今、懇談事項（３）令和２年度及び令和３年度の保険料率の試算についてのご説明がございました。

これが本日の懇談会の一番メインの懇談事項でございますので、しかも今までは４期連続で保険料率を据え置いた後に、前回の引き上げが若干ございました。

今回は非常に大幅なといえるような 15.74%の保険料率の引き上げ、先程局長の補足的なご説明がございましたように、この数字というのは変わるかもしれないというところも含めまして、今回やはり事前にこの懇談会で議論しておく必要があるだろうということで相当長い時間でのご説明をいただきました。

ここでご意見ご質問をいただきたいと思います。

最初に、ご質問があればいかがでございましょうか。

委員

医療費の見込みについて。被保険者数が令和２年、令和３年下がるので、総医療費もそんなにかからないのではないかとちょっと思ってしまったのですけれど、総医療費はちょっと増えるということなのですね。

これは例えば先程のお話だと被保険者数が令和４年、５年になると１万人ぐらい入ってくるということなので、またそこで大幅な保険料アップとかというのはちょっと考えられるので、今回も先程課長さんおっしゃっていましたけれど７千円だったか８千円だったか結構大きな値上がりになりそうなので、それはやはりしっかり説明する責任があるのではないかと思っております。以上です。

座長

保険料の引き上げは前回と比較いたしますと相当大きな引き上げになるけれども、実は被保険者数は減っているにもかかわらずこれだけの引き上げが必要な要因というのはどこにあるのかというのはこれ、ご説明では高齢者負担率が大きく上がる可能性があるということがメインであるような気がいたしますが、それでも説明変数として変動幅、それほど大きくはないのではないかという気もいたします。

このあたりについてもし追加的なご説明がいただければ。

事務局

今ほど質問をいただいた件でございます。

先程、座長の方から 15%ほど上がるというご説明がございました。こちらは先程お示ししました一人当たりの保険料、軽減後の試算の中で行うというふうに示したものでございますけれども、そちらが 15.74%の増ということになっているというところでございますが、こちらは先程軽減特例の見直しというところをご説明させていただきました。

実際には 15.74%のうち 6.69%、だいたい 6.7%というのはこの軽減特例の見直しによる更改によるものというふうに考えております。

ただ、それを除いても９%の伸び率が出てくるというところでございます。

これが今回の料率改定に伴いまして上がる部分ということになります。

こちらの部分なのですけれども、先程保険料の試算の方法、資料の７ページでご説明をさせていただきましたが、必要とする費用と収入の見込みの差額から保険料の収納必要額を算出するという方法を取っております。

そこから剰余金の活用ですとか被保険者の人数、所得状況等を考慮して算定するというかたちを取っているのですが、10 ページの方に費用と財源の構成の割合というのを示しておりますけれども、こちら原則を示したものでございまして、医療給付費とその他支出の見込みが出たらその割合に従って自動的に出るというものではございませんので、それぞれ費目ごとに国の方で示した係数等を用いて算定を行っているというところでございます。

国が示す各種係数というのが試算時におきまして比較的堅実な数字といいますか、シビアな数字を使っておりまして、結局、これまでの決算の時点でその後の財政状況や全国等の調整を行った中で係数が見直されまして交付額が増加されるということもございました。

その係数の変化というのは、１％にも満たないぐらいの係数でございますけれども、総額がだいたい５千億超のうちの１％ということですので、その数字の影響というのも数億円、数十億円となる場合もございます。

ただ、現時点では国が示す係数をもとに費用の不足が生じることのないように確実性が高い試算を行う必要があるかと考えております。

保険料の算定等といたしましては、今ほど申し上げたようなそれぞれの変動要素が加味されておりまして、先程９％の伸びと申し上げましたけれども、その増加額をその要因別に割合を示して分かりやすくお示しするというのはちょっと難しいと考えておりますので、それにつきましては申し訳ございませんが今回の条件をもとに出したところ料率としては、保険料としてはだいたい９％ぐらいの伸びとなるというところでございます。

