

令和元年度第2回福岡県後期高齢者医療検討委員会 議事録

1 日 時 令和2年1月20日（月） 13:58～15:58

2 場 所 福岡県自治会館 2階201・202会議室

3 出席者

(1) 委 員 石橋委員、後藤委員、古家委員、平田委員、寺澤委員、川端委員、
安東委員、牛房委員、馬場園委員、谷原委員、有馬委員、堀委員
(欠席：黒岩委員、片平委員、小山委員)

(2) 事務局 森事務局長、坂本総務課長、梅田保険課長、増永健康企画課長ほか

4 議事の要旨

(1) 広域連合長挨拶（事務局長代読）

委員の皆様には、福岡県後期高齢者医療検討委員会の委員に御就任いただき、誠ありがとうございます。

さて、後期高齢者医療制度は、平成20年の施行から12年目を迎え、被保険者の皆様の御理解の元、安定的な運営ができているものと認識しております。

しかし、本県の後期高齢者の一人当たり医療費は全国で最も高い状況が続いており、医療費の適正化が喫緊の課題となっております。

本広域連合といたしましては、従来から取り組んでまいりました保健事業に加え、来年度から、市町村と連携して高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に取り組むことで、被保険者の「健康づくり」や「医療費の適正化」を、積極的に推進してまいりたいと考えておりますので、皆様の御支援、御協力をお願いいたします。

今後とも、高齢者の皆様に安心して医療を受けていただけるよう、安定した制度の運営にしっかりと取り組んでまいり所存でございますので、委員の皆様から忌憚のない御意見をお願いいたします。

本日は、どうぞよろしくお願いたします。

令和2年1月20日 福岡県後期高齢者医療広域連合長 二場 公人

以上、代読でございました。

(2) 委員紹介・職員紹介

(3) 会長選出・副会長指名

指名推選により、馬場園委員を会長として選出した。

馬場園会長が、谷原委員を副会長として指名した。

(4) 検討事項

① 令和2・3年度の保険料率について

○事務局 (資料1に基づき説明)

○会長 一番大きなポイントは、費用から収入を引いたものが保険料になるということ。費用が約1兆5,372億円とあるが、これは1年を333日として毎日約300万円を使用した場合1500年かかる数字だ。収入については、後期高齢者医療制度が始まったときに1割を保険料、4割を現役世代からの支援金、5割を公費と決めたものである。しかし、今後は後期高齢者が増え若い人が減るので、第7期においては後期高齢者負担率が増え11.41%になっている。さらに、保険料の軽減特例見直しが行われ、保険料負担が増える人が増加することになる。

そういった中で、資料の2ページにあるとおり、保険料率を下げるために剰余金と運営安定化基金を活用している。

○委員 均等割額と所得割率は下がるが、軽減特例の見直しにより一人当たり保険料額は上がるということで、令和2・3年度は平成24・25年度の一人当たり保険料額の上げ幅4,464円に次いで2番目になっている。

そこで、今回の軽減特例の影響を受ける人数と金額について教えていただきたい。

○事務局 影響を受ける人数について、所得要件が33万円以下の方が被保険者全体の約2割。世帯の被保険者全員の年金収入が80万円以下で、その他各種所得なしの方についても約2割と考えている。影響額については、例えば、33万円以下の方の令和2年度の例で言えば8.5割から7.75割を差し引いた0.75割に均等割額56,085円を乗じた額となる。

○委員 予算を立てるときに、軽減特例の影響額がはっきり出ていると思うが。それと、第7期の一人当たり保険料額82,509円とあるが、令和2年度と3年度で軽減特例の割合が違うので各年度で数字が変わるのか。

○事務局 そのとおり。第7期の一人当たり保険料額82,509円は、令和2年度と3年度の平均額である。

○委員 軽減特例の見直しにより、苦しくなる人が増える。患者の立場になると厳しいものがあるが、それに関する救済はないのか。

○事務局 軽減特例の見直しは、本来7割軽減であるものを制度開始当初からより高い割合で維持してきたものである。今回の見直しは制度の持続可能性

を考えつつ、年金生活者支援給付金や介護保険料の軽減拡充等の負担減となる施策も並行して行われている。

○**会 長** 若者世代、被扶養者の保険料は世帯単位で行われているが、後期高齢者医療の保険料は個人単位となっている。結婚されない方、専業主婦の方、働いている方、離婚されてしまう方、ずっと1人の方たちが増えてきており、公平性を考えると、1973年の世代型社会保障制度が上手くいかなくなってきたということがあり、保険料の個人単位化が今後の社会保障制度改革の1つの大きなポイントになっていくことだろう。

○**副会長** 標準世帯の構成が親2人子2人とされてきたが、今は標準世帯が少数派になっている。高齢者の単独世帯が増えている等高齢化の影響があるので、世帯の単位の見直しが行われるのは間違いないと思っている。

○**会 長** 社会保障費が増えていく中で、社会保障は生活を支えるという歴史的に重要な役割を果たしてきたと思う。しかし、少子高齢化に加え、年間所得が少しずつ落ちていくなど経済の規模が縮小してきている。そのような中で何とかやり繰りしなければならない。子育て世帯の7割は母親も働いており、とても忙しい。今後の社会保障費は、児童手当に当たるような教育給付金などの社会手当のことも考えていかないといけない。

保険料に戻るが、保険料の軽減特例が段階的に廃止される状況であるが、日本の場合は再分配を十分反映させた保険料となっている。アメリカの保険料は、生命保険料と同じで所得に関係なく一人当たりいくらとなっている。若干の補助があるが、そういった制度になっている。それに比べ、日本は低所得者に配慮されているほうだ。平成30・31年度に比べて、令和2・3年度の一人当たり保険料の額が増えることは、避けられないものであると思われる。今後、後期高齢者は増えていき、保険料負担がある程度伸びていくのはやむを得ないので、伸び方を少しずつ減らしていくことが大事だ。基金の活用などによる保険料負担を抑制したことは、被保険者の負担に配慮したものと受け止めたい。今後、保険料率の改定内容については、被保険者への丁寧な説明、十分な広報、周知に努めていただきたい。

② 福岡県後期高齢者医療広域連合第3次広域計画の変更について

○**事務局** (資料2に基づき説明)

○**委 員** 介護と医療は別の保険となっており、責任の押し付け合いなどバラバラの取組になるのではないかと心配している。

○**事務局** 介護、医療と制度自体が違うため、介護予防事業や医療保険の保健事業を別々の部署でやっていた。今回、市町村で任用した医療専門職が介護、医療両方のデータを見ながら、各種保健事業の連携を図るのが国の目標とす

る事業であり、令和2年度から取り組んでいくもの。市町村で任用する医療専門職の person 費は国が3分の2、広域連合が3分の1を負担する。初めから全ての市町村で実施するものではなく、手を挙げた市町村から広域連合と契約し行っていくものである。

○会 長 保険者は診療報酬を支払うだけでなく、いろいろな事業を行っている。市町村において、介護、国保、後期の保健事業を一体的にやっていくことである。現在、医療と介護のニーズが変化してきている。前までは重症の脳卒中の人が次々に運ばれていたが、今はほとんどなくなっている。虚血性心疾患も禁煙率が上がったということもあり、減ってきている。がんも外来放射線療法や薬が良くなっているため、慢性疾患になっており、必ず入院するものではなくなっている。自治体病院の病床がそういった役割を果たす必要がなくなってきたため、介護や病気にかからないようフレイル対策等に力を入れるように変わってきている。また、女性の死因の第3位が老衰になっており、要介護の原因も少し前までは脳卒中だったのが、認知症になっている。

今、フレイルが急増している。運動能力の低下、食事もとらない、歯がない、家にずっといる。全体を考えると、医療よりも介護のニーズが増えているため、お金の使い方や人材の配置を変えざるを得ない状況になっている。昔に比べ高齢者は若返っており、長生きするが、生物学的に寿命はあるので、できればずっと元気でいてほしい。そういった方向に動きつつある。

