

令和4年度
第3回新潟県後期高齢者医療懇談会
会 議 録

令和5年1月31日(火)

自治会館本館2階 201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	森合 ミツノ	
保険医又は 保険薬剤師代表	新潟県医師会	副会長	川合 千尋	
	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	笠原 敦子	
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	木南 直之	代理出席
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	久保敷 隆	
	健康保険組合連合会新潟連合会	会員	竹田 拓矢	
行政関係者	新潟県福祉保健部 国保・福祉指導課	課長補佐	勝 沼 裕	代理出席
事務局		事務局長	八 木 弘	
		事務局次長	池田 文明	
	業務課	課長	矢代 睦	
	総務課 総務係	係長	棚橋 祐介	
	総務課 企画係	係長	新保 大祐	
	業務課 医療給付係	係長	松田 道代	
	業務課 資格保険料係	係長	流石 直人	
	総務課 企画係	主事	遠山 栄希	

－ 午後 1 時 30 分 開会 －

1 開会

事務局

それでは定刻となりましたので、ただいまから令和 4 年度第 3 回新潟県後期高齢者医療懇談会を開会いたします。どうぞよろしく願いいたします。

委員の皆様にはお忙しい中、また、寒い中お集まりいただきまして誠にありがとうございます。

2 委員紹介

事務局

続きまして、次第の「2 委員紹介」に移らせていただきます。この度、委員の改選がございましたので御紹介させていただきます。

(委員の紹介)

次に、資料の確認をさせていただきます。事前にお送りいたしました会議資料のうち、次第及び懇談会委員名簿につきましては変更がございましたので、お手数をおかけいたしますけれども、本日お席に配付いたしましたものに差し替えをお願いいたします。資料の不足がある方は事務局へお申し付けください。よろしいでしょうか。

本日の会議では、第 3 次広域計画の改定についてや今後の医療保険制度改正の見通しにつきまして、委員の皆様から御意見をお伺いしたいと思います。是非、忌憚のない御意見、あるいは活発な御議論をいただければと思っています。どうぞよろしく願いいたします。

3 懇談事項

(1) 第 3 次広域計画の改定について

事務局

それでは次第の「3 懇談事項」に入らせていただきます。

ここからの進行につきましては、座長をお願いいたします。

座長

しばらくでございました。しばらくの間、この懇談会の座長として進行役を務めさせていただきます。御協力のほど、よろしく願いいたします。

本日は、次第にございますように懇談事項として 3 点ございます。「(1) 第 3 次広域計画の改定について」、資料 1 に基づきまして、事務局から御報告をお願いいたします。

事務局

それでは、懇談事項「(1) 第 3 次広域計画の改定について」を説明させていただきます。

資料 1 - 1 を御覧ください。

前回の懇談会では、パブリックコメント前の改定案ということで御説明を申し上げましたが、その後、昨年12月14日から本年1月6日までの間、パブリックコメントによる意見の募集を行いました。パブリックコメントにつきましては、市町村の広報紙を通じ、事前周知を行ったほか、広域連合及び市町村のホームページにて周知を行いましたけれども、結果、意見はございませんでした。

したがって、前回御確認いただきました内容から変更はございませんが、今回、改めて資料1-2として添付してございます、計画案をもって、2月14日に開会されます広域連合議会2月定例会に提案いたします。

座長

ありがとうございました。ただいま、懇談事項「(1)第3次広域計画の改定について」でございますが、事務局から簡単な御説明をいただきました。既にこの懇談会で、この広域計画については何回か議論をしておりますが、ここで最終的にパブリックコメントを受けて公表ということになっておりますが、御意見はございませんか。

実は、打ち合わせの時にも問題提起をさせていただいたのですが、パブリックコメントというのは、行政手続き上、義務付けられておりますけれども、実際に、実施してコメントが出るということが、日本では比較的少ない状況にあるかと思っております。この広域計画についても、これまでパブリックコメントでコメントをいただいた件数というのは、ほとんどなかったと聞いております。これらにつきまして、各保険者の方々、同じくパブリックコメントを実施しておられるかと思っておりますが、そのための御尽力のあり方等につきまして、つまり、工夫の仕方でございますが、コメントを積極的に頂戴できるような形でのパブリックコメントの求め方について、何か工夫等がございましたら、各保険者の方から御意見を頂戴したいと思っております。いかがでしょうか。

委員

当組織では正直申し上げて、パブリックコメントというのはやっておりませんで、今の法律に基づいてやっているのと、あとは運営委員会という、委員の皆様から御意見を伺ってはいますが、パブリックコメントという形ではやっておりませんので、すみません、工夫等というのは分かりません。

座長

組合員とか、あるいは、その扶養家族の方に対する周知、あるいは何らかの御意見の聴取手続き等はやっておられるのでしょうか。

委員

いいえ。本部の運営委員会、それと、各支部の評議会では意見をまとめますけれども、そこから先、もちろん広報では周知をしますが、何かあったら言ってくださいというような形ではやっていないのが実態でございます。

座長

ありがとうございました。委員、いかがでしょうか。

委員

私どもの組合も、改めてパブリックコメントというのは求めておりません。ただ、いろいろな手続きも事業所を通じて行っていく中で、事業所の担当者ですとか、あるいは組合会の議員を通じて意見が出る場合がございます。その点に関しては、年2回の組合会の中で意見交換会というものを設けていますので、その場で日頃の事務手続きですとか、「何か加入者の方々から意見があった場合には教えてください」という形で求めている次第です。

座長

意見というのは出てまいりますか。

委員

意見は毎回出るかという点と出ないのですけれども、2回に1回くらいは出てきますし、保健事業に関する要望も、その場でも出していただく場合がございます。

座長

ありがとうございます。それでは代理で恐縮ですけれども、委員、御意見を頂戴できればありがたいと思います。

委員

意見とかというものではないのですけれども、確かにパブリックコメントを求めているケースは多々ありますけれども、あまり意見が寄せられていないという部分があるので、そのあり方については私どももいろいろと検討していかなければいけないという気持ちは持っておりますが、なかなか対策と言いますか、周知することについては、どういうものがあるのかなというような苦慮しているところでございます。

座長

ありがとうございます。皆さんそれぞれ御苦労しておられるという状況かと思っております。日本の民主主義のあり方そのもの自体に、やはり、関わるような何らかの問題が背後にあるのではないかという気もいたしますが、今回の広域計画につきましては、パブリックコメントについてコメントなしということで、これで正式の手続きに移らせていただくということでございます。よろしく御了解のほど、お願いいたします。

(2) 今後の医療保険制度改正の見通しについて

座長

それでは、懇談事項「(2) 今後の医療保険制度改正の見通しについて」、これも事務局から御報告をお願いいたします。

事務局

私の方からは、「今後の制度改正の見通しについて」、国における医療の全体像、主に令和6年度以降の後期高齢者医療制度の制度改正の具体的な内容について紹介させていただきます。

なお、今回説明する内容につきましては、現在、国が公開している情報に基づいて説明するものでありまして、今後、変更される場合があることについて御承知おき願います。

では、資料2-1「今後の医療保険制度改正の見通しについて」を御覧ください。まず、改正の背景についてでございます。国が設置する全世代型社会保障構築会議におきまして、「少子高齢化・人口減少時代」を迎えるこの国において、今後目指すべき社会の方向性の検討が進められてきたところです。方向性としては大きく3点ございます。①「少子化・人口減少」の流れを変える。②これからも続く「超高齢社会」に備える。③「地域の支え合い」を強める。このうち、①、②が後期高齢者医療制度に、特に関わる部分となっています。詳細を資料2-2に書いてございますので、資料2-2の1ページを御覧ください。

こちらは国の資料の全世代型社会保障の基本的考え方のページでございます。①『少子化・人口減少』の流れを変える」では、「未来への投資」として、子育て・若者世代への支援を整備し、子育て費用を社会全体で分かち合い、子育てができる環境の整備が急務であると示されています。こちらが、後述します出産育児一時金の引き上げと、後期高齢者医療制度による支援の導入につながってまいります。

また、②として、「これからも続く『超高齢社会』に備える」では、社会保障を能力に応じて皆で支える仕組みなどが示されています。こちらは、後述いたします保険料の負担割合の見直し、賦課限度額の引き上げ、所得割比率の見直しにつながってまいります。

では、具体的な制度見直しの内容を見ていきたいと思いますので、資料2-1にお戻りください。資料2-1の中段、「1. 出産育児一時金の引き上げと後期高齢者医療制度による支援の導入」を御覧ください。先ほどの方針で示されておりました子育て世代の支援を目的としまして、まずは令和5年4月1日から、出産育児一時金が現行の42万円から8万円アップして50万円に引き上げられます。続いて、令和6年4月1日から、出産育児一時金に係る費用の一部を後期高齢者医療制度で負担する仕組みが導入されます。後期高齢者医療の保険料の総額は医療保険全体の保険料総額の7パーセント程度でございますので、出産育児一時金に係る費用の7パーセント分を後期高齢者で負担する予定でございます。

ただ、令和6年から、いきなり7パーセント分の負担増とするのは急激に負担が上がり過ぎという意見があり、令和6・7年度につきましては7パーセントの2分の1相当を負担する予定となっております。こちら、具体的な数値等を資料2-2の2ページに記載しておりますので御覧ください。

「財政影響」出産育児一時金の増額、一時金を全世代で支え合う仕組みの導入のページでございます。こちら中央に表がございまして、現在、出産育児一時金の費用としては3,320億円がかかっております。令和5年4月から増額される分として630億円が更に加わります。合計約4,000億円の費用のうち7パーセントの2分の1としまして、後期高齢者が負担する分がこの表の最下段になります後期高齢者影響額130億円でございます。これによる被保険者の皆様への影響額としては、1人当たりの保険料額に換算しますと、年間600円増加すると見込まれています。

次に、資料2-1に戻ります。出産育児一時金の次が2ページの2「高齢者医療を全ての世代で公平に支え合う仕組みの導入」でございます。こちら、二つの意味がございまして、一つ目が(1)

現役世代の負担上昇を抑制するため、後期高齢者の保険料負担割合を見直すこと、二つ目が(2) 高齢者世代の保険料について、低所得者に配慮しつつ、能力に応じた負担の強化を行うことです。まずは、一つ目の現役世代と後期高齢者の保険料負担割合の見直しについて詳しく見ていきたいと思ひます。

資料2-2の4ページ目、「高齢者負担率の見直し」を御覧ください。こちらの資料の左下のイメージ図を御覧ください。後期高齢者医療の給付金の財源は約5割が国、県、市町村による公費、約4割が現役世代からの支援金、残りの約1割が後期高齢者の保険料となっています。後期高齢者医療制度が発足した平成20年における保険料の負担率は約10パーセントでありまして、その後、現役世代が減少することによる負担増分を現役世代と後期高齢者で折半することにより、制度を維持してまいりました。

右下の「(参考) 高齢者負担率の推移」が、これまでの負担率の推移でございます。2年ごとの保険料率の改定のたびに、約0.2ポイントから0.3ポイントの上昇を続け、現在は11.72パーセントとなっています。

次のページの折れ線グラフを御覧ください。こちら、折れ線グラフが上と下に二つあるのですが、上の折れ線グラフは全国平均の後期高齢者1人当たりの保険料の推移を表しています。制度発足当初、1か月当たり5,332円だった保険料は、令和4年度の見込みでは6,472円まで上がり、約1.21倍となっています。一方で、下の折れ線グラフは全国平均の現役世代1人当たりの支援金の推移です。こちらは、当初は1か月当たり2,980円だった支援金が、令和4年には5,456円になり、こちらは1.68倍まで伸びています。このまま現役世代の人数が、より減少していけば、更に差が広がっていくことが想定されます。

上の4ページの「高齢者負担率の見直し」にお戻りください。左下の見直し案にあるとおり、これ以上、現役世代と高齢者の負担の差を広げないように、令和6年度以降は両者の伸び率が1対1になるように負担率を見直すということが予定されています。この結果、具体的に何パーセントという数値は示されておりませんが、影響額が国の方で試算されています。

資料2-2の3ページ目を御覧ください。「財政影響(高齢者負担率の見直し)」でございます。こちらの表の最下段に記載のとおり、高齢者負担率の見直しの影響により、保険料全体としては820億円の増、1人当たりの保険料としては年間で約4,000円の増が見込まれています。これは、現役世代と後期高齢者の伸び率を1対1となるように計算方法を見直す影響による金額であって、先にお伝えした出産育児一時金の負担や実際の現役世代の縮小、それから後期高齢者の増加による影響額が除かれていることに注意が必要です。

さて、この4,000円の保険料増は、全ての被保険者の保険料を一律にこれだけ増加させるのではなくて、所得の低い方については配慮しつつ、収入が比較的高い方には更に負担を求めるという方向性を取っております。これが、次に説明する能力に応じた負担の強化の部分となります。

資料2-1にお戻りください。2ページの(2)「高齢者世代の保険料について、低所得者に配慮しつつ、能力に応じた負担を強化」を御覧ください。能力に応じた保険料の引き上げの考え方としては2点ありまして、一つが「賦課限度額の引き上げ」、もう一つが「所得割比率の見直し」です。まずは、「①賦課限度額の引き上げ」です。現在66万円の賦課限度額を段階的に80万円に引き上げるものです。ここでいう賦課限度額とは、年間保険料額の上限のことです。保険料額は所得の額に応じて増減しますが、どんなに所得が高い方であっても、令和4・5年度につきましては上限額

の 66 万円までしか保険料は賦課されません。所得でいうと年間 833 万 4,000 円以上の方が該当します。新潟県内には、この上限額に達している方が約 2,100 名、全体の 0.5 パーセント、全国平均では約 1 パーセントほどの方が影響を受ける見込みです。また、国の当初案では、令和 6 年度から 80 万円に引き上げることを想定しておりましたが、出産育児一時金と同様、急激な負担増となることに配慮しまして、令和 6 年度は 73 万円、令和 7 年度は 80 万円と段階的に引き上げる予定になりました。

次に、「②所得割比率の見直し」ですが、全国平均では 50 対 50 となっている均等割と所得割の比率を 48 対 52 程度としまして、所得割の比率を引き上げるものです。具体的なイメージは、「参考：所得割比率見直しのイメージ」の表のとおりです。

なお、この表は比率引き上げの影響のみを切り出して、例示のために数字を単純化して計算したもので、ほかの制度改正や後期高齢者数の増加等を反映した実際の制度改正による保険料額とは異なると御承知おきください。

