

## 平成 29 年度第 1 回香川県後期高齢者医療広域連合懇話会会議概要

- 1 日 時 平成 29 年 10 月 26 日 (木)  
午後 2 時 00 分から午後 4 時 20 分
- 2 場 所 香川県自治会館 7 階 第 1 会議室
- 3 出席者
  - 【委 員】 荒木委員、石井委員、木村委員、久米川委員、近藤委員、末永委員、中山委員、西岡委員、春田委員、本田委員、松尾委員
  - 【事務局】 宮崎事務局長、金川事務局次長兼総務課長、高畑事業課長、小河総務グループリーダー、川股資格管理グループリーダー、植松保険料グループリーダー、有本医療給付グループリーダー、石垣保健事業グループリーダー、中谷主査
  - 【 県 】 浜田副主幹
- 4 次 第
  - 1 開 会
  - 2 挨 拶
  - 3 議 題
    - (1) 平成 28 年度香川県後期高齢者医療事業の状況報告について
    - (2) 第 3 次広域計画 (案) について
    - (3) 平成 30・31 年度における保険料率について
    - (4) 保健事業実施計画 (データヘルス計画) の平成 28 年度の取組み状及び第 2 期保健事業実施計画の策定について
    - (5) その他
- 5 懇話会会議の経過等
  - (1) 平成 28 年度香川県後期高齢者医療事業の状況について  
資料に基づく事務局からの説明と、それに対し委員から意見等があった。
  - (2) 第 3 次広域計画 (案) について  
資料に基づく事務局からの説明と、それに対し委員から意見等があった。

(3) 平成 30・31 年度における保険料率について

資料に基づく事務局からの説明と、それに対し委員から意見等があった。

(4) 保健事業実施計画（データヘルス計画）の平成 28 年度の取組み状及び第 2 期保健事業実施計画の策定について

資料に基づく事務局からの説明と、それに対し委員から意見等があった。

(5) その他

【 質疑及び意見の概要等 】

1 平成 28 年度香川県後期高齢者医療事業の状況報告について

(委 員) 資料 11 ページの葬祭費の給付状況について、葬祭を行った方に支給するとお聞きしましたが、例えば独り暮らし、身寄りのない方等の遺族がいない場合はどうするのですか。

(事務局) 葬祭費の支給申請には、葬儀の際の書類や埋火葬許可書の写しが必要になります。告別式の有無は関係ありませんが、埋火葬の手続きをされた方であれば、申請書を提出できます。また、申請しない方もいらっしゃいます。

(委 員) わかりました。亡くなった方に直接支給されるのではないのですね。また、平成 30 年度から 3 万円に引き下げられるということですが、限られた財源の中で別の使い道もあるのかな、と個人的に思いました。

(委 員) 葬祭費は、葬祭を行った方に支給すると法令上決まっています。身寄りがいない方、身寄りがあっても疎遠の方については、職場の方とか、友人とかもあると思います。そういう意味では、家族とか固定してしまうともらえない方もいるので、実際に行った方となっているのではないのでしょうか。また、火葬代も考えると、3 万円という額はどうでしょうか。

(事務局) 全国の広域連合の葬祭費支給額を調べたところ、全国的に 2 万円、3 万円、5 万円と 3 段階ぐらいに分かれております。各県それぞれバラつきがある状況ですが、西日本では、5 万円が一番高い方

でした。その金額設定については、各県の状況によって判断しているということでした。そこで、後期高齢者医療事業全体で検討した結果、葬祭費を下げるという結論に至りました。また、葬祭費は、葬祭実費そのものの補填ではありません。葬儀を行った後、行った方へ支給するというものです。

(委員) 保険料率改定の議題で出てくると思いますが、所得区分で被扶養者であった方は、経過措置として減額されていました。しかし、今後かなり改定があるのでしょうか。後の議題ででてきますね。

(事務局) そうですね、保険料率改定の議題のところで、ご説明いたします。

(委員) 保健事業の健康診査等は、隣接する市町の医療機関の方が交通の便が良かったり、設備が整っていたりして、住んでいる市町以外の医療機関で受ける場合、支給は住んでいる市町から出ていると思いますが、住んでいる市町とその検診した医療機関との間で、連携はできているのでしょうか。