○委 員 いきなり一体化の事業を始めるのは大変だと思うが、モデル事業はあるのか。横の連携を図るのは大変だと思うのでモデル事業が必要になると思う。あと、広域連合、市町村どちらが主体となってやるのか。また、いろいろな規模の市町村があると思うが、全体の予算規模はいくらになるのか。

○事務局 今年度、試行的実施を県内の1市が行っているが、事業実績がないので、横展開ができていない。今年度事業と来年度事業の制度設計も若干違い、来年度事業については細かい内容のものが国から示されていない状況にある。現在示されている交付要綱を基に、市町村で制度設計をしていただいている。

事業主体は広域連合であるが、広域連合と市町村が委託契約をするものである。事業の計画、コーディネート、データの分析等具体的に何をやっていくかは委託を受けた市町村が主体となって行うものである。市町村において、事業全体の企画調整を行う医療専門職と、地域の場に出向き保健指導を行う医療専門職を雇用する形になる。予算規模であるが、1市町村において、企画調整を担当する医療専門職1人当たり年間580万円、地域を担当する医療専門職は1人当たり350万円を2人分、加えて消耗品等の諸経費を1区

域50万円の2区域で想定しており、25市町村が実施を検討している状況である。

○委員 介護保険にも広域連合があり、難しいと思うが。市町村で医療と介護との連携をどのようにするのか。

○事務局 計画やお金のやり取りは後期の広域連合が窓口となり、国保や介護との連携は市町村ごとに図っていただくことになる。後期の委託事業でありながら、対象者が全員後期高齢者にならない場合もあるだろうが、後期高齢者を中心にいろいろな施策を行っていただくという枠組みになっている。

○委員 医科、歯科、調剤の3師会の役割の方向性は決まっているのか。

○事務局 来年度事業については、おおむね既存の事業を組み合わせることになる。例えば、糖尿病性腎症重症化予防事業は国保、後期ともに医師会と連携を取らせていただいている。来年度においては、それらの事業を行いつつデータ分析を行い、市町村ごとの特性を把握することで新たな事業の展開を検討し、事業内容によっては3師会に協力や助言をお願いすることになるかと思う。

国のスキーム図で、介護予防で言えば、通いの場へつないだ方がい患者がいる場合は病院からそちらにつないでいただくといったことも示されているので、事業の内容によって連携を図らせていただくことになる。

○会長 これまでの10年間の保健事業、主に特定健診、糖尿病性腎症重症化予防について、十分ではないにしろ成果はでてきている。保健事業は医療と違って難しいところがあり、例えば禁煙をしろと言ってもしない人はしないわけだから効果は0となる。禁煙できないと思っている人は絶対禁煙しない。ただ、明らかに実施した方がいい人もいるわけで、効果に差が生じる。後期としては、健康診査、糖尿病性腎症重症化予防などは、他の健康保険でも行われている事業なので連携は図れるだろうが、在宅の事業、フレイル事業、かかりつけ薬局、健康サポート薬局などの事業はまだできていないので、それらはタイアップしていけるのではと思う。

医療と介護を取り巻く環境がものすごく変わってきている。昔のように、脳卒中や心筋梗塞を予防するというだけではニーズを満たせなくなっている。

○委員 高齢者が増える一方でいろいろな対策をしていただいている。その中でも、フレイル対策が一番重要になってくると思うが、今後はどのように展開していくのか。

○事務局 後期では、各種広報誌にフレイルに関する記事の掲載や各地の講演会でフレイルについて講演しているが、フレイルの人はかなり多くいるため家庭訪問などの保健指導は現時点で行っていない。今回の一体的事業の実施の中で、市町村がフレイルの人を把握し対策を行っていくことになり、通い

