

第3回 新潟県後期高齢者医療懇談会 会議録

平成19年11月1日(木)

広域連合会議室

【出席者】

区分	所属	役職名	氏名	備考
被保険者代表	新潟県老人クラブ連合会	理事	吉田 淳子	
	新潟県シルバー人材センター連合会	新潟市シルバー人材センター副理事長	田澤 宏	
	新潟県腎臓病患者友の会	会長	佐々木 隆	
保険医又は 保険薬剤師代表	新潟県医師会	業務一課長	小林 啓二	(代理出席)
	新潟県歯科医師会	副会長	五十嵐 治	
	新潟県薬剤師会	副会長	山岸 美恵子	(代理出席)
学識経験者 その他の有識者 代表	新潟青陵大学 看護福祉心理学部	教授	國武 輝久	座長
	新潟大学 実務法学研究科	教授	加藤 智章	副座長
被用者保険等その 他の医療保険者 代表	新潟県社会保険事務局保険課	課長	香田 俊幸	
	健康保険組合連合会 新潟連合会	常務理事	遠藤 俊一	(代理出席)
行政関係者	新潟県福祉保健部 医薬国保課	係長	関原 隆	(代理出席)
事務局		事務局長	池上 忠志	
		事務局次長	池田 伸一	
	総務課	課長	鈴木 昇	
	業務課	〃	残間 寛	
	総務課 企画係	係長	金澤 克夫	
	業務課 医療給付係	〃	箕輪 隆久	
	〃 保険料賦課係	〃	鈴木 寧	
	総務課 企画係	主任	小川 浩一	
〃	主事	小田 和浩		

※傍聴：5名

－午後 1 時 1 5 分開会－

1 開会

2 あいさつ

3 議題

議題（1）「保険業務の主な懇談事項について」

① 保険料について

事務局員が資料の説明を行う。

委員質問

算定は2年ごとに見直しということなんですよ。2年間という根拠はあるのですか。あるいは、2年だと74歳の方達も入ってきますよね、その人達が入ってくるから見直すということですか。それから死亡される方もいますが、そのような人達はどのように見えていますか。

事務局説明

被保険者数の増加減少につきましては、年齢到達によるものと、県外からの転入とか、新たに障がい者になられる方を想定していますし、減少としましては死亡や県外への転出などを見込んで算定しています。

委員質問

前回の所得割率6.88%が今回7.04%に上がっているんですけども、どうしてでしょうか。

事務局説明

所得割率が前回より上がっていますが、前回と比べまして費用につきましては審査支払手数料で2億円減少しています。上がった要因としましては、前回算定を行った市町村からいただいた所得データの精査を行った結果、算定に用いる所得が少なくなりましてこのような所得割率に変更になりました。

座長

他にどなたかご意見ありますか。

委員の関連の質問ですけども、均等割の額も変動していますし、一人当たりの63,200円から62,600円と変わっていますが、基礎的なデータが変わったからというご説明になるかと思いますが、前回と今回の資料に差が生じた根拠だけお示しいただけますか。

事務局説明

費用につきましては、審査支払手数料が減少しておりまして、収入につきましては変更はござ

いません。所得の把握している金額が変わったということです。

単純に費用が減って、収入が変わらないということで、被保険者数も変わりませんので一人あたり保険料は下がるということです。一人当たり保険料が下がれば所得割と均等割の比率というのは、所得係数が前回同様 0.8 でございますので、均等割額が減少して、そして所得割の総額が下がっているわけですが、所得額そのものが下がっている関係もありまして所得割率に関しては前回より上がったということでもあります。

委員質問

金額はこれで確定なんでしょうか。1週間で基本となるデータが変わりましたということですが、今後も変動するということになりますのでしょうか。

事務局説明

所得のデータにつきましては、前回よりも精度があがりまして概ねこれで決まりだというふうにご検討いただいております。その他の状況につきましては、現時点で保健事業の取り扱いが決まっていない関係で保健事業分を反映しておりません。また財政安定化基金の拠出率につきまして、県と協議中です。あくまでも現段階での数値です。

委員質問

審査支払手数料が2億円減少しましたが、ここにはシステム構築費用などは入っているのでしょうか。

事務局説明

システム構築費用は含まれておりません。レセプトの審査に要する費用を算出しております。

事務局説明

システム構築費用につきましては、共通経費ということで保険料には含まれておりません。一般会計の事務費のなかから広域連合が支払っております。

委員質問

参考資料の平成20年度後期高齢者一人あたり賦課額52,797円と資料1の試算保険料73,820円が書いてありますが、こちらは75歳以上でない方も入れているからこれだけ差がでているんですね。

事務局説明

そういう事ではありませんで、参考資料の数値は対象はあくまでも75歳以上の方に限ったもので、国保と同様に低所得者軽減分も計算に含めておりますので、資料1よりも数字が少なくなっております。

委員質問

軽減に該当する方はどれくらいいるのですか。

事務局説明

軽減の方の割合は、今回の試算で7割・5割・2割を合わせまして45%強でございます。一人当たりの金額が、どの金額をお示しすればというのは、実際に賦課されてお手元に通知書がいく額という考え方でいいですと軽減後の額になりますが、保険料率を算定する際の賦課額の計算、それを被保険者数で割ったものが一人あたりこれくらいの負担になりますといったものが、こちらでいいですと62,600円となります。

座長

よろしゅうございますか。他にございますか。所得割を負担する方は75歳以上の方の3割ということをご説明いただきましたが、高所得者の方におきましては、かなり高額な方たちのご負担をお願いすることになるかと思えます。均等割の部分でも全体の35,100円を軽減を受けない方がお支払いになることかと思えますが、よろしゅうございますか。

これをベースにして2年間の保険料が算定されて議会で承認されて、これが公表されることとなりますが、いかがでしょうか。

私からですが、審査手数料が2億円減ったよというところで、そのご説明はなぜだろうかということで、システム設計料が入っているのかというご質問だったんですけども、2億円減った理由というのは、これは国保連に支払う手数料ということですね。ここが減額になった理由というのはどうしてでしょうか。

事務局説明

先週の試算は、現行老人保健の審査手数料の単価111円60銭という数値を使っていたのですが、今回の資料の計算は、最近示された93円41銭という数値を使って計算していますので、単価が変わったということです。

座長

これは全国一律なんですか。

事務局説明

新潟県の単価です。新潟県広域連合が新潟県国保連合会に支払います。

座長

これは全国がそれぞれ違うということですね。連合ごとでそれぞれの国保連との相対交渉で決まるんですか。

事務局説明

それぞれの都道府県の国保連と広域連合が協議をして決定することになります。国保連合会には、国民健康保険の事業もありますので、それらとの兼ね合いで精査をして決めるということになります。

座長

老人保健制度の単価からだいぶ安くなったというのは、広域連合の交渉力と考えればよいのですか。

事務局説明

老人保健制度では、国保老人という括りで扱ってしまして、被用者老人につきましては扱っていなかったのですが、今度は 75 歳以上の老人をすべて国保連が扱うことになりますので、その辺りで国保連のほうで精査をされたのではないかと考えます。

委員質問

審査手数料につきまして、後期高齢者の話が出てきましたが、一般の方のレセプトの支払手数料はいくらかということは掴んでいるのですか。

事務局説明

一般の国保の単価については、聞いたところでは単価 40 円ということです。

委員質問

かなり差があるものなんですね。

委員質問

支払基金の審査料は、115 円くらいですよ。なんで国保はそんなに安いんですかね。

委員質問

審査手数料の単価が数円違うと 2 億円も変わってくるということは、手数料そのものがいったいどうなのかという疑問が出てくるんですけれども。

事務局説明

見込んでいるレセプトの枚数が年間 870 万枚を単価 93 円 41 銭を掛けると資料の数値となります。

座長

ただし、単価が国保との差で、約 2 倍以上になります。根拠があって高くなるのですか。

事務局説明

現在、国保と老人保健の 2 本立てで行っておりまして、国保が約 40 円、老人保健が約 111 円できていたということを知っておりますし、今後も国保については従来どおりで、後期高齢者医療制度につきましてはシステムに関する構築費等を共通経費部分で事務費のほうに反映させています。

座長

ということは、広域連合で別途国保連に対して、別の財布から支払っているからそこで帳尻があうんだということが、審査手数料単価が下がった理由ということですね。

そして、一般の単価より割高な手数料になっている理由というのは、国保連からの説明がないということによろしいですね。

委員質問

参考資料の平成 20 年度の後期高齢者の保険料と平成 19 年度国保料の比較で、後期高齢者の保険料が全市町村で 52,797 円となっていますが、各市町村で所得状況が違いますのでこれによろしいのでしょうか。

事務局説明

一人ひとり市町村ごとに計算すれば、別の数字になりますが、全県で均一の保険料率になるということでこの度はお示ししています。

委員質問

実際の新潟市であれば、新潟市の所得を使って計算すれば、それに応じた保険料が出てくるということですね。

事務局説明

各市町村の被保険者の所得状況が違うわけですから、そのように計算をすればもちろん数字は変わってくるようになります。

委員質問

国保のほうは、各市町村の所得で計算してありますので、対比するのであれば後期高齢者の保険料も、それぞれの市町村の所得を使わないと比較にならないと思います。

事務局説明

この度は、後期高齢者のほうは全県均一の保険料率だということで、今回はこのような示し方をさせていただきました。

座長

広域連合で全県一本で保険料率を決めるというシステムとするか、国保の場合は市町村ごとに保険料率が変わっているということでこういう対比にしかならなかったということです。

ご用意された資料は、国保の加入者の保険料と後期高齢者の保険料がどれくらい差があるのかということを目に見えるかたちでお示しいただけるならばということをお願いした結果でこのような表現となっています。

委員質問

資料の保険料の軽減の部分で、夫婦 2 人世帯の例が出ていますが、片方の収入が多いともう片

方は収入が少なくなりますが、そうするともう片方の人は1割軽減とかになるんですか。

事務局説明

この軽減判定は、合わせていくらという年金収入で、すぐに何割という軽減判定ができるということではなく、それぞれの方の年金収入を所得に直しますので、簡単に年金収入の合計という話ではありません。あくまでも世帯の所得状況で決まるものです。

保険料額は一人ひとりに計算されるものですが、軽減の判定を行う際にはその世帯におられる被保険者と世帯主の方の所得状況で軽減割合が決まります。

座長

よろしゅうございますか。軽減措置を受けられる方は新潟県では約4割というお話が出ておりましたけれども、おそらくそれ以上の7割近くの方が所得割の部分ではほとんど負担がないような構造になるんですが、そういう意味では所得のある方に所得割の負担が出て、その辺りで保険料差がでるんだろうと思います。

委員質問

保険料が0円になる方はおられるんですか。

事務局説明

所得割が0円になる方はおられますが、均等割が0円ということはありません。ただし、国の示した社会保険の被扶養者の保険料凍結の関係の話になりますと、平成20年9月までは0円の方は出てきます。

座長

他にございますか。

次の懇談事項に移らせていただいてよろしいでしょうか。それでは時間の関係もございまして、懇談事項2に移ります。

② 保健事業について

事務局員が資料の説明を行う。

委員質問

対象者のところで、生活習慣病で受診中の被保険者は当面の間希望により対象とするということですが、当面の間とはどの程度なんですか。

事務局説明

今現在、レセプトのシステムが電算化されるのが平成23年からということで、その内容が広域連合と市町村で共有化ができるまでということで考えております。

委員質問

今お話を聞くと作業面ということでそうなっているということですが、平成 23 年以降も対象者となれるようにお願いします。

事務局説明

国のほうでは、健診は生活習慣病の早期発見のための重要性というところを示しておりますので、既に医療機関等で受診をされている方々につきましては健診の必要性が薄いのではないかと、この考え方を広域連合でも尊重をする立場で考えておりますが、今ほどのご意見のようにそのような方をすべてシャットアウトするという考えではありませんので、その時期を目指して内容等も精査をして市町村と協議をさせていただきたいと考えております。

委員質問

生活習慣病といっても、何種類も合併症で受診をされている方が多いわけではないと思うんです。受療されている方がすべて医療機関でオールマイティに管理されているわけではないので、そういったことへの対応はそうなるのですか。

事務局説明

それらのこともありますので、一律の理論からでは決められないということがありますので、また検討をしていきたいと考えています。

委員質問

健診の目的としては、生活習慣病を網羅したいという考え方ですが、その辺で落ちてくる人についても健診で対応していきたいという考え方ですね。だから、単純には健診をやめまじすということにはならないