

**令和５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６年１月２４日（水） １４：２９～１５：４３

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（壯）委員、中村委員、藤本委員、田中委員、川端委員、濱委員、
小山委員、牛房委員、馬場園委員、谷原委員、和智委員、勝野委員
（欠席：大塚委員、石橋（薫）委員、片平委員）
- （２）事務局 米田事務局長、長木事務局次長、釘崎総務課長、福井保険課長、
管健康企画課長ほか

４ 議事の要旨

（１）協議事項

① 令和６・７年度（第９期）保険料率について

○事務局 （資料１に基づき説明）

○会 長 保険料率を引き上げる背景として、団塊の世代が後期高齢者になり、それを支える若年世代の数が減っている。最初に高確法ができたのは２００６年で、当時は前期高齢者に団塊の世代が入ってきて、前期高齢者の医療費がもたなくなるということで法改正があった。今回の改正も社会保障制度を維持できるようにするもので、今までは現役世代が高齢者を支えていたが、負担能力に応じて、所得の高い高齢者の保険料を高くするという方向性で、かなり思い切った引き上げがなされた。

○委 員 団塊の世代の人は所得を持っていると思うが、今までの後期高齢者の人たちはそんなにお金を持っていない。年齢の高い人には厳しいと感じる。

○会 長 私も厳しい状況だと思う。少し状況を説明すると、今、社会保障のために１３０兆円使っている。保険料収入が７０兆円、消費税などの社会保障目的税が２２兆円。足りない財源というのは国の予算１００兆円のうち、３０兆円くらいを入れないといけない。国の予算の３割以上が借金であって、積みもり積もった借金が１，２００兆円ある。国債の利率を上げてしまうと毎年の返還の金額が増えてしまうので利率を上げられない。それが円安に繋がっていて、国力が低下してきているという問題がある。医療政策や社会保障政策に関わる人たちは、どうやって日本の国民皆保険制度を維持するかとい

うことを考えている。現役世代もどんどん減っている。少子化の進行が見込み以上に早く、昨年度の出生数が80万人を切っている。これは予想より10年近く早い展開で、今後社会保障財源が、展望的に良くなる可能性は無いと皆思っているが、制度を破綻させてはいけない、なんとか維持しないといけないということで、苦渋ではあるが、後期高齢者にとっては思った以上の保険料負担率になった。

② 第4次広域計画の作成について

○事務局 （資料2に基づき説明）

○委員 次の計画は分かるが、その次、第5次となると少子化が相当進んでいると思う。その時にまた負担率が上がるというのはちょっと厳しい。国の政策として中福祉中負担という言葉があるが、ここにちょっと問題があるのではないかと思う。国の負担率が45%くらいだが、これが50%を超えてもいような世の中にならないといけないと思う。

○会長 どうやって限られたお金でやっていくかというのは重要なところ。以前はもう少し累進課税が高かったので、高所得の人たちは税負担が高かった。しかし、年金保険料はかなり上がっていて、今、上限の18.3%まで達していて、本人と雇用主で折半しているが、これは20年で倍くらいになっている。医療保険料も現役世代は10%程度になっていて、これも以前と比べると倍程度になっている。雇用主が払う保険料がもし無かったら本人の所得になっていたかもしれないと考えると、現役世代の手取りは増えているどころか減っているという現状がある。ここで話すことがふさわしいか分からないが、日本には2,000兆円の金融資産があり、その多くを高齢者が保有している。例えばフランスではその金融資産に課税しようという感じになっているが、個人資産を国の力で取り上げるということには議論が必要であり、総選挙の際の争点にしないと難しいのではないかという議論がなされている。