(事務局) 健康診査は住んでいる市町ごとに支給しています。また、後期高齢者医療の健康診査については、市町に委託しております。国民健康保険の制度とも一部関連している部分もあり、窓口が市町になっています。市町によっては、無料、自己負担が必要なところもあります。各市町独自の取組みの中で、それぞれ特色のあることをされていると理解しています。

(委員) 受診率を上げるということであれば、アクセスしやすいとか、信頼性がある医療機関を選択することも必要かと思えます。住んでいる市町と隣り合わせ市町の医療機関の場合とか、あるいは島しょ部の方と医療機関とのつながりということについても気になります。

(委員) 特にその住んでいる市町の医療機関で健診をしないといけないということではなくて、ただ、いわゆるかかりつけ医は持つべきと考えます。その市町の医者に、かかりつけ医になっていただいて、専門的な治療が必要とか、ベットが必要だというふうになれば、市町を離れて診療なり健診をしていただくということが基本です。

必ずしもその市町で診療を受けなければならないということではないです。

(委員) 健診の有料、無料というのは、市町によって若干違うということですね。

(事務局) そうです。

(委員) 7ページの図表2-4、年度別療養費等の内訳の一般診療、これはかなり額が大きくなったり、小さくなったりしていますが、これは一般診療とは一体何を示しているのですか。

(事務局) これは、保険証を持たずに受診をされた方に対して、支給したものです。

(委員) 保険証を持たずにどこに受診されたのですか。

(事務局) 保険証を持たずに県内外の医療機関を受診され、10割を自己負担された方が、後から申請されたものに対して、支給したものです。

(委員) ここでは、それを申請する場合、療養費になるのですね。

(事務局) はい。この場合は、療養費として支給しています。本来であれば保険証を持って受診すれば1割若しくは3割負担です。

(委員) 保険証を持って受診するのだから、一般診療ではないのですか。この療養費には入らないのでは。診療ですよ、療養じゃないのですよね。

(事務局) はい。

(委員) こういうケースの場合、一般的に療養費ですか。

(事務局) 還付の場合、厚生労働省の統計上の数値はこの療養費に入れます。

(委員) 療養費の中に一般診療が入ってくるのは、非常に不自然な感じがします。

(事務局) どうしても、国の統計上、この予算費目の中に入れ、報告を上げるようになっております。

(委員) なんでそういうふうなことになっているのですか。

(委員) これは、資料2-3の年度別診療が現物給付、2-4現金給付の区分けになっているため、一般診療は療養費となっているのですね。

(委員) 一般に医師がやる仕事は療養とは言わないのです。診療なのでそ

れを療養費の中に入っているのが、おかしいと思うのですが。

(委員) 法的に、予算の区分としてはそうなっているのですね。

(事務局) はい。

(委員) 療養というのは、柔整、あんま、はりきゅうを療養と言うのです。

診療所や一般の医療機関で行うものは、診療となっています。言語的に決まりがあるので、不思議だなということです。

(事務局) 再度、調べさせていただきます。

(委員) 予算の区分は必要ですからね。

(委員) 資料 15 ページの保健事業のところで、健康診査とはいわゆる 74 歳までの特定健診にあたるのですね。

(事務局) はい。

(委員) 早期発見に努めることで、被保険者の健康保持増進を図ることを目的とあるのですが、74 歳未満は、それを対象化して保健指導をやっていますが、それに当たるものというのは、後期高齢者ではどういうことをされていますか。

(事務局) 特定保健指導というのは、40 歳から 74 歳までの腹囲を含んだメタボを早期発見する健診です。一方、腹囲は除いて、全般的な健康、血液状態等を医師に健診してもらい、早期発見をするのが、75 歳以上の保健事業の健康診査です。

(委員) 健診を受けた医療機関で、その後、健康保持増進を図ることを目的とする取組みを行いますか。健康診査の結果というのは、その場でお知らせすることができるものもあれば、できないものもあると思います。例えば、血圧はすぐわかりますが、血糖とか脂質は時間がかかります。それは、どういうふうに受診者に対して情報提供されるのか。例えば、受診や治療を要するものの情報は、どういう形で健診を受けた方に情報提供するのですか。