では、表の中身に入ります。まず、前提としまして、保険料は、均等割額と、所得に所得割率を乗じた所得割額で構成されておまして、全国の平均を取ると、均等割と所得割で入ってくるお金が等しくなるように設定されています。この 50 対 50 となっている両者の割合を 48 対 52 とした場合、表の「全国平均」と書いてあるところを御覧ください。全国平均では現在、均等割が 4 万 7,777 円、所得割率が 9.34 パーセントとなっているところですが、見直し後は単純計算で均等割が 4 万 5,866 円、所得割率が 9.71 パーセントになります。新潟県の場合だとどうなるかと申しますと、新潟県は現在が均等割額 4 万 400 円、所得割率 7.84 パーセントとなっております、新潟県は全国平均よりも所得の水準が低いので、元々が 50 対 50 ではなくて 58 対 42 の比率になっておりますが、これが今回の見直しを受けると、おおよそ 56 対 44 の比率になります。その結果、均等割額については 3 万 9,000 円、所得割率については 8.21 パーセント、これが今の金額を基に見直した場合、これくらいになるのではないかと考えています。

より具体的な数値で考えてみますと、表の下の※印の 3 番のところに、「新潟県において、単身世帯で、かつ、年金収入額 230 万円ではかに収入がない方」の場合のモデルケースを記載しておきました。現行の計算方法ですと、均等割と所得割額については、合計すると年間 10 万 700 円になりますけれども、見直し後については、均等割額が下がり、所得割額が上がることで合計が 10 万 2,200 円となり、保険料額が 1,500 円ほど増加するような形になっています。

このモデルケースについては、今 230 万円の年収の方で説明いたしましたが、例えば、単身世帯で年金収入が 153 万円以下の方につきましては、公的年金の控除などによりまして、所得額が 0 円になり、所得割額も 0 円になって、所得割比率の増加による影響を受けないような形になります。そういった、所得が 0 円になりまして、所得割額の上昇の影響を受けない方というのが後期高齢者のうち約 6 割ほどいらっしゃいます。今回の所得割比率の上昇の影響を受けるのは残りの 4 割の方が対象になる見込みでございます。

また、出産育児一時金や賦課限度額の見直しと同様、所得割比率の見直しにつきましても、急激な負担増に配慮しまして、年金収入が 153 万円を超えて 211 万円以下の方につきましては、令和 6 年度は所得割比率の増加による負担増が生じないようにするという国の方針が予定されています。

これまで説明してきました、出産育児一時金の支援、それから賦課限度額の引き上げ、所得割引き上げ等、被保険者の所得との関係性を改めて整理してみたいと思います。資料 2-2 の 6 ページ

目を御覧ください。「能力に応じた後期高齢者の保険料負担の見直し」の図でございます。こちらは各種制度の見直しに係る保険料負担の増加による費用を横軸に被保険者の方の収入、所得の水準等を表して図示したものでございます。縦軸が年間の保険料額となっておりまして、横軸が被保険者の割合で、下の横軸の年収が153万円までの方につきましてはグラフが水平になっておりまして、これが均等割の保険料しかかからないことを意味しています。153万円を超えるとグラフが縦に傾いて、所得割分だけ保険料が上昇するような形になっています。少し見づらいのですが、このグラフの中央ほどの153万円から右側の方に上がっていく線につきまして、右端が67万円のところにつながっている灰色の線の傾きは、こちらは制度改正がない場合の所得割の金額の上がり方でございます。一方で、右端が80万円の賦課限度額につながっている青い線は、制度改正の影響を踏まえた所得割額を表したものでございます。

なお、下の横軸のところを見たときに、収入が153万円を超えて211万円以下の方については、③所得割の金額につきまして、令和6年は上昇を抑え、令和7年から所得割の引き上げの効果を発揮するという、そういった軽減がかかるような形になっています。グラフ中段の「200万円」と書いてある枠につきましては、例として年収200万円の方の場合、令和6年度については所得割の増加の影響はなく、ひと月当たりの保険料が7,230円ですけれども、令和7年度になりますとプラス330円の7,560円に上昇するということを表しています。

また、一番下のグラフの下の対象者の割合を御覧いただきますと、年収211万円までの方が全体の約73パーセントを占めまして、153万円から211万円の間の方については約12パーセントとなっています。残りの27パーセントの方なのですけれども、一番右端の、このグラフで約1.3パーセントとなっている方につきましては、所得が高くて保険料が今、限度額に達している人たちです。こちらの方たちにつきましては、制度改正がなければ後期高齢者数の増加に伴い、66万円から1万円増の67万円に限度額が増加するはずであったのが、制度改正により、令和6年度は73万円、令和7年度は80万円に賦課限度額が段階的に上昇する影響を受けることを表しています。

これら制度改正の影響を考慮しまして、国が試算した保険料額が次の7ページ「後期高齢者1人当たり保険料額（2年間）への影響」でございます。制度改正前の保険料額が青色、制度改正後の保険料額が桃色で示されています。表の真ん中よりやや左に「後期1人当たり平均」という欄がございます。ここの保険料増加額は、令和6年度でプラス4,100円、令和7年度でプラス1,100円の合計5,200円が増加する見込でございます。

収入別に見ると、年収80万円以下ならば制度改正による増加額は0円、年収200万円ほどならば、令和6年度については増加額がプラス0円ですが、令和7年度はプラス3,900円、年収が高くなるにつれて負担が増加するような形になっています。

以上、長くなりましたが、主に令和6年度以降に予定されている制度改正と、その影響について御紹介させていただきました。あくまで現時点における国の想定でございまして、今後、変更になる部分や詳細化される部分が多々あると思われまます。また、本日説明した数値につきましては、一定の前提を置いた上での仮の数値でありまして、実際の数値は相当程度の幅が生じる見込みであることを御承知おきください。新潟広域としましては、これらの制度改正を考慮し、新潟県内の状況を踏まえた上で、令和6・7年度保険料率改定がございまして、こちらに向けて検討を進めてまいりたいと思っております。

また、来年度の医療懇談会におきましては、制度改正の情報や改正を踏まえた料率改定の検討状

況についてもお知らせする予定です。団塊の世代の方々が75歳を迎える2025年度を目前に控えて、少子高齢化が更に加速していく状況である現在は、創設から15年を迎えようとしている後期高齢者医療にとって、まさに転換点でございます。今後も、被保険者の皆さんが安心して医療機関を受診して、健やかな暮らしを送っていただくために、時代に対応した見直しを重ねながら持続可能な制度としていくことが必要不可欠と思われまます。この医療懇談会等において、関係者の皆様には丁寧に御説明を続けてまいりたいと思っておりますので、御理解と御協力をお願い申し上げます。以上、長くなりましたが説明を終わります。

座長

ありがとうございました。ただいま懇談事項「(2) 今後の医療保険制度改正の見通し」について、資料として昨年12月に公表されました全世代型社会保障構築会議の報告書に基づいて、将来の後期高齢者の医療制度における負担等についての見通しについて、資料に基づいて御説明をいただきました。ここで御意見あるいは御質問等を頂戴したいと思っておりますが、いかがでしょうか。なかなか厳しい今後の後期高齢者医療制度についての財政的な見通しに基づく負担のあり方についての意見でございます。委員、もし、この報告書に基づいて、高齢者の負担割合がこのように変わっていくということにつきまして、何か御意見等ございましたらよろしくお願いたします。