○委員 今、中福祉中負担という話があったが、病院などの立場から考えて、私たちがやっていくためには、収入が増えないのであれば経費を減らすしかないということになる。そうすると、保険が利かないようにする、例えば湿布や風邪薬は自費で購入してもらうとかいう話が私たちのところにも来る。ただ、かなりの患者さんがそういうものを目的に来られる。それ以外にも、質の高い医療サービスを提供するために、例えば人をこれだけ雇っておかないといけないとか、これだけの設備がないとこういう治療をしてはいけないとか、かなりの施設基準、人員基準があるので、それで費用がかかっている部分もある。質を下げれば費用は減るが、質の下がった医療サービスでいい

のかという話になってくるので、その整合性は政治のところで収めていただきたいと思います。

○会 長 日本人は現状維持というのが好きで、なんとか現状維持で持続できれば大きな制度の変更をしなくてもいいし、利害の争いも少なくできる。しかし、おっしゃるように日本の現状を考えると現状維持はできなくて、いつまでも借金頼りでやっていくというのはやはり困難。とはいえ、病院はコロナ補助金を除けば8割方が赤字。というのも、今の医療というのは、病院に入院しました、手術しました、お薬を注射しました、良くなりました、帰ります、という人はほとんどいない。高齢者が多いし、障害も残る。従って、医師ばかりではなく看護師もたくさん要る。歯科医師も薬剤師も病院に勤めていると有り難いし、リハビリスタッフもたくさん要る。医療関係者はどんどん要請されているが、それに伴う医療費は伸びていない。それから、もう少し頭の痛い問題に介護の問題がある。介護保険料は第1号保険者と第2号保険者の人数に比例してかけているが、第1号保険者には低所得者が多いので保険料を上げられない。そのため全体のパイが低くて、最終的には介護に従事している人たちの給料が平均よりかなり低くなっている。そのあたりも考えていかないといけないところ。他にもいろいろ大変な問題があって、例えば自宅で亡くなる人の4割が孤独死、一人暮らしの人が多い。事故死もあるがごく僅かで、ほとんどは病気を持っていて病院にかかっている。あるいは認知症で行方不明になって警察のお世話になる人が1万8千人位いる。そういった深刻な問題や、お金の問題を、本来はどうやったら解決できるか議論していかないといけないが、メディアも行政も政治家もやらない。そこがやはり問題で、議論を深めていくことで、最適解とは言わないが、今までより良い解決策を考えていかないといけない。こういう問題を明確にしないと、国民皆保険制度が壊れてしまう。そうすると、一度壊れたものを直すのは大変。そこで、例えば先ほどのような意見をパブリックコメントに是非書いていただいて、問題が見えるような形にさせていただくと有り難い。

○委 員 人生どこかで終末が来るというのははっきりしているが、やはり身内を亡くすのは寂しいし、そういう中で医療がもう少し進歩してくれればと思う。先程言われたことは分かるが、医療の内容を下げるというわけにはいかない。人間の価値観として大きい、ものすごく大事なところだと思う。「門松は冥土の旅の一里塚」と言うように、人生はどこかで終末が来るというのははっきりしている。それでも長生きしたいという人間の本能がある。そのあたりも含めて非常に難しい問題だと思う。

○会 長 おっしゃるとおりだと思う。仏教では、生老病死は人間の苦であるとされていて、日本の文化の中にも染み渡っている。自殺の最大の原因は、

7、8割方は病気を苦しめたもので、医療の質を下げるわけにはいかないと私も思う。実際、問題は切実で、人によっては「これから大変ですね」と言っているが、そうではなくて、もうどうにもなっていない。もう大変な時代に陥っている。政治家などが勇気をもってビジョンを出していくところ。私たち現役世代も問題があつて、損得で物事を判断しがちで、そういうところもおそらく少子化に繋がっている。子どもを産んで育てていくことが損ではなくて、自分たちの人生を豊かにするし、社会を豊かにするという風にならないと、なかなかこの社会保障の財源の問題は解決していかないと思う。いろいろと国も手を打っているが、国民の心の在り様を変えるというのはなかなか難しい。

③ 第3期データヘルス計画の策定について

○事務局 （資料3に基づき説明）

○会 長 保健事業も、重症化予防や、フレイル予防、オーラルフレイル予防という形で目標値を作ってPDCAサイクルを回して改善していくという方向性はいいと思うが、目標値も国の指示があるのでなかなか融通が難しいと思う。例えばこういう目標値に対して少し疑問があるとか、予防事業の生産性を高める、あるいは多くの人を受けようにするということに関して何か意見はないか。健診受診率が、全国の目標値に比べるとかなり低い、事務局から何か改善策はあるか。

○事務局 本県の受診率が低い理由としては、広域連合が健診事業を直接、直営でやっているというのがひとつある。全国でも7都道府県ほどしか直営でやっている所はない。令和2年度に始まった一体的実施事業で、市町村に受診勧奨を行っていただき、受診率を高めていく。広域連合で広報等をやっているが、広報についても一体的実施に合わせて市町村の広報誌にも載せていただく等やっていきたい。

○会 長 医師会も協力していると思うが、健診受診率が低いと感じる。

○委 員 なかなか難しいところであるが、受診に来られた時に、健診も一緒にできるようにしていただいたのはかなり大きかった。誕生日に合わせて健診に来られる方が多いので、誕生日に合わせてお知らせをしていただけたらもう少し増えるのではないかと思いますので、このアイデアを使っていただけたらと思う。

○会 長 機会があれば事務局でフィードバックしていただけると有り難い。それから、歯科健診の受診率も低い。オーラルフレイルも重要だし、口腔内の衛生、メンテナンスも大事だと思うが、もう少し受診率が上がるような方法はないか。

○委員 医科と歯科とあって、やはり皆さん自分たちの生活の中に直結するのは、医科のほうは絶対的なんだと思うが、「歯科では死なない」と思われているので、そういったところが大きく影響しているのかなと思う。広域連合もそうだが、歯科医師会としても、私たちは治療するだけではなく、予防という意味で、例えば誤嚥性肺炎の予防であったり、高齢者の方が元気に過ごせるようなお手伝いをしているという部分を、もう少し発信していくしか今のところはないのかなと思う。今は通いの場などに行っているいろいろなことをやっているの、それで変わってくればと思っている。

○会長 私達は後期高齢者の電子レセプトを使っていろいろな研究をしているが、適正服薬が良くならない。特に睡眠導入薬。かなり多くの人たちが睡眠導入薬を適切に服薬していないところがあるが、事業を行うときに、効果を測定しようとしても上手くいかない。何か良いアイデアはないか。

○委員 睡眠薬に関しては、12年前から生活保護受給者の方たちについてはレセプトを確認して、複数の医療機関で薬剤を貰われている方を抽出して、ケースワーカーからご本人に伝えていただくということをやり始めたこともあって、ずいぶんと減ってきている。つい先日あった事例だが、山口県で処方箋と睡眠薬を貰って、カラーコピーしておいた処方箋で福岡県でも同じ薬を貰ったり、10か所ほどの医療機関と薬局にかかって睡眠薬を貰っていた患者がいた。今はマイナンバーカードのオンライン資格確認で、そういった事例を見つけられるようになってきたので、本人や医療機関に確認しながら処方箋を削除してもらったり、地道にやっているところ。

○委員 睡眠薬は例えば整形外科でも「痛いからとりあえず寝る」という目的で処方される。いろいろな科から睡眠薬を貰っていて、医師も把握できない。知らないうちに他の科に行っていて、痛み止めも重複することがよくある。医師会ではかかりつけ医というのを推奨していて、まずはかかりつけ医にトータルで見てもらうという意識ができればもう少し整理できるのではないかと思う。