(事務局) 広域連合は、各市町に健診業務を委託して実施しております。

各市町から受診券を発送して、それぞれかかりつけ医の健診を受けていただきます。健診結果については、その主治医の先生から健診結果をお聞きするということになります。

(委員) かかりつけ医と健康診査をした医療機関が同じであれば、最後まで見てくれるということになるのですね。一旦、広域連合の方に情報が返ってきて、広域連合から受診者に対して情報提供するのではなく、健診を受けた医療機関から、脂質や血糖の状態を確認する形で、その後の治療に持っていくというような考えですね。

(事務局) はい。その後の治療については、主治医の先生に定期的フォローをしていただいているような状況です。

(委員) はい、わかりました。

(委員) 健診を受ける場合に、今までかかっている診療所や病院へ行っている方は、おそらくそこで受けると思うのですが、かかりつけ医をもっていない方や、いつもは遠くの病院へ行っているけれど、近くの診療所でという方もおられますので、初めての診療所で健診を受けて、その後、受診勧奨等の指導は別の医療機関になる場合もあります。また、そのデータを市町からの食事指導にいかす場合もあります。国保・社保では、データを見て受診勧奨があります。まず、かかりつけ医がある方は、早速、治療開始の話があると思います。また、かかったことのない方は、後から何か指導があると思います。

(委員) 今、おっしゃったような指導がどう行われているか。おそらく質問の趣旨は、広域連合の方で市町へ委託しているとしても、どういうやり方をされているのか、フォローアップをどうやられているのかということでしょう。

(事務局) 健診データの活用については、他の事業の統計に活かすためのデータベースとなっており、現在一番大きなものとしては、保健実施計画の中で利用しております。さらには、糖尿病重症化予防事業等、一部活用をしている状況です。

(委員) 先ほどの7ページの一般診療のことですが、これは特別療養費ではありませんか。特別療養費というのは、税とか払われてない方が、保険証を一度回収されてしまって、10割払うものです。

(事務局) 特別療養費ではありません。

(委員) わかりました。以前、特定健診をいろんな地域で受けることができな  
いか、国保でバリアフリー化をしたらどうかと県内で提案をしたところ、各市町  
の負担割合とか全額負担している、していない等により地域格差があり、一  
緒にすることができないということで決着が現在ついている状況です。隣の市  
町に行ったら負担金が変わるために、同じ金額に統一することができないか、  
相談をさせていただいたが、それは市町の財政により負担するお金が変わっ  
てくるので難しいという状況とお聞きしました。23 ページの事業目標ですが、  
第三者行為求償事務の目標値について、29 年度だけ下がっている状況には何  
か理由があるのでしょうか。

(事務局) これは、目標値が以前まではちょっと高すぎたということも踏まえ、  
現実的な数値で見直したということで御理解いただければと思います。

(委員) ありがとうございます。

(委員) 市民の立場に立てば、どこに住んでいても同じようなサービスを受け  
たいものですが、医療機関がある程度偏在しているので、なかなか難しいのが  
現状ですね。今後、広域連合議会が開かれるので、そういうことを議論して  
いただきたいと思います。

## 2 第3次広域計画（案）について

(委員) 資料の中で、療養費や医療給付費と書かれていますが、医療と療養が  
混在していて、よくわかりませんが、いかがでしょうか。

(事務局) ただ今調べておりますので、少しお時間をください。申し訳ござ  
いませぬ。

(委員) 5 ページの⑦で、人材確保、職員数の確保と書かれていますが、一  
方で、その前のところで効率化ということも出てきていますね。職員数を確保  
することと、効率化は避けられないので、両立させるのはなかなか至難の業  
という気がしますが、そういうことは当然議会が考えなければいけないところ  
であると思います。また、前期高齢者、国保全体との連携、あるいは他の業  
者の連携も含め

て、例えば保健指導できる人材をそれぞれの組織で必ず持たなければならぬのか、共通で人材を確保することができないのか等、そういったことも含めて全体で広域計画を作られるのがいいのではないのでしょうか。

(事務局) はい。国保、前期との連携等ですが、行政は縦割りという悪い所があり、国保は74歳まで75歳になれば広域連合と言ったように各市町との連携がなかなか難しいところがあります。被保険者の方は、74歳だろうと75歳になろうと、保険者が代わるというだけです。今後、広域連合の組織の在り方も含め、検討課題と考えております。