委員

保険料は上がらないことが一番よいわけですが、そうしますと、いろいろな所に影響もあると思いますし、私たちは年金生活なので、年金がちょっと上がっても、今度は保険料もどんどん上がったということになりますので、ちょっとその辺が。でも、また若い方にもあまり負担もかけられないということで、仕方がないことなのかなとは思いますが。

座長

ありがとうございました。ほかの委員の方々から、今後の後期高齢者医療制度に係る将来見通しについての報告への御意見等ございましたら、よろしくお願いたします。いかがでしょうか。ございませんか。

(3) 前回懇談事項の追加説明について

①令和3年度新潟県後期高齢者の医療費について

座長

それでは時間の関係もございませますので、懇談事項「(3) 前回懇談事項の追加説明について」に移らせていただきます。これにつきましても、事務局から御報告をお願いたします。

事務局

懇談事項「(3) 前回懇談事項の追加説明について」ということで、一つ目「①令和3年度新潟県後期高齢者の医療費について」、前回の懇談会で御説明申し上げました中で、委員の皆様からいくつか御質問等いただきましたので、今回、補足するデータについてお示しをいたしながら、御質問に

対する補足の説明をさせていただきたいと思えます。

医療の関係で、資料は二つございまして、まず、資料3-1は前回いただいた御質問と、それに対する回答をまとめてございまして、もう一つ、資料3-2、A4横の資料でございまして、こちらは追加のデータでございまして、各データの右上の方に赤い文字でかぎ括弧の数字を付けてございまして、この番号は資料3-1の回答のところにてございまして、赤字の「出典資料」と書かれております番号と対応してございまして、資料の説明は資料3-1に基づいて進めてまいりますが、資料3-2のデータの資料もめぐりながら、一緒に御覧いただければと思えます。

順に説明いたします。資料3-1、1番目は座長から「母集団の違い（65歳以上）を対象とした介護保険の給付と75歳以上後期高齢者医療との相関」についてでございまして、こちらは出典資料で【1】のデータ「新潟県における要介護認定者数と認定率（年齢階層別）」に基づいて補足の説明をいたします。

本県の65歳以上の介護保険被保険者のうち、後期高齢者に該当しない65歳以上75歳未満の被保険者における要介護認定者数は令和2年度末現在で1万3,781人でございまして、65歳以上の要介護認定者全体の10.2パーセントとなっております。したがって、75歳以上で要介護認定者数の割合は約9割となっております。介護給付費の実績の集計において、75歳未満と75歳以上と区別したデータが見当たりませんでしたので、同一の母集団としての相関は確認できませんでしたが、要介護認定者の約9割を75歳以上が占めていることを考えれば、相関関係に大きな差は生じないものと考えているところでございまして。

続いて、2番目の委員からの御質問で、「新潟県の介護保険被保険者におけるサービスの利用割合」と「介護保険の施設数（提供体制）」についてでございまして。

こちらはまず、今ほどの出典資料【1】のデータから、本県の75歳以上の要介護認定率は25.9パーセントでございまして、後期高齢者の4人に1人は要介護認定を受けている状況です。

次に、出典資料【2】から【4】のところ、サービス別の受給率の分布データで説明をいたします。まず、【2】在宅サービスのデータを御覧ください。在宅サービスとは、ホームヘルプサービスと呼ばれる訪問介護や訪問入浴介護、訪問リハビリのほか、デイサービスと呼ばれる日帰り介護、通所介護、ショートステイと言われる短期入所となっておりますが、この在宅サービスの受給率はおおよそ全国平均並みという状況でございまして。

一方で、次の出典資料【3】の施設サービスの方を御覧ください。施設サービスは特別養護老人ホームや介護老人保健施設などへ入所するサービスとなりますが、この施設サービスの受給率は全国で最も高くなっております。さらに、出典資料【4】居住系サービスでございまして、居住系サービスとは介護つき有料老人ホームですとか、ケアハウス等へ入居して受けるサービスとなりますが、この居住系サービスの受給率は全国平均に比べて低い状況となっております。

続いて、委員からの御質問の2点目、施設数の提供体制については、次の座長のお尋ねと関係がありますので、併せて説明いたします。3番目の座長からの御質問は、「居宅系と居住系・施設系サービスの関係」についてでございまして、まず、出典資料【5】介護保険の1人当たり給付月額額の分布のデータを御覧ください。グラフの縦軸は在宅サービス、横軸は施設・居住系サービスとして、都道府県ごとの分布を表したものでございまして、本県は、グラフの右端の方に位置しておりますので、在宅サービスの利用は若干低調で、施設・居住系サービスに集中している地域ということとなっております。

次に、出典資料【6】65歳以上人口10万人当たりの居宅サービスの事業所数でございます。こちらは全国に比べて利用が若干低調である本県の居宅サービス・在宅サービスを事業所数で見ますと、グラフでは左から5番目ということで、全国では下位に位置しているという状況でございます。

続いて、出典資料【7】介護保険施設の定員（病床数）を65歳以上人口との分布で見たデータでございます。こちらの方は施設の定員（病床数）と人口と強い相関が見られるというデータとなっております。一方で、次の出典資料【8】65歳以上人口10万人当たりで施設の定員の方を見ますと、こちらは本県全国最多の状況となっております。この分布というのが先ほど説明した【3】の施設サービスの受給率の方と分布を比較しますと、強い相関が見られたという状況でございます。

次に、医療と介護の関わりということで、別のデータで見ていきたいと思いますが、出典資料【9】後期高齢者医療費の1人当たり医療費及び診療費と入院の1件当たり日数の推移でございます。医療費の1人当たりと入院の1件当たりの日数ということで示したデータでございます。これまで様々な制度改正、診療報酬等の見直しが行われてきましたが、平成18年の診療報酬・介護報酬の改定におきまして、医療の必要性に応じた療養病床の再編成（病床転換）というものが行われました。これによりまして、医療の必要性の低い患者については、居住系サービスや老健施設等で対応することとなったほか、平均在院日数の短縮に向けた取組というのが全国的に進められました。医療の高度化が進む一方、こうした取組によりまして、1人当たり医療費は全国、新潟県ともに年々増加しているのですが、後期高齢者の入院にかかる1件当たりの日数、このグラフの中で青色の折れ線となりますが、こちらは見直しのあった平成18年ごろをピークに減少傾向で推移をしています。

そして、こうした動きもありまして、次の出典資料【10】介護保険の施設・居住系サービスの第1号被保険者1人当たり給付月額、介護保険の方の施設の利用月額ですけれども、こちらは年々増加傾向となっております。介護保険の施設・居住系サービス、今ほどの増加の背景といたしましては、その前に説明した医療の入院からのシフトがあるほか、背景として高齢者夫婦世帯ですとか、高齢者の単独世帯等が年々増加していること、あるいは、住み慣れた地域の自宅や有料老人ホーム等で暮らしたいというニーズが依然として高いことなども要因として考えられます。療養病床の転換等によりまして、社会保障費がどの程度、縮減しているのか評価は難しいところですが、ここの資料にはありませんけれども、後期高齢者の医療費と介護保険、それぞれを費用額で比較いたしますと、入院の医療費は月におおよそ100万円、介護の施設サービスはおおよそ30万円ということで、それぞれ1割から3割の自己負担となっております。費用の総額でおおよそ3倍の差が医療と介護である中で病床の転換が行われておりますので、本人負担や社会保障費全体の増加抑制に影響しているものと考えられるところです。

続いて、4番目の委員からの御質問で、「訪問看護の1人当たり医療費が突出して少ない理由」についてでございます。

訪問看護については、背景としておおよそ9割については訪問看護ステーションというところが提供していることに着目いたしまして、出典資料は【11】65歳以上の10万人当たりで訪問看護ステーション事業所数というものを確認したところ、全国で下から4番目という状況でございました。この人口当たりの事業所数は訪問看護療養費の受診率と強い相関が見られる状況となっております。

こちらの訪問看護もそうですし、先ほどの介護保険の施設サービスもそうなのですが、需給ニーズが高いことと提供体制の高いというものが、どちらが先にあったかということとは分かりかねます

が、いずれも強い相関が見られるという状況でございます。

続きまして、5番目の座長からの「訪問介護と訪問看護との関係」についてでございます。出典資料は【12】訪問介護の概要と、【13】訪問看護の概要ということで資料を添付しました。まず、【12】の訪問介護につきましては、訪問介護員、これはヘルパー等になりますけれども、ヘルパー等が身体介護や生活援助等のサービスを行うもので、一方の訪問看護につきましては、看護師等が医師の指示に基づいて療養上の世話や診療補助を行うことから、両者の間で代替関係は生じないものと考えているところです。

また、訪問看護については、介護保険から給付される訪問看護費と、医療保険から給付される訪問看護療養費がありますが、原則として介護保険の給付が優先される仕組みとなっておりまして、利用者の年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適用となることから、訪問看護費と訪問看護療養費の間でも代替関係は生じないものと考えています。

最後に、6番目、委員からの「人間ドックによる医療費削減効果」についての御意見です。医療費削減効果を示すデータというものは見当たりませんでしたけれども、資料として【14】後期高齢者に係る人間ドック費用助成の実施状況ということで資料を添付いたしました。こちら令和4年度は、新潟県内30市町村のうち23の市町村におきまして後期高齢者を対象とした人間ドックの費用助成を行っています。広域連合では、国からの補助金を財源として市町村が実施する助成費用の一部を補助していますが、被保険者に助成する額の一部は市町村の持ち出しによりまして、対応していただいている状況でございます。

以上、医療費の関係について、前回の懇談会で御質問等いただいた点について説明をさせていただきました。

座長

ありがとうございました。ただいま懇談事項「(3)①令和3年度新潟県後期高齢者の医療費について」、前回の懇談会における各委員の御質問、あるいは御発言についての補足的な再度の御説明を詳細に御説明いただきました。ここで御意見、御質問を頂戴したいと思います。いかがでしょうか。前回の懇談会の発言で、私の発言もだいぶ拾っていただいているのですが、私からというよりも、ほかの方から始めていただくのが適切だと思いますので、委員、よろしければ委員の御発言に対する再度の御説明等について、御意見を頂戴できればと思いますが、いかがでしょうか。

委員

私自身も前回どうということをお聞きしたのか思い出せなくて、今、再確認していたところなのですけれども、これに関しては新潟県の特異性と言いますか、ずっと見ていて、訪問看護が少なく介護が多いということだったのでしょいかね。それは訪問看護ステーションが少ないということがあるということのお話だったかと聞いていたのですけれども、そもそも訪問看護ステーションが少ない理由と言いますか、訪問看護ステーションの事業所数が下から4番目だということですがすけれども、それは訪問看護をする必要性が少ないのか、そういったことをやろうとしている医師の指示があると思うのですけれども、それが少ないのか、皆さん施設に入っている方が多いので訪問は少ないのか、ちょっと今、私の頭の中が混乱しているのですけれども、どういうふうに考えていいのかということ、この前聞いていたかもしれないのですけれども、もう一回教えていただけますで

しょうか。

事務局

再度の御質問は、資料でいうところの【11】の訪問看護ステーションの事業所数と訪問看護療養費の受診率の分布ということで、全国的には各都道府県とも、おおむね訪問看護ステーションの事業所数と訪問看護療養費の受診率の分布というのは相関が見られるということで、提供体制と療養費の実績というものがほぼ一致しているような状況ということでございます。先ほどの説明の中で若干触れたのですけれども、全般的に専門外の部分もございまして、公表しているデータから今回お示しはしているのですけれども、受給のニーズがあって、それに見合った提供体制なのか、それとも提供体制があるところに利用しやすい環境ということで受診が比例しているのか、どちらがどうというのが、なかなか言えない部分もございまして、それこそ新潟県で見れば、これで不足しているのか、それともまだニーズが高いのだけれども、提供体制に合った受診率になっているのかという辺りが少し見えない部分もございまして、評価が難しいところでございます。このデータとして、二つの軸でお示しするというところまでしか、今、事務局としては説明ができないというところで御理解をいただければというところでございます。回答にならずに大変申し訳ないのですけれども、そういう状況でございます。

委員

ありがとうございました。本当によく、どっちが先なのか、訪問看護ステーションが少ないからなのか、ちょっと分からない面もあるのでありますが、新潟県はこれを見ると、やはり在宅よりも施設の方の方が多いのかなということなのでしょうかね。というふうにも思っていたのですけれども、その辺が今後、これがいい形なのかどうなのか分かりませんが、その傾向を注視していきたいなと思っておりますが、私もどうということなのか、まだ理解が不十分なのでありますが、以上です。

座長

ありがとうございました。ほかに委員の方から、どなたか御質問あるいは御意見ございませんか。ないようでしたら私の方から。前回の懇談会の意見・発言につきまして、だいぶいろいろ補足的な御説明を頂戴いたしました。前回の私の発言ないし意見の主要なポイントは、日本の後期高齢者医療制度だけではなく、医療制度全体についての構造的な問題は、日本は諸外国と比べて、入院医療費が極めて高いというところに構造的な問題のポイントの一つがあるかと思えます。特に問題とされましたのが、その中でもいわゆる社会的入院と言われるような実態がそこにあるのではないかということについて、いろいろ議論が行われまして、介護保険制度が導入されたことに伴って、施設系あるいは居住系サービスを含めて、入院医療と介護保険における施設・居住系サービスとの代替関係が進んだのではないかというのは、この新潟県の現状を紐解いてみますと、後期高齢者医療のいわゆる医療給付費が相対的に全国と比べて低い原因は、おそらく介護保険の施設系ないし居宅系のサービスとの代替関係が進んだことによるのではないかということが、一つの解釈であろうかと思えます。

もう一つ、実は問題になりますのが、これは医療、介護両方に問題があるわけでございますけれども、いわゆる施設系と居宅系というサービスの、これは医療の方もこういう表現をさせていただ

きますけれども、やはり居宅における療養であるとか、あるいは介護であるとかということの支える構造的な人的あるいは物的なサービスの基盤整備が遅れているのではないかという問題がございまして、これらが現実のデータの中で、どのように表れてくるのかということについて補足的な説明をいただいたかと思えます。明らかであるのは、新潟県の場合は、なぜなのかということについて、いずれお調べいただいて御回答いただきたいのですけれども、なぜ施設系の介護保険のサービスがここまで突出して新潟県は全国と比較して高いのかということ、これが全国で一番高くなっていると。それが医療との関係で入院患者の代替施設として、介護保険の施設サービスがこれを補完的に支えているという構造ができているのだとするならば、その原因が一体どこにあるのかということについて、やはり御検討いただきたいなというのが一つございます。