座長

ありがとうございました。他にご質問ご意見ございますか。

今回、今、事務局からの補足的な説明がございましたように、保険料の引き上げというのは色々な要因が重なってこれだけの引き上げ率にはなっているのだけれど、令和４年、５年になりますともう一段大きな引き上げがおそらく予定せざるを得ない状況かと思います。

財源構成につきましても前半の部分で色々な説明をいただきました。

被保険者の方から今までご発言ございませんので、今回引き上げとなると直接的な負担の問題を考慮いたしますと被保険者の方のご意見をここで伺っておきたいと思いますが、いかがでございますでしょうか。

委員

私が参加させていただいているのは一つそういうようなものの参考にということでお聞きしているわけですけれど、私はずいぶん高齢になりまして保険料というものも生活の中で非常に負担が大きいわけです。

だから私らからすると毎年保険料が上がってきていると。何か方法はないものなのですか。私ら消費者として保険料はやはり払っていかなければだめなわけですけど。

私もここ２・３年参加させていただいている中で、毎回値上げの話ばかりですね。値下げということはないですよね。

座長

４期連続で引き上げしない、据え置きというのが新潟県の広域連合でした。全国でおそらく唯一引き上げしなかった時期が長いことございました。

委員

それは聞いていますね。

座長

ただし今回を含めましてここ２回ほど、引き上げせざるを得ないような財政状況だというご説明をいただいているわけです。

委員

参考にお聞きしているわけなのですけれど。ただ、私が一番困るのが高齢になるとどうしても保険料というのはかかってくるわけですね、色々病気が出たりしますし。そんなことで、この会議に参加させていただいて、なんかこういつもそのような状態とお聞きしているような感じなので。

それと、話は全然別ですけれど、シルバー人材センターというのは高齢の方が集まってお仕事をしておられます。私も理事としましてそういった方が病気にかからないように、そういう負担を負わないように健康でお仕事をしていただきたいというような気持ちです。あまり参考になっていませんけれど。今、色々お聞きした中では医療というのは一番大事なのですけれど、何か方法はないものかなということだけの私の発言でございますので、大変申し訳ございませんがよろしくひとつお願いしたいと思います。

座長

ありがとうございました。

他にもしご意見ございましたら。

委員

私は去年初めてこちらの方に委員として参加させていただいて今回初めて保険料のいわゆる算定の基準といいますか、その仕組みといいますか、そういうものを初めてお聞きして、なるほどなと。こういうかたちで保険料が決まるんだなということが分かったのですけれど、私どもの立場からすると今お話があったように、できるだけ保険料は安い方がよいというのは当たり前なんですね。

特に、高齢者になりますと多くの方が年金暮らしですから、その年金との中でこの保険料がこれだけの部分がかかってくるということは、生活にも支障が出てくるのかなと。そうはいってもじゃあ病気になった場合どうするのだという問題もありますから、一概にはこうしてくれ、ああしてくれということは言えませんけれども、今お話があったように何かもう少し工夫をしていただいて。そうはいっても住民にあまり負担をかけるわけにいきませんけれど、何らかのかたちで増加にならないような方法を取れないものかなという願いですね。そういうことでもう少しまた

勉強させていただきたいと思います。

座長

ありがとうございました。

他の委員の方から今回の料率の改正案につきましてご意見ございませんか。

委員

意見ということではないのですが、質問ということでお願いいたします。

団塊の世代が後期高齢の方に入ってくる何年か後に費用の増大を予想してというお話がありましたが、他の要因をちょっとよけてそこの団塊の世代に必要なお金というところと、今回この資料に書いてあります財政調整基金、剰余金 24 億円、18 億円という金額が書いてあるのですが、この基金のお金がその将来来る医療費の増額にどの程度影響力があるかというか、どの程度これが助かるお金なのかというところがもし分かれば教えていただければと思います。

座長

ありがとうございました。いかがですか。

事務局

先程質問をいただきました令和４年度以降の状況につきましてでございます。

現時点では後期高齢者の負担率ですとか国が指定する数値がどの程度変化するのか分からないのでその正確な予測というのは難しいところがございますけれども、今回と同様な方法で被保険者数と医療給付費の推計を行ってみました。

こちらで単純計算でございますけれども、被保険者数につきましては令和４年度で約 37 万５千人、こちら先程申し上げた年間の平均被保者数です。

令和５年度になりますと、約 38 万３千人まで上がると見込んでおります。

医療給付費の総額につきましては、先程と同じような一人当たりの医療給付費の伸びがあった場合となりますけれども、令和４年度につきましては 2,687 億円、約の数字でございますが、令和５年度につきましては約 2,767 億円まで上昇するものと見込んでおります。

ただ、分母となるその被保険者数自体も増加しますので、その一人当たりの保険者が負担する部分という部分も変わってまいりますので、一概にこの費用の伸びが保険料率の伸びとなるというわけではございませんけれども、今後も上昇することは確実であると見込んでおりますので、令和４年、５年におきましても保険料の引き上げというのはちょっと避けられないところがあるのかなというふうに考えております。

それと、剰余金、基金の活用による効果ということでございますけれど、仮にこちらに載せさせていただいた基金を活用した場合の数字でございますが、金額自体は 18 億円活用した場合に均等割額で３万 9,300 円、所得割率で 7.67％、お示しした新料率よりも下げる効果があるというふうに試算で参考に計算したものでございます。

だいたいこの 18 億円で均等割額は 1,400 円分で、所得割率で 0.22％落とせるというかたちになりますので、ちょっとその金額に応じて変動が出てくるかと思いますが、だいたいの見込み、傾向ということでご参考にいただければと思います。

座長

ありがとうございました。

他にどなたかご意見ご質問ございませんか。よろしゅうございますか。

それではこれ未だ不確定な部分が相当ございまして、次回の懇談会で正式に保険料率の改定についてご議論いただくということにいたしまして、今回はその試案についてご検討いただいてご報告について色々と議論をいただいたということで、次の懇談事項に移らせていただきます。

（４） 第３次広域計画の改定について

（５） 第２期保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく保健事業について

座長

それでは懇談事項の（４）、（５）、これはまとめてということで事務局から第３次広域計画の改定について、それから懇談事項（５）第２期保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく保健事業について、合わせてご報告お願いします。よろしくお願いします。

事務局

では、懇談事項（４）「第３次広域計画の一部改定について」、説明させていただきます。

資料は４－１から４－５になります。

広域計画は地方自治法によって広域連合が作成しなければばらない、とされています。

資料４－１、１番、経緯及び改定理由です。

市町村が中心となって高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進するための体制整備等に関する規定を盛り込んだ「医療制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律案」が令和元年５月 22 日に公布されました。法律の施行は令和２年４月１日の予定となっております。

体制の整備については、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業については、その一部を広域連合が市町村に委託し、市町村において介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施することとされました。

ここで、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について、説明します。７月の懇談会にご出席いただいた委員の方には繰り返しになる部分もありますが、ご了承ください。

高齢者の特性として、約 98％の人が医療機関を受診していて、複数の慢性疾患を保有していることと、加齢に伴う心身機能の低下により身体的・精神的諸症状や疾患が現れる老年症候群、この２つが混在することがあります。

このため、生活習慣病等の重症化予防の取り組みと、生活機能の低下を防止する取り組みの両方を一体的に実施する必要性があります。

資料４－４をご覧ください。カラーのものです。資料４－４は厚生労働省から出されている資料です。生活習慣病の重症化予防と生活機能低下防止、双方の取り組みの必要性が高い一方で、事業の実施体制はどうなのか、保健事業と介護予防の現状と課題です。

現役世代では、多くの方が健保組合や協会けんぽなど被用者保険に加入しています。その後、

退職などにより、市町村が保険者となる国民健康保険に加入されます。その後、75 歳になると全員が後期高齢者医療制度に加入することとなります。

右側の四角の中、赤字の部分です。

「国保と後期高齢者の保健事業の接続の必要性（現状は 75 歳で断絶)」とあります。

国民健康保険で重症化予防等に取り組んでいたとしても 75 歳で保険者が広域連合に変わり、そこで断絶が生じてしまう。そうではなくて、それまで国保で取り組んできたことと後期高齢者で取り組む保健事業の接続が重要であること。

また次の四角の中です。

「フレイル状態に着目した疾病予防の取り組みの必要性（運動、口腔、栄養、社会参加等のアプローチ)」です。

フレイルとは、加齢により心身が老い衰えた状態ですが、要介護状態に至る前の段階であって適切な介入・支援により健康な状態に戻る可能性がある状態のことです。歩くことや食べることが困難になるなどの生活機能の低下のほか、認知機能の低下などによる心身機能の低下、社会との結びつきが減少するなどの社会的機能の低下など多面的な問題があります。

住民主体の通いの場など介護予防事業も市町村で実施されていますが、フレイル状態に着目すると保健事業は、運動、口腔、栄養のほか、社会参加等のアプローチなど介護予防事業と一体的に実施することが必要になってくる。

そういったことから、国民健康保険の保健事業と後期高齢者保健事業との一体的実施、また、後期高齢者保健事業と介護予防との一体的実施を進めていこうというものです。

資料４－４、２ページから４ページは改正された法律の条文ですので、ここでの説明は省略します。

５パージ目、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施（スキーム図）をご覧ください。

中段のオレンジ色の四角で囲まれている部分です。広域連合は市町村に事業を委託し、市町村が介護の地域支援事業・国民健康保険の保健事業との一体的な取り組みを実施します。

広域連合は、広域計画に広域連合と市町村の連携内容を規定します。マル法とあるのは、法で規定されているという意味です。また広域連合はデータヘルス計画に事業の方向性を整理します。事業に係る専門職の人件費等の費用を市町村に交付します。

市町村は一体的実施に係る事業の基本的な方針を作成し、一体的な取り組みを実施するとされています。

次のページは実施のイメージ図ですが、説明は省略します。

資料４－１に戻ります。

資料４－１、１．経緯及び改定理由の３段落目です。改正法においては、被保険者の状況に応じたきめ細かな保健事業の実施が推進されるよう、広域計画に広域連合と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、一体的実施が本格施行となる令和２年４月から当該規定を盛り込んだ広域計画が施行されることが望ましいとされています。これを受けて、今回現行の第３次広域計画の改定を行うものです。

現行の広域計画は、資料４－５として添付しています。

２．改定の内容としては、資料４－５の４ページ、「４　広域連合及び関係市町村が行う事務に関すること（４）保健事業に関すること」を全面改定し、広域連合は「一体的な実施の取り組みを進める市町村を支援すること」「広域連合は保健事業の一部を市町村に委託し、市町村は事