(委員) これだけ広域連合の事務が、広範囲で専門性があり、実施内容によって連携が必要ということになりますと、広域連合の保健師だけで、糖尿病の指導や重複頻回受診の指導と実施していくことは難しく、やはり市町で実施するということになると思います。そのようなことも含めて、議会で真剣に議論していただければいいのではないのでしょうか。

(事務局) 各市町と広域連合の立場で役割分担するという部分があります。広域連合は、県下全体の組織ですが、市町間では様々な相違があり、同一の件事をする場合、委託という選択が良い時もあるのです。国のインセンティブの事業は、縦割りの部分での連携を課題として挙げています。今後、具体的な事例を示すなど、市町に取り組んでもらえるよう広域連合から働きかけて行くことも検討したいと考えております。

### 3 H30・31年度における保険料率について

(委員) 人によっては、保険料が現実には増える方もいると思います。国全体の話なので、ご理解いただくしかないということですが、広域連合としては、H30・31年、据置の方向で検討されているということですね。

(事務局) 一部補足説明です。国の制度改正の関係で一部の軽減措置が外れ



る関係上、個々に関しては上がる可能性があります。全体としては、現状維持を予定しています。仮に、葬祭費を現状の5万円のままでいきますと、保険料が上がってしまいます。将来的な医療費の増加、被保険者数の増加に伴い、今後の保険料の増加は避けられないだろうと、2年ほど前から葬祭費の減額検討を始めました。保険料に影響する部分は、総額で1億8千万円を見込んでおります。国の制度の見直し、検討していた事業の見直し、現状の医療費の状況という3つの中で、総合的に検討した結果、保険料の現状維持ができるのであればということで、葬祭費を下げる結論に至りました。

(委員) 所得割 9.26%、これは何に対する割合なのですか。

(事務局) 確定申告の給与所得、年金所得、その他の所得の合計金額がベースになり、そこから賦課割合 46%をかけて全体的な額を出して、個別の金額になります。

(委員) 賦課限度額 57万円、1人当たり安い人では、47,300円ですか。

(事務局) 最も低い人で9割軽減がかかっておりますので、4,700円です。

(委員) 平均すると一人当たり保険料月額はいくらになりますか。

(委員) ある程度以上の所得になると一定の割合で負担をしてもらう。そういう発想になると思います。それが適正かどうかということになりますが、医療保険の場合は、みんなが同じ医療、療養を受け、負担については、下限、上限を作って、中間の方は同じ比率、いわゆる、累進的な比率にすべきではないということになりますね。

(事務局) 一人当たりの保険料額ですが、平成 29 年度は、年額 63,266 円となり、63,000 円ほどになります。

(委員) 実際、年間医療費 100 万円弱くらい一人当たりかかっているわけですから、自己負担部分と保険料 6 万円を引くと 90 万円近くになるわけですね。医療費については、税金、若い人達からの支援で支えられているということですね。具体的なもう少し細かい資料は、1月開催の懇話会ということでよろしくお願いします。

#### 4 保健事業実施計画（データヘルス計画）の平成 28 年度

- （委員）費用を出す側の保険者として、意見を言わせていただきます。私どもは、全国で約 3,800 万人加入があり、香川県でも約 44%の方が協会けんぽの健康保険証を今使っていただいております。後期高齢者の方の医療を支えている側として、私どもの取組みの中で、できるだけ健康で健康寿命を延ばすことを特に頑張っております。40、50代から気を付けていけば、結果として皆さん幸せになると思っております。また、2025年に後期高齢者の加入者の方がピークを迎えます。その時に私どもから後期高齢者へ支援する部分が現在約 40%ですが、皆で支えなくてはならないということは充分理解しております。引続き 75 歳以上の方が健康でいけるように保健事業を進めていただきたいと思います。後期高齢者の加入者が増えるのは、国民皆で考えていかなければならない。どこが支えるかという議論もありますが、入っておられる方々が健康であれば、必ず一人当たりの医療費を抑えていけると思っていますので、その点では保健事業について、引続きよろしくお願ひします。
- （委員）できるだけ、データが正確でなければならないことから、分析が必要ということになりますが、次回、期待しておきます。
- （委員）後期高齢者の被保険者として、この会議に出席させていただきました。主治医の先生方の話やテレビ、新聞等でも後期高齢者の財源等が、非常に厳しい現実は聞いておりましたが、さらにこの会で改めて知ることができました。一番思いましたのが、私にも子供がおりますので、財源の中で多額の負担をしていただいている現役の方に、今までは子供に対して迷惑をかけない予防を思っていたのですが、もっと範囲を広げて現役の方に迷惑をかけない老後の生活水準を上げる努力をしなければいけないなと思いました。健康診査については、自宅近くでかかりつけ医を持っており、受診したところ、ボーダーより少し上でダメなのかと思うと、この範囲だったら許容範囲内だから大丈夫ですよと、お薬を飲むこともないと親切におっしゃってくださり、先生に任せておれば、大