もう一つは、これに比べると居宅系と言いますか、居住系を含めてなのですけれども、これが新潟県の場合、全国と比べると相対的に弱いと。結果的に介護保険のサービスの構造自体が施設経営に極めて大きな比重が置かれるような構造になっていると。この問題をどのように考えるのか、それが医療のほうにどのように影響を及ぼしていくのかということについても今後、御検討いただければ、あるいはデータ等について御説明いただければありがたいと思っておりますが、そんなところが私の感想でございますが、事務局の方でも、もしよろしければコメントをお願いできればと思います。

事務局

ありがとうございます。まず、前半の部分の社会的入院のところの関係性については、座長からもそういった御意見もいただいた上で今回、資料として【9】の資料で医療の方の入院の1件当たりの日数の推移、療養病床の再編がなされた後に、新潟県を含めまして、どういうふうに入院の日数の変化があったかというところで一つ資料としてお示ししたところでありまして、介護保険導入時点というよりは、平成18年の診療報酬、介護報酬の見直しを経て、入院と、それから入院医療の方と介護の方とのすみ分けというものが一定程度、整理されてきたのかなというところで考えているところです。

それから、介護の施設サービスの提供の関係については、それぞれそちらは例えば県の方で策定している高齢者保健福祉計画ですとか、市町村の方では介護保険の事業計画というものを策定いたしまして、それぞれサービスの供給量というものを算定し、計画化されているものでございます。その計画に際しては、当然、ニーズ調査でありますとか、現状の提供体制を踏まえた中で計画が策定されまして、それに基づいて各地域の提供体制、供給基盤というものが整備されているものというふうに理解しているところでございますので、介護保険の方は基本的に我々、専門外ではありませんけれども、そういった地域の介護保険の計画等も踏まえた中で、どういう形でこれまで経過してきたのか、それから今後どういうふうに推移していくのかについては、専門的な部分はそういった計画あるいは担当する県、あるいは市町村の方の情報等もお聞きしながらお示しできる部分については今後、この会の中で御説明できればと考えておりますけれども、今は公表されているデータに基づいて、お示しできる相関関係ということで説明の方をさせていただいたところでございます。

座長

ありがとうございました。ほかの委員の方で御発言、御意見等ございませんか。委員、よろしくお願ひします。

委員

今、介護保険の関係の話が出ましたので、私、新潟市の介護保険地域密着型サービス運営委員もやっております、若干お話ししたいところですが、私は新潟市の仕事をしていいますので、新潟県全体の事情とは異なってくるのかもしれないのですが、確かに新潟市内は非常に老健施設など、大規模な施設はものすごく充実している、数が多いというのは昔から歴史的経緯としてあるのだと思うのです。それで介護保険の事業計画としても、いわゆる地域密着型サービスとしての居住系サービス、そういうものを充実させようということで最近、非常に頑張っているということで広報などを行っているわけですが、ただ、なかなか新潟市の中でも、例えば新潟島などの領域では非常に日常生活圏域がギュッとしていますので、そうした居住系サービスは非常にニーズがあるわけですが、少し田舎の方に行くと、なかなかそこで通いでやるとか居住に入るとかという話になると、ちょっと事業者の方としてもなかなか公募が上がらないときもある。その辺は供給量と需要の関係だと思っておりますが、そういうふうな充実しているのが大都市なかなという感じがしましたので、中途半端に田舎だということで、大きな施設に入るというのが昔からの流れといえば流れだったのかなという感じがして。ただ、もちろん介護保険としても地域密着型サービスの重要性というものを意識して、そちらの方の施設の充実を現在、中期的、あるいは長期的に図っているということは報告しておきたいと思ひます。

座長

ありがとうございました。委員に補足していただいたのですが、ついでにもう一つ伺いますと、新潟県はなぜ施設系サービスがここまで全国平均と比べて高いのかと、この原因、歴史的にもバックグラウンドがあるんだとおっしゃいましたが、この背景について御存知であれば教えていただきたいのですが、いかがですか。

委員

私はその結果を承知しているだけで、歴史的経過では古い時代の話だと思ひますので、申し訳ありませんけれども、勉強不足で分かりません。すみません。

座長

では、この点について、データ等で把握しておられるところがあれば委員、御存知であればお教えいただきたいのですが。

委員

すみません、データを持ち合わせていないものですから、何とも言えないのですが、領域外のものから、すみません。発言は控えさせていただきます。

座長

ありがとうございました。どうぞ。

委員

この施設サービスが発達した理由というのは、別の会議でお聞きしたのですけれども、基本、新潟県というのは北海道に次いで可住地面積が広いということで、3番目が福島でしたかね。だからいろいろなところに人がいて、そこを回るよりも、どちらかといえば1か所に集めてやって、その方が効率がいいということで施設サービスが。制度的にどうだったかは分からないのですけれども、可住地面積が広くて、効率よく集めて、そこで施設にいた方がいいということで、そういう施設サービスが発達したようなことは別の会議のときに、たしか塚田先生だったかな、そんなようなことを言っていたような記憶があります。

座長

ありがとうございました。委員も、もし何か御存知であればお教えいただければと思いますが。

委員

可住地面積が広いということで、私は介護保険のことはよく分からない、医療の方は在宅医療という形になるのですけれども、結局、それだけ新潟県は非常に面積が広いので、一人で回っていると次の家に行くのに、また30分、40分かかると非常に効率が悪い在宅医療になってしまって、なかなか過疎地での在宅医療が進まない理由の一つで、それが訪問看護も進まない理由の一つで、今、委員がおっしゃったとおりなのではないかと思うのですけれども、新潟市内辺りでしたら結構、先ほどお話しあったように密着しているので在宅が進んでやられている方もいらっしゃるのでしょうけれども、それ以上にやはり居住系のサービスも多いものだから、そっちが中心になっているのと、新潟県はやはり、医師の絶対数が本当に少ないので、なかなか開業医の中でも自分が出て行って、訪問看護ステーションに指示を出して一緒にやるような医師が少ないがために、居住系の方が中心になって、在宅系の医療はなかなか進んでいないのかなという感じもあるのかなと思いました。

座長

ありがとうございました。ほかに御意見等ございますか。よろしいですか。それでは、これらの点につきましては、今後とも領域外の問題を検討していただくことで恐縮ではございますが、介護保険と医療保険の総合的な代替関係なり、補完関係なり、これも社会的には重要なポイントだと思いますので、これらについては今後とも検証をお願いしたいと思います。

②短期証の交付について

座長

それでは、懇談事項「②短期証の交付率について」、これも事務局から簡単に御説明を頂戴したいと思います。よろしくをお願いします。

事務局

短期証の交付率について追加の説明をさせていただきたいと思います。前回の懇談会で説明した短期証の交付率については、ほかの広域連合と比較して、新潟広域の短期証交付率が低いという状況をお伝えした上で、他県と異なる新潟広域での短期証交付の特徴を御説明したところでございます。

その特徴とは、新潟広域では、滞納が長期化していて、保険料の軽減等には該当せず、納付勧奨文書にも反応がない、そういった一定の要件で絞り込んだ対応者の方について短期証の対象者としており、差押等の滞納処分に入る一步手前において、滞納者への効果的な接触を図るための施策として活用しているものでございました。

これにつきまして、委員から短期証交付率と保険料収納率等の関係性について御質問いただきましたので、改めて調査した結果を踏まえて、今回説明させていただくものでございます。

調査の結果としては、短期証の交付率が高くても収納率が低い都道府県があり、その逆もあるということが分かりました。短期証の交付率と収納率の間に明確な相関関係は確認することはできなかったということが結論でございます。

理由を分析するに、滞納者率や収納率には収納対策全般の様々な納付の勧奨だとか、口座振替の依頼だとか、そういったものの効果が反映されるものでございます。その中で、短期証というのはどうしても対象を絞った滞納者との接触機会を確保するための手法ではあるのですが、ほかの様々な収納対策の取組と比べると、対象になる方が少なく、収納対策全体の中の取組の一つでしかないというところから、全体の滞納者や滞納額に影響を与えるまでには至らなかったものと考えています。

また、短期証が初めて交付された者と2度目以降の交付の者を比較したところ、初回交付時のほうが2度目以降の交付と比べ、納付につながる割合が高いことが確認できました。

2度目以降の短期証交付について、納付につながる割合が低い理由というのは様々考えられますけれども、例えば短期証の交付に慣れてしまった、若しくは、元々ほかの課税なども滞納しているような資力がない方で、現実的に滞納を解消していくことがなかなか難しいような方が短期証対象者として残っているということが考えられます。短期証交付後も納付が確認できない方々につきましては、財産調査を実施の上、滞納処分を実施したり、若しくは粘り強く納付の勧奨を続けたり、継続した収納対策の取組を実施しているということを併せて申し添えます。

以上、滞納者数や収納率等の明確な相関の確認までには至らなかったところではございますけれども、初回の短期証交付は、2度目の短期証交付よりも納付につながる割合が高いという結果も確認できました。

冒頭に申しましたように、当広域では短期証交付を滞納処分の一步前の施策としまして、重要な位置付けの取組と考えています。被保険者の皆様の今後の状況を細やかに捉えながら、効果的な納付につながるような短期証の交付対象者を選定しつつ、短期証の交付に係る事務については続けてまいりたいと考えています。以上、追加資料の説明を終わります。

座長

ありがとうございました。ただいま短期証の交付について、前回の懇談会における議論等を踏まえて、追加的な御説明を事務局からいただきました。これについて、御意見をいただきたいのですが、実は委員は本日欠席でございまして、もし何か彼から伝言等ございましたら、それを

含めて御意見がありましたらお伺いできればと思いますが、いかがですか。

委員

伝言などは特にございませんでしたので、すみません。ただいまの議論を報告したいと思います。

座長

ありがとうございました。実は委員の名前しか出ていないのですけれども、私の意見も相当入っております、この問題について、どのように考えるべきかということで、前回も少しお話ししたのですけれども、短期証が全国平均と比べて発行数が極めて少ないと。なぜなのかということ、それから滞納者が3,000人くらいで、これをどう考えるべきか、極めて低いというふうにするのか、全国平均と比べると滞納者の数は新潟県は少ないわけですが、これと短期証と言いますか、短期証の発行が少ないというのはインセンティブとして納付率を高めるという効果が短期証にはあるとするならば、3,000人に対して100枚ちょっとということで、納付率の改善効果につながるのかどうかということが問題になるかということで、なぜ短期証がこれだけ少ないのだろうかということで御質問をしたわけでございますが、問題は3,000人余りの滞納者の内訳でございまして、実質的に貧しくて払えないのだという方々がどの程度あって、そうではないにもかかわらず、実は納めていないといえますか、年金のところでは特別徴収の要件に該当するのだけれども、あえて、御自分で普通徴収に切り替えておられる方がおられて、この方々がどのくらいおられるのかということ、つまり少なくとも年金からの特別徴収が可能であるくらいのおそらく所得、あるいは収入を持っておられる方であるにもかかわらず、あえて、任意の徴収に切り替えておられる方というのは、どのように考えたらいいか、あるいは、これらの方々に対して短期証の交付によって納入を促進するという効果が生まれるのかどうかということについて、少し突っ込んでお調べいただきたいというのが前回の発言の趣旨でございました。これらを含めて、御説明いただけたらありがたいと思いますが、いかがでしょうか。

事務局

お答えさせていただきます。今ほど大きく御質問が3つあったかと思っておりますので、順番にお答えさせていただきます。

一つ目は、短期証はどんな方に発行しているかということがまず最初にお話があったかと思っておりますが、改めて説明いたしますと、保険料の納付の申出があったり、継続して納付するような方等につきましては除外して、そういった者に該当しない方のみが短期証の交付対象者としてございます。

2点目としまして、滞納者が全体で3,000名ほどいることについてどう考えるかと。短期証が納付の効果があるのであれば、その3,000名のうち100件しか交付していないところがあるのかというお話がございました。滞納者が全体で3,000人という部分につきましては、先ほど座長がおっしゃられていたように、基本的に新潟県自体は滞納者の割合が決して多い都道府県ではないということでありまして、その中で、3,000人もいることは事実ではございますので、この中で6か月未満の滞納者が大体1,886名、6か月以上滞納している方は1,478名という形になっています。6か月未満の滞納の方につきましては、主に納め忘れなどによる滞納の方が多くなっておりまして、こういった方につきましては、納付の勧奨状というものを滞納が生じた時点でお送り

しております、そういった早期の勧奨によって、ある程度カバーできるものかと思っています。

ほかのある程度長期滞納に至った方につきましては、短期証をお送りしたりすることも当然あるのですけれども、ただ短期証の効果としましては、それまでに納付の勧奨や口座振替の依頼、あるいは個別訪問などによる納付の勧奨、各々収納対策を行ってきた上で初めて短期証を交付しているという形になっています。その中で、短期証もそういったいろいろな勧奨を行った上で、なかなか納付ができない方というのは、やはり現実的に資力が低くて、なかなか納めたいけれども、ほかの税金等も滞納していて納められない、そういったような方が多々いるのではないかと思っています。

短期証の交付につきましては、基本的には保険料を納付してもらっている効果は当然あるのですけれども、やはりどちらかという保険料を納付しない場合には、通常の保険証ではなくて期限の短いものしか使えなくなると。そういった座長も以前おっしゃられた、いわゆるペナルティではないのですけれども、通常の保険証とはちょっと異なる状態であるというところを被保険者様の方にも分かっていただく、そういった効果を主に重視しなければいけないと考えています。

先ほどの質問の中で、三つ目に特別徴収に係るお話がございました。基本的に年金受給者の皆様につきましては、この保険料は特別徴収、いわゆる年金天引で納めていただいているところではございます。それで今ほどのお話の中で、例えば特別徴収ができるような、ある程度収入がある方、基本的には年金収入が極端に低かったりしますと、そこから保険料を引き落とすことができなかつたりするということで、通常の普通徴収、いわゆる納付書だとか口座振替の方に切り替えたり、そういったこともあるのですけれども、そうでなくて、ある程度、年金収入額がありまして、その場合に、自主納付の納付書や口座振替に切り替えるというのは、確かに申出があれば可能ではあるのですけれども、その場合は必ず口座振替の依頼を条件に年金天引から口座振替に切り替えるという形にしてございますので、基本的にそういった方については保険料の滞納は生じないと考えています。なので、そういった方たちが滞納に陥って、例えば短期証の交付の対象者になるようなケースは基本的にはないと考えてございますので、この場で説明させていただきます。

座長

ありがとうございました。ほかにどなたか御質問、御意見はございませんか。どうぞ。

委員

細かい質問で申し訳ありませんが、今の特別徴収と普通徴収で、特別徴収になっているのを、あえて普通徴収に変えるという方がいて、そういうことをされる方は何かメリットがあるのでしょうか。その辺りを教えてください。

事務局

お答えいたします。そういった申出をされる方というのは、基本的に保険料を御自身で納めていただいている方ではなくて、御家族の方が保険料を納めているようなケースなのです。例えば、被保険者様の息子さんが保険料を納めていて、息子さんが税金の確定申告などで保険料の控除を受けられるという形になりますものですから、そういった場合、年金天引ですと本人が納める形になってしまうのですけれども、息子さんが納めれば、納めたという証明書をもらうことによって、これは御本人様ではなくて納めた方が保険料控除を受ける形になりますので、そういった申出をいただ

いて、口座振替も例えば息子さんの方の口座から引き落とすような形にして納めてもらうと。そういった形で特別徴収から変更するようなケースというのは、そんなにたくさんはないのですけれども、ございます。

委員

分かりました。口座はその息子さんの口座から自動引き落としになるような形にしてしまうと。そうしないと確定申告のときの控除にならない、特別徴収ではないということ。何か証明書があるみたいなのですか、そういうものはだめなのですか。

事務局

通常の年金天引の場合だと御本人様の、親御さんの源泉徴収票しか出ていない形になってしまいますが、息子さんが納めて口座振替にした場合につきましては、別途、現金で納付しましたという証明書が出ますので、それを息子さんの方で使って確定申告していただくような流れになっております。

委員

分かりました。親のそういう年金からの保険料は、息子とか、子どもが実際にいるところは扶養しているという形というか、年金をもらっていても、支払った息子さんにとっては確定申告にも使えるということなのですね。

事務局

そうですね。御家族の状況で何とも言えない部分もあるのですけれども。

委員

分かりました。そういうものがあるということですね。その辺りがどうしてなのかなと思ってお聞きしました。ありがとうございました。

座長

よろしいですか。ほかに、どなたかございませんか。どうぞ。

委員

時間が過ぎていて申し訳ないのですけれども、この中で私、個人的に注目すべきものというのは、納付も納付約束もない方々だと思っていまして、短期証の発行によって納付があるという実績はあるのですけれども、一方で納付につながっていない実績があって、これが大半であるというふうに私は読み解いたのですけれども、これの内訳というか、状況としては、まず御本人様と連絡が取れているのかどうなのかというところも踏まえて、状況を教えていただけたらなと。本人と連絡が取れていて、納められませんという話になっているのがここに計上されているのか、あるいは連絡もついていませんよという話なのかというのを教えていただきたいと思います。お願いいたします。

事務局

現状では、具体的な数字は持ち合わせてはいないのですが、委員のおっしゃられたとおり、連絡が取れて、ただその方の資力がなかなかなくて、現実的にほかの税金等から納めていて、納付するのは難しいというケースもありますし、なかなか連絡が取れないというケースも、やはりあると思います。独居の方で連絡がつかない、若しくは御家族の方がいるけれども、御家族の方となかなか連絡が取れないようなケースがあるかとは思いますが、今、この場でお答えできなくて大変恐縮なのですが、非常に困難な状況は認識しております。

委員

ありがとうございます。保険料納付に関しても、公平性の観点から必ず皆さんから納めていただくと。納められない場合は何かしらの対応をする必要があるかなと思いますので、引き続きよろしくをお願いいたします。ありがとうございます。

座長

ありがとうございました。健保組合や、あるいは協会けんぽでは私はこういう問題はほとんどないのかなと思って、給与等からの天引きでほとんど処理しておられるので、未納者というのはほとんどないというふうに理解しておりますが、それでよろしいのでしょうか。それとも、うちもこういう問題はあるんだよというふうに理解した方がよろしいのでしょうか。

委員

当組織は、保険料の収納を日本年金機構が収納しておりますが、個人に置き換えると、従業員の人は給料から天引きされていますので、こういった問題はありますが、天引きした会社が納めていないというケースは少なからずありますので、そういったところには滞納処分をします。ただ、滞納処分をしたからといって保険が無効になるということはないので、趣旨が違うというか、性質が違うのかなというふうに感じています。

座長

よろしいですか。委員はいかがですか。

委員

私どもは給与、賞与からも源泉徴収されますので、その辺で納付漏れというのは発生しないのですが、一方で、退職後の任意継続被保険者として加入された場合に、期限までに納めていただけなくて、資格を喪失するというケースはごく稀に発生しておりますけれども、ただ、それが後期高齢者のこの医療保険制度に関しては抜けるということがないので、なかなかうちのように「資格切りますよ」ということをチラつかせてという言い方はあれですが、示しながら保険料納付に結びつけるというのはちょっと難しいのかなというふうには感じています。

座長

ありがとうございました。ついでも恐縮でございますが、状況を御存知でありましたら、お教えいただければと思います。

委員

短期証の交付につきましては、滞納世帯はあるわけなのですけれども、それが平成4年6月のデータですけれども2万1,969世帯あって、その中で、要は特別な理由等がなく、短期証を交付するというのが5,363、率にして24.4パーセントの方に対して短期証を交付していると。滞納している世帯の中でという形です。率につきましてはそれですし、あとは。

座長

資格証について切り替えているという例がどのくらいあるのかということ。

委員

すみません、資格証の方に切り替えているのが、交付世帯につきましては1,039、率にして4.7パーセントという形です。滞納世帯に対しての交付率ということ。

座長

それで、それが収納率等への跳ね返りの効果として、どの程度違いがあるのかということについてお教えいただければ。つまり、短期証で効果があまりないのだとしたら、資格証の方に切り替えたら、収納率は上がるのだよというようなことがございましたらお教えいただきたいなと思います。

委員

そのところについて、全く効果がないわけではないとは思いますが。当然そういう方については滞納相談とか納税相談という形のもので接触する機会を設けて、それで収納の方につなげていくということをしておりますので、全く効果がないわけではないとは思いますがけれども、それを数値的なデータとして、どのくらい効果があるのかということはやっと調べてみて、なかなか調べられるものではないので、そこら辺については具体的な、これだけ効果がありますというものはちょっと具体的には示せないところでございます。

座長

ありがとうございました。失礼ながら、相当突っ込んだ御質問を返してしまいまして恐縮ございました。よろしいでしょうか。

4 その他

座長

それでは、時間にもなりましたので、「4 その他」がございましたら、事務局から御説明をお願いいたします。

事務局

事務局からは特にございませぬ。

座長

それでは、長時間にわたりまして熱心な御議論、御質疑のほどありがとうございました。

以上をもちまして、私の進行役としての職を降りさせていただきます。御協力のほど、ありがとうございました。

事務局

ありがとうございました。本日の懇談事項につきましては、以上で全て終了いたしました。座長におかれましてはスムーズに進行いただきまして、ありがとうございました。

また、本日が今年度、最後の医療懇談会となります。第3次広域計画の改定をはじめとする懇談事項につきまして、委員の皆様から貴重な御意見をいただき、ありがとうございました。頂戴いたしました御意見等を踏まえまして、広域連合として今後の事務を進めてまいりたいと思っています。

また、座長の方からは介護と医療の関係で、領域外の部分も含めた宿題等をいただいております。どこまで分析できるか分かりませんが、いただいた宿題につきまして、今後また考えていきたいと思っているところでございます。

本日は、お忙しいところ誠にありがとうございました。以上をもちまして、閉会とさせていただきます。

— 15時17分 開会 —