○会長 以前外来に座っていたことがあるが、高齢者の方は半分くらいの方が睡眠薬を希望している。睡眠薬には多かれ少なかれ意識障害にする力があるので、転倒等が起こってくる。どうして睡眠薬が欲しいかというと、孤独だったり不安だったりいろんな問題があって、よく眠れないから睡眠薬を使うことに繋がっている。被保険者の代表からは、なにか予防策や適正化対策はないか。

○委員 人によって違うが、持っていないと安心できないというのがひとつある。持っていれば、なんとなく安心感があってよく眠れる。私も医療関係者側にいたことがあるが、その時思ったのは、眠れなくても、24時間のう

ちどこかでお昼寝でも、10分、15分でも眠っていて、それを夜の睡眠に代えることができるのではないかと正直思ったが、それでも皆さん何となく持っていないといけないから飲まなくても持っているというのが普通になっていると感じた。

○会 長 昨年、歌舞伎役者が大量に薬を持っていて、両親と自分に使ったという問題があったが、ああいう明らかな不正には何らかの対応をせざるを得ない。先ほどの委員がおっしゃったような対応は後期高齢でも導入せざるを得ないと思うが、事務局では可能か。ひとりの人が1年で1,000日分近く投薬を受けているといった実態があるが、その予防策はあるか。

○事務局 保健事業の重複多剤であれば対応できるが、犯罪というか、別の目的で多剤を受けている人については厚労省の麻薬取締部といったところの所管になるかと思う。保健事業の重複多剤対策については引き続きやっていきたい。

○会長 マイナンバーカードを導入できれば、医療提供側で重複が明らかになれば対応するというのが一番可能かと思う。

○委 員 私は今回被保険者の代表として参加して、保険料がなるべく上がらないのが望ましいとは思いますが、持続可能な社会保障制度を構築するには保険料の引き上げはやむを得ないという感覚で話を聞いていた。海外に行ってもこんなに素晴らしい医療保険制度はない。海外では、病院に搬送されても、お金も保険証も無かったら玄関から叩き出されるという現状も見てきた。日本の制度は素晴らしいと思うので、これが崩壊しないように、負担は少しずつ上がっても仕方ないので、是非永続的に続けてほしい。また、政治がもう少し介入して、公的資金等で補充してもらえたらと切に思う。

○会 長 財源はあるところからしか取れない。少子高齢化が進行していけば、社会保障財源は枯渇していく。年金は天井を作ったが、医療と介護については天井を作れない。よく「今後どうなるか分かりませんね」と言うが、だいたいどうなるかは分かるので、そこはやはり団塊の世代が枠組みを提案していくと非常に有り難いし、誰々に特別にお金を出すということではなく、平等、公正という形でそれが可能になるように、というところもある。医療提供側も、例えば病床数と医療費が比例するといった問題があるので、適正な医療提供体制を作っていくようにして、両サイドから、日本の素晴らしい保険制度を維持する。私は医療政策が専門で、フランスなど日本よりランクの高いところがあるが、日本の診療所みたいに、いろいろ検査ができたり、画像が撮れたりするということもないし、歯科などは費用が高いところが多い。外国の人から話を聞いても、日本の医療スタッフはとても親切だと聞く。日本のように、いい医療をこれだけの自己負担でできるところは素晴

らしい。私は日本の医療提供体制は世界一だと思っていて、それを維持するように対応することが重要であると思う。

○副会長 少子高齢化で、社会保障制度を支える側が少なくなっているのに、現役世代の所得というフローで高齢者を支えるという今までの仕組みが、なかなかたち行かなくなっているために、色々な議論が出てきている。高齢者は確かに生活保護の割合も高いが、金融資産のかなりの割合を高齢者は保有しているので、ストックの活用も今後進められるべきではないかと思う。例えば、自己負担の問題とか、払える能力があるかどうかにもよる。高齢者は格差が大きくなってきており、団塊の世代でも元気でご活躍される方と、病気で生活保護の方のようにかなり幅があるので、その中で支え合う仕組みを考えていかないといけない。

(2) その他

特になし