丈夫だなどと思いましたが。大腸検査の再検査の時には、先生の方から病院を紹介していただき、今は安心しております。健康診査を年に1回してくださることは、とてもありがたく思っております。個人的には、久しぶりに緊張感溢れる高度な内容の会議に出席させていただきました事をすごく嬉しく思い、本当に皆さんに感謝しております。とてもいい勉強になりました。ありがとうございました。

(委員) 私も後期高齢者ですが、我々4、5人集まれば、病気のことが一番です。その中で血圧の話題になります。ところが血圧の測定値が、それぞれ120以下や130以下とか、はっきりしないのです。後期高齢者はいくらだというような数値を出していただきたいですね。それから、ジェネリック薬品ですが、調剤薬局によっては、品切れだったりしますので、細かい点ですが改善を要望したいです。

(委員) 先ほどの血圧の件ですが、患者さん自身で血圧を測ってみると、高いこともあれば低いこともあると思います。これは、朝から夕方、寝るまですべて血圧は上下しています。例えば、歩いているとき、お風呂入っているとき、その時必ず血圧は上下します。すべて自分の血圧です。どれが正しいということではないのです。特に、朝起きた時、目を覚ますためにかなり血圧が上がります。皆さん、安静時に測っているわけで、それが一番低い時の血圧とご想像ください。一日のうちに何回か測ってみて、どの時期に自分の血圧が高いのかを掴んでおかないといけないと思います。脳梗塞や脳出血は、もっと高い例えば300くらいで起こったりします。若い人でも普段100前後の人でも、走りながら血圧を測ると簡単に200は超えます。だから、お年寄りでも普段140や150の人でも歩いている間は安静時より必ず高いですし、トイレやお風呂、サウナに入った時はそれより50から70くらい上がっているということです。このような時にアクシデントが起こります。普段血圧がそんなに高くないのと言っていた人が、急に倒れて、とい

うのはそういうことなのですね。高い時の血圧も、低い時の血圧もすべて自分の血圧だという風に理解していただかないといけないと思います。高血圧学会で言われているのは、朝起きて30分以内の血圧が135以下に落ち着かせておくのが安心だろうと、それであればもし何かあった時も250ぐらいまでしか上がらないから、アクシデントを起こすことはないだろうということです。よく皆さん、血圧の薬を飲むと一生飲み続けられないといけないというような言い方をしますが、これはいわゆる予防薬で、今日予防して、明日予防しないのでは意味がないですから、毎日飲んでしっかり予防していくというのが血圧の薬なのです。毎日ちゃんと飲んでコントロールしてというのが血圧の薬ですから、飲み始めたらやめられないから飲みませんというような人がいますが、全く考え方が違うのであって、しっかり早くから予防してアクシデントを起こさないようにするというのがいわゆる血圧の薬だと思います。

(委員) 朝起きて、30分くらいのうちに測るのが目安ですか。

(委員) 30分以内ですね。そして、やっぱりご自宅に血圧計を1台持っておくのが大切です。時間があればいろんな時間帯に一回測ってみて、こういう時にご自分の血圧が大体これくらいだという把握をしておく必要があります。

(委員) 75歳も過ぎて、大体140くらいまでですね。

(委員) 薬を飲んで120ぐらいであればいいかと思います。140は上限なので、それ以下にしてほしいので、120がベストだと思います。

(委員) 事務局側の広報の方で、こういう議論していますよということは、きちんとお伝えてしていただいて、被保険者にはもちろん自覚していただいて、全体を支えるより若い人に理解していただいて、現状はこういう議論があるということを伝えていただきたいと思います。

(委員) それでは、以上をもちまして本日の会議を終了させていただきます。長時間ご協力いただきまして、ありがとうございました。