の場で医療専門職が健康相談、健康指導を行う。そこで特に必要だと思われる人に対して、家庭訪問を行うといったことを市町村ごとに計画していただく。

○委員 薬剤師会は市町村単位で作られているのか。また、合同の会は催されているのか。

○委員 薬剤師会は市町村単位でなく、市町村をいくつか集めて作っており、県内で23地区ある。薬剤師は健康サポート薬局やいろいろな薬局があり、会も各地で催している。

○委員 先日、老人クラブ連合会で安東委員に講師として来ていただき、薬剤の勉強をさせていただいた。フレイルに関しても、講師の方に来ていただきフレイル予防についてお話をさせていただいており、とても重要なことだと感じている。しかし、老人クラブに所属している会員はそういう話を聞き勉強することができるが、家にいる高齢者はそういった機会がないため、予防することができないと思う。老人クラブは任意団体であり、春日市で言えば約24,500人の高齢者のうち会員が1,888人と約7.8%となっている。1,888人はそういった機会に触れることができるが、そのほかの人はできない。増員に努めており、なかなか難しいところがあるが、頑張っ
てまいりたい。

○会長 私も高齢者に対して講演をしているが、最近では男性の参加者が増えている。昔は女性しか来なかった。男性の社会性が出てきてとても良いと感じている。

○副会長 日本人女性は26年連続で世界一の長寿であり、地域の講演会は女性ばかりで男性にも聞いていただきたいと思っていたが、最近では増えており喜ばしいことである。各種調査でも、地域行事等に参加し人とのつながりを持っている高齢者はそうでない高齢者に比べ長生きであるとか、要介護になりにくいといったことがある。因果関係が前後している可能性もあるが、数字としては出ているので、今後はそういった取組も重要だと考えている。

○委員 初めて実施する事業になると思うが、コーディネーターに対する研修は考えているのか。コーディネーターの役割はすごく大変だと感じる。費用が580万円とあるので、ある程度のレベルの方を雇用すると思うが、制度の理解だけでなく医療と介護の両方の知識が求められるので、かなりレベルの高い方でなければ無理かと思う。そのような方が60市町村にいるのか。それだけいけば既にうまくいっているのではないか。今回実施を検討しているのが25市町村ということだが、質を担保するためには最低限の部分、内容が必要となる。例えば、福岡県ではこういうことを最低限やってほしいということを示さないといけない。市町村に丸投げは危険だと思う。

ほかにも、市町村の地域包括支援センターにキーパーソンの方がおり介護予防を行っている。司令塔が2つ、3つという形に分かれていく可能性が非常に高くなってくると思われる。市町村のどこの部署が実施するかで大きく変わってくるが、広域連合としてはどのように考えているのか。医療職でそういった役割を担うのはどこも保健師だと思うが、そうなればこれまでと同じものができるだけになる。管理栄養士は重要だと思うが、管理栄養士が配置されている市町村はほとんどない。歯科衛生士に限って言えばもっと少ない。それらの特殊な人たちを入れようとしているにもかかわらず、お金を使ってもうまくいかない。時間をかけても保健師が加わるだけでは、これまでと同じような事業になる。もう少しピンポイントで指示を出してあげなければお金の無駄遣いになる。事業を行うに当たり、必要とあれば3師会に看護協会を加えた4師会はバックアップさせていただくが、それらの点についてどのように考えているか。

○事務局 研修会は現在検討していない。最低限のルールは何か考えていきたいと思う。しかし、本広域連合は後期の保健指導については専門であるが、ほかの分野については分からない部分がある。ただ、保健指導がベースになってくるので、データ分析の方法、洗い出しの方法、課題の整理の方法については既に国保連と連携して行っているので、そういったサポートを引き続き十分行っていきたい。

司令塔がいくつも出てきてしまう件について、制度上コーディネーターは正規の常勤職員を配置することとなっており、各部署を束ねる役割が求められている。どこの部署が担当するかは特に制限がないので、市町村ごとに決めていただくことになる。また、コーディネーターは保健師だが、管理栄養士や歯科衛生士等の専門職の雇用を検討している市町村もあるので、必ずしも保健師だけにはならないと考えられる。

○会長 コーディネーターの役割は非常に難しい。権限もないといけないし、知り合いも多くいないといけない。

○委員 介護予防の人が重症化しないよう積極的な意見をということで、今年度試行的に実施している市町村、来年度25市町村が検討しているということだが、どこが実施するか教えてもらえるのか。市町村へ丸投げの委託であれば、3師会が積極的に関与するのが難しくなる。事前に教えてもらえれば、その地区の環境、視点によって3師会の関わり方も変わってくるので、実施する市町村をいずれかの方法で教えていただきたい。

また、通いの場での情報で一番欲しいのは介護予防の情報である。どこもケア会議が行われており、重症化しないよう取り組む介護予防の人がほとんど出てくる。そこの方たちに何をすればいいのかを、生活支援コーディネー

ターの方に発言していただいている。そのため、ケア会議の場において、こういった事業で専門職の助言が頂けますよということを開示していただけるよう、委託した市町村に対し指導していただきたい。

○**事務局** 来年度実施予定の25市町村は最終的にいくつになるかまだ分からないが、新年度に入り市町村との契約後、何らかの方法でお知らせしたい。ケア会議を使つての連携については、この事業で実施することになっている。

○**委員** コーディネーターの役割はすごい大変だと感じる。契約前にどこが実施するか教えてもらえないのか。連携するにしても3師会での準備がある。それぞれ県内にいくつもブロックがあり、薬剤師会であれば23、歯科医師会であれば24、医師会であれば30ある。実施する市町村に応じて、どこどこのブロックが協力すれば成り立つのかなどを事前に情報をいただければこちらでも調整を行うことができる。

また、国からの資料を全て提供してもらえないか。中身を読ませていただければ市町村の動きも把握でき、こちらも対応がしやすい。

○**事務局** 来年度からの事業は既存の保健事業がほとんどを占めることになり、新しく協力していただく部分については、全体像を含めて改めて御説明させていただければと考えていた。

○**委員** 既存の事業を移行するだけであれば、やる必要がないではないか。後期高齢者の介護予防で、元気な方にいつまでも元気なままでいてもらうことを推奨しなければならない。新たな事業を最低でも半分は入れるというぐらいの気持ちで行かないと、やる意味がないと思う。既存の事業を移動してしまうとそこで予算を使ってしまうので、やっぱりできなかったとなる。そうならないように既存の事業は市町村の予算でやってもらって、新しいお金はこの事業に使わないと意味がないと思う。広域としてはそのように考えていないのか。

○**事務局** もちろん新しいことは始める。分析が大きな柱の1つにあり、令和2年度においては、分析によって今後の計画の方向性の修正や新規事業の検討を実施していくことになると考えている。そのため、分析に人件費をつぎ込んでいくというところがある。今すぐ何かということではなく、国からの細かい基準も出ておらず予算も組めない状況に陥っている。方向性が見えたところで改めて御相談させていただきたい。

○**委員** 関わりのある通いの場を持つことは、地域にとって今までと違った切り口での改善になると思う。分析の方向性によって、中身が少しずつ変わってくるということは十分わかるが、事業を継続していただかないと全く知らない人たちに浸透していかない。浸透するには時間がかかる。通いの場でいろいろな助言がもらえとか、行ってみようとか、地域の方によりやく浸

透してきたかなというタイミングで、方向性が変わってしまって対象者が違うということになる可能性もある。分析により改善することは良いが、継続することで地域に根付いていく事業にしていきたい。

○**事務局** 住民の方を対象にするため、事業を突然やめたり、全く方向性が変わるということは市町村も望んでいるわけではないので、そこは配慮したい。事業自体が分析の結果を反映させなければならないのに、同時並行で事業も実施しないとお金を出せないという制度になっているが、やってきたことが全て無駄にならないよう検討していく必要がある。

○**会 長** 医療と介護のニーズが変わってきているが、全く付いていけない状況である。九大の大学院にも薬剤師が来るが、いつまでも薬をちぎっているようでは駄目だと叱るし、歯科医にしてもいつまでも伝統的なものでは駄目である。

保険者もそうである。お金を集めて支払うだけで保険者の機能が果たせるわけではない。ニーズの狭間を埋めるような作業は必要であって、地域の仕組みを作っていないといけない。今後ニーズの狭間を埋める事業を広域連合でもやっていただき、市町村や介護とも連携を図っていく取組が必要だ。また、成果を評価する仕組みも必要になる。事業を始めるときに教育をしない、マニュアルもない、ただ委託するだけで評価もしないというのがある。広域連合としては前向きに保険者機能が豊かになるような形で努めていただきたい。

(5) その他

○**委 員** 生活困窮者自立支援法で高齢者の二分化が進んでおり、保険料を払えない人が出てくる。高齢の引きこもりの人が増えておりフレイルの可能性が十分にある。ただ、引きこもりの人は民生委員でもなかなか会えない。そういった人たちにフレイル予防を行うよう努力しろというのは非常に厳しいと思う。また、病院改革によって高齢者が病院にかかれぬ可能性が出てきており、受診抑制につながるのではと心配している。

○**事務局** 保険料を払えない人が出てくるのではないかということだが、保険料は軽減措置に加えて減免制度もあるので困窮されている方は市町村窓口にご相談していただきたい。

引きこもり対策について、先ほどの事業の中でも重要なポイントになっている。抽出の方法はいろいろあるが、例えば介護を受けていない、医療にかかっていない、通いの場にも来ていない方をピックアップし、専門職が自宅を訪問するというものもメニューに入っているため、今後実施されていくと

考えている。

- 委員 生活保護を受けている人は、サロンに出てこない。生活保護全体の6割が高齢者と言われ、全体の費用の半分以上が医療費となっている。生活保護の人が保険料や医療費が無料であるのに対し、国民年金や厚生年金の人は自分で何とかしなければならない。そこに大きな差が生じており、さらに、今後も保険料が上がっていくことが想定される。その点についてはどうか。
- 会長 この会議で答えることは難しいと思うが、問題の共有はできたかと思う。私が話すべきことではないが、引きこもりは約300万人いる。若い人もいるが、リストラされた人やメンタルが弱い人が引きこもっている。理由は様々だが、結局傷つきたくないから引きこもっているのは間違いない。生活保護の人もなかなか出て行きにくいということがある。認知症の行方不明者が年間2万人というのも大変な問題で、孤独死する人も非常に多い。脳卒中になっても3日見つけてもらえないこともある。低所得の問題もあるが、一人で住んでいる人がどんどん増えている。広域連合もそれと全く無縁でいかと言えばそうではない。少しでも多くの人意識を持つ必要がある。
- 委員 標準家庭が親2人子2人というのが崩れてきたという話があったが、子どもが1人という家庭が多い。1人の場合、その1人が欠けてしまえばガタガタになる。支える側が少なくなっている状況で難しい問題だと感じている。
- 会長 過疎地などでは、市役所や駅の近くに高齢者住宅を作るとかしないと非常に不安だと思う。高齢者が睡眠薬を欲しがるのは、不安だからだと思う。
- 副会長 これまでの社会保障制度で医療が大きな役割を占めており、医療にかかれば何とかできるということだった。しかし、社会構造の大きな変化で年金や介護保険の問題が出てきた。過疎地域をどうするかは都市計画の問題である。高度経済成長前のインフラ整備で、過疎地域を集落ごと移転するということがあった。しかし、それは政治的に解決が難しいことに加え、経済が爆発的に成長していたこともあり、お金でインフラを延伸する方が簡単だった。今は経済が縮小しているので、そういう手法が取りにくい。これからは、何ができて何ができない、これは残せるこれは残せないということを議論する時代になっている。
- 会長 少なくとも今の社会保障制度は維持できないし、今の医療の在り方ではニーズを満たせない。介護は全然足りない。間違いなく言えるのは、医療も介護もあるおかげでみんな助かっている。優先順位をつけて維持していくしかない。
- 事務局何かありますか。

○事務局 馬場園会長、ありがとうございました。本日いただきました御意見を十分に尊重し、今後の運営に取り組んで参りたいと考えております。検討委員の皆様、委員会への御出席、また貴重な御意見を賜りまして、誠にありがとうございました。今後ともよろしくお願いたします。