業を実施すること」等を記載します。
改定案は資料４－２をご覧ください。
資料４－２、左側、「新」が改定案、右側「旧」が現行のものです。
目次部分は、資料編の資料３の次に資料４を追加し、以降資料番号とページを繰り下げます。
資料４の内容は後で説明します。
本文の部分では、４　広域連合及び関係市町村が行う事務に関することの（４）保健事業に関することを見直します。
改定案を読みます。
広域連合は、効果的かつ効率的な保健事業を実施するため保健事業実施計画を策定し、関係市町村と連携・協力して必要な保健事業を行います。
高齢者は複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的つながりが低下するといったいわゆるフレイル状態になりやすい等、疾病予防と生活機能維持の両面にわたるニーズを有する特性があります。
こうした特性を踏まえ、これまで実施してきた保健事業に加え、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取り組みを進める関係市町村を支援することなどにより、さらなる被保険者の健康寿命の延伸を目指します。
このため、広域連合は、保健事業を自ら実施するほか、保健事業の一部を委託契約に基づき関係市町村等に委託し事業の実施に必要な費用を委託事業費として交付します。
保健事業の委託を受けた関係市町村等は委託契約に定めた事業を適正に実施します。
資料４－２の裏面にいって、資料編では資料４を追加します。
資料４の内容は、次のカラーのページのとおりです。
広域連合と関係市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施イメージとそれぞれの役割を記載しています。
健康寿命の延伸という目標に向けて、市町村では高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施します。
市町村の役割としては、後期高齢者医療担当部署、国民健康保険担当部署、健康づくり担当部署、介護保険担当部署など庁内部局間の連携体制を整備します。事業の基本的な方針を作成します。事業の企画・関係団体との連携、事業を適正に実施することを役割としています。
また、市町村を支えるイメージとして、その下に広域連合の役割を記載しています。健康課題の情報提供、事業の推進に向けた意見交換等を行う機会の提供、事業の一部を委託し、実施に必要な費用を交付、関係市町村の事業評価の支援としました。
資料４－３は、改定のスケジュールです。四角囲みの３つめ、「医療懇談会での意見聴取」が今日この場です。別に市町村からの意見も募集したところです。
12 月上旬には、それまでにいただいた意見を反映した内容で、パブリックコメントを実施します。その後は、市町村との協議を経て２月に議会議決を経る予定としています。
（４）「第３次広域計画の一部改定について」は、説明は以上です。
では引き続き、懇談事項（５）「第２期保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく保健事業について」、説明させていただきます。
資料は、資料５－1、５－２をご覧ください。
データヘルス計画とは、健康・医療情報を活用してＰＤＣＡサイクルに沿った効果的かつ効率

的な保健事業の実施を図るための実施計画で、医療保険者が策定することになっていて、この計画に基づいて、保健事業を進めていきます。

データヘルス計画の冊子は、平成 30 年３月に策定した際に、お配りしていますので、今回は概要版を資料５－２として添付しています。

平成 30 年度の実績は、前回７月の医療懇談会で報告しましたが、一部まだ実績が出ていない事業がありましたので、追加で報告させていただきます。

また、今回から、報告の書式を見直し、事業ごとに見開き２ページのスタイルにしました。７月に報告済みの事業も含めて、全部の事業を記載しています。

資料５－１、表紙をめくっていただいて、１ページ、健康診査事業です。

区分、大目標、中長期的目標、短期的目標は記載のとおりで、目的は生活習慣病の発見と重症化予防、対象者は除外者を除いた全被保険者、実施体制は広域連合が主体となり、市町村に業務委託して実施しています。

目標と評価指標は次の表のとおりです。

次の【実績】の表の太枠で囲んだ部分が平成 30 年度の実績です。

ストラクチャーでは、評価指標の健康診査推進計画の策定、医療・健康診査等の分析結果の提供ともに実施をしました。

プロセスでは、評価指標：個別での市町村との意見交換の実施は、個別に訪問したところはありませんでした。

アウトプットでは、評価指標：受診率の前年度比増加で、平成 29 年度は、この表では記載がありませんが 25.2％でした。平成 30 年度は 25.5％でしたので 0.3％増加しました。

次のアウトカムの数字が前回７月の会でお示しすることができていませんでした。

アウトカムの指標は健診結果が基準値に該当する人で、生活習慣病の治療レセプトがある人の割合で、目標 87.0％に対して、87.6％で目標達成しました。

また、前回７月の会の際に「対象者がどのくらいいて、どれだけ実施して、何％になったのかという規模感が見えない」といったご意見をいただきました。

そこで、次のページに除外者を除いた対象被保険者数、受診者数など実数を記載しました。

平成 30 年度実績については、次の表のとおり、評価しました。

個々の事業についてはここでは説明を省略しますが、次のページ以降、他の事業についても同様に実績をまとめています。

説明は、以上です。

座長

ありがとうございました。

ただ今、懇談事項（４）及び（５）、第３次広域計画と第２期データヘルス計画についてご説明をいただいたわけですが、ご意見ご質問ございますでしょうか。

それでは今までご発言いただいていない方として、行政計画の問題ですのでいかがでしょうか。ご質問でもご意見でも。

委員

突然指名されたのでまだ十分に理解はしていないのですけれど、基本的な書き方の問題として

は、資料４－４に書かれているイメージ図で、とりわけ５ページ目の枠組みの中身がいわば基本的な内容であって、その内容のエッセンスを資料４－２のこの第３次広域計画に反映させるという理解でまずよろしいでしょうか。

といたしますと、まだ必ずしも何をどこまで書くかというレベルでは分かっていないのですが、連携内容を規定する、資料４－４の方ですね、連携内容を規定するという、広域連合側のこれは包括的な内容ですから反映されているとは思うのですけれども、人件費等の費用の交付というのも広域計画の方にも映し出されてはいるのですが、データヘルス計画に資料の方向性を整理というものとか、あと市町村側の所管なのでしょうけれど黄色で括られた右側の方ですね、この中の例えば医療情報の話とか、こういうのはこの広域計画の方に盛り込む必要があるのかどうかという率直な感覚なのですけれど、いかがでしょうか。

座長

事務局。

事務局

おっしゃられるとおり、この資料４－４の５ページが法改正、一体的実施を進めるにあたってやるべき事項なのですが、これを現在の広域計画に落とし込む時にだいぶ困りまして、というのは、今の広域計画を見ていただくと分かるのですが、だいぶこうあっさりしているというか、文字のボリュームがそう多くはない中で、どこまで具体的に細かいところまで書き込むかというのを内部の方でも検討しまして、その結果が今お示ししている内容です。

まずデータヘルス計画に関してはたしかに資料４－４、５ページにあるとおり、整理する予定にはしていますが、そもそも、元々データヘルス計画自体が当初策定した時の時点で平成 32 年度、令和２年度に中間見直しをするという予定にしておりますので、その時にこの一体化に合わせた必要な見直しを加えることとして今回この広域計画では触れないこととしています。

市町村側の医療情報等の提供のあたりについてもどこまで盛り込むかというのを議論する中で、一番核となるというかメインとなるということで絞り込んだ結果がこれです。

座長

よろしゅうございますか。

委員

ありがとうございます。

単純に旧の方では、レセプト等から得られるデータを活用しとありますが、新の方ではこれが抜け落ちているので、もったいないなという気がしただけの話です。これはもう構いません。

あと一点すみません、教えていただきたいのですけれど、新の方で関係市町村等は委託契約をと書いてあるのですが、この等というのは何が具体的に考えられるのか教えてください。

事務局

今回の一体的実施は広域連合が市町村に委託してというふうにやっていますが、元々広域連合自身が実施している保健事業というのも既存の事業であります。

その広域連合が実施している事業も広域連合が直営でというのではなくて、関係団体だったり民間会社だったりに委託をしてやっている事業が既にいくつかあります。

薬剤師会さんに委託しているものとか、歯科医師会さんに委託しているものとか、実際ありますので、そこが関係市町村等の等の意味です。

座長

よろしゅうございますか。

委員

ありがとうございます。

座長

他にございますか。

それでは私の方から。今のご質問に関連するかたちですけれども、この広域計画なりあるいはデータヘルス計画なりで、つまり政策的な課題としては介護保険の介護予防事業、それから後期高齢者のいわゆる保健事業、それからそれ以外の様々な保険者の保健事業等と一体的にということなのですが、実際の広域連合としての実務ではどこにどのようなかたちで実際のこの広域計画なりあるいはデータヘルス計画なりに基づく実施計画の実務を担って、かつそれを実際の場に結び付けていくようなそういうプログラムというのはどのようなかたちで実際には策定されているのかということをちょっと伺いたいのですが。市町村に丸投げではないのかというのが本質的な質問の主旨でご理解いただいた上でもしご回答いただければ。

事務局

今の時点で広域連合がやるべき事項としてプログラム的に明文化したものはありませんが、一体的取り組みを進めるのに市町村との話を聞く中で、市町村の中での後期部門、介護部門、国保部門、そこの横の連携がなかなか難しいというのがまず一番のネックのように聞いています。

ですので、そこで広域連合が中に入って関わり支援することによって、その横の連携が疎通するきっかけになると。あとは、データの話も出ましたが、市町村でもシステムを使ってデータを見ることも分析することもできるのですが、広域連合ではないとできないこと、広域連合だからこそできることというのもやはりあるので、そういうデータを提供することによって支援をしたりする、そういうことで関わっていくというふうに考えています。

座長

ありがとうございました。もしよろしければ、国保の立場から何かこの行政関係のことについてご発言いただければ。

委員

ようやくこういうシステムができたなという感じではないかなと思います。長らく後期高齢の課題というのが、75 歳で国保から切り離されてしまってなかなか思うように事業展開がやりにくかったり、各市町村の代表の皆様が集まっているのですけれど、具体的に各市町村で事業を行っ

ている保健事業は 75 歳で切れてしまって、それを上手く繋ぐというのはこれまでの課題だったと私も承知していましたので、この制度ができて非常に良かったのだろうなと。

これからの課題というのは、文字にも書いてありますけれども、やはり各市町村と連携を上手くやっていきながらフレイル、介護予防の事業、フレイル対策ということで上手く動くような仕立てを何かやっていくということ。あと、各市町村で保健事業は様々な部分があると思います。皆様方が既にやっている保健事業をやっているところがあり、やっていないところがありだと思いますけれど、各市町村は市町村で保健事業について色々考えがあってやっていらっしゃるので、そこらへんのバランスといいますか、レベルがだんだんこれに合ってくるのでよいのかなとそういうふうに思いながら見ていました。

ですから、後期の皆さんの役割とすれば上手く各市町村との、今ご指摘がありましたように高齢部門と事業部門とか、そういう部分の連携をまず上手く図って、この事業が上手く動くというようなことを取り組んでいただけたらなというふうに考えています。

座長

ありがとうございました。他にどなたかございませんか。

委員

またちょっと質問ということになるのですけれど、市町村の方に委託をするという説明の中で、75 歳前の介護予防から 75 歳以降の介護予防の方にスムーズに移行、引き継がれるのかなというのはなんとなくイメージが湧くのですが、既に後期高齢の方に移っていてもういったん国保から手が離れている人もいると思うのですが、そこのところで離れているところについてもケアしていくという場合に、年齢層によって 70 代の方と 80 代の方では同じような予防の仕方というわけにはなかなかいかないのだろうと思うのですが。そうした場合に、例えばその人的な措置ですとか箱物をどうしようかとか、そういったような課題というのがあるのではないかなと想像したりするのですけれど、そういったところはどうでしょうか。

座長

いかがですか。

事務局

今回のこの国の方での説明、一体的実施についてなのですけれど、広域連合が事業を市町村に委託する、その費用は広域連合が負担します、ただその財源は一部国が補助するという部分があって、その国が補助するという内容、補助要件というか補助の内容に関しては、今のところハード的なものは入っていなくて、基本的に人件費です。

特に、企画・調整の部分が手厚い補助になっていると捉えていまして、その地域的な特性ですとかどの年齢層に対してはどういうアプローチとか、どの年齢層に対してはどういうのが効果的かというのも、その企画・調整する人が担っていくというような作りだろうなと思っています。

座長

よろしゅうございますか。

これは協会けんぽさんもあるいは組合健保さんも含めましてデータヘルス計画をお作りになっているし、その下で現在の政策課題として医療と保健とあるいは福祉領域まで含めた包括的なケアのプログラムを自治体が保険者に拘らず様々なかたちでのネットワークを活用して、これを一体的に改革していかなければならないという政策的な課題が提示されているわけですが、各保険者共に様々なかたちでご苦労をなさっているのではないかと思うのですが、そのあたりでもしよろしければ健保組合の方での検討等をご紹介いただければと思いますが、いかがですか。

委員

健康保険組合には一つの企業を母体とする健康保険組合と、同じような業種、各会社が集まって総合的に健保組合と成しているところがあるので、私どものところは総合で、色々な企業さんが集まってという健保組合ですけれど、そういうぶんでいくとやはりまずはご本人の意識をしっかり持ってもらう、それよりも被用者保険というのは健診事業というのは事業主の責任ですから、それを受けてもらうのは当然のことなのですけれど、一番今困っているのは、被扶養者、家族の方。事業主は従業員に対して確実に健診を実施するというのが責務ですから必ずやりますけれども、その家族の方に対しての健診事業というのはなかなかここが難しくて、というところがあります。

それは後期高齢者も全く同じだと思います。ご本人がやはりそういうふうな気持ちにならないと受けてくれないというところがあるので、そういうところは啓蒙しながら進めていただければというふうに思いますし、そこが一番難しいところかなというふうには思います。

一つだけ、平成 30 年度の年度実績でデータヘルス計画を見させてもらいました。

やっと数字もはっきり分かって、効果が出ている事業についてはぜひとも拡充していただければというふうに思いますのでお願いしたいと思います。以上です。

座長

ありがとうございました。

時間もだいぶ押し迫ってまいりました。これ以外にご発言ございますか。

委員

第２期データヘルス計画の実績のところで歯科健診事業についてお聞きしたいのですけれど、アウトプットとしては毎年市町村が実施して、実施している市町村が増えて大変ありがたいのですけれど、できれば 30 市町村みんなやっていただきたいなと思っているのですが、このプロセスのところで、実施していない市町村への課題の聞き取りを実施したとあるので、その内容とかは今はなかなか難しいかとは思うけれど、後で教えていただければと思います。

できればそういうのを洗い出して、ぜひ 30 市町村全ての市町村で実施していただければと思います。やはり 75 歳以上、お年寄りは健康であっても健康でなくても食べるものが大事。これから何でもそうですけれど、一番大事だと思っていますので、そのためには早めにそういう健診を行って受診のアウトカムですかね、96.5％素晴らしいと思いますので、ぜひ健診事業を拡げていって欲しいなと思います。よろしくお願いいたします。

座長

ありがとうございました。ご意見として拝聴いたします。

６　その他

座長

それではもしご発言なければその他というのは何かございますか。

事務局の方でもしございましたら。

※懇談事項（６）について、事務局からは特になし。

座長

その他の連絡はないということでございますので、長時間にわたりまして本当に熱心なご討議ありがとうございました。以上をもちまして進行役としての座長の役割を退かせていただきます。ありがとうございました。

７　閉会

事務局

國武座長につきましては、進行役、大変ありがとうございました。また、委員の皆様におかれましても、長時間にわたりご懇談をいただきありがとうございました。

本日いただきましたご意見を参考に事務を進めてまいります。

なお、保険料率のこと等を含めまして次回の懇談会の予定ですが、先程の会議の中で説明の中では１月というふうに資料に示して書いておりましたが、今のところ２月上旬を予定しています。また改めて日程調整をさせていただきますのでよろしくお願いします。

本日は、長時間にわたり、誠にありがとうございました。

以上をもちまして閉会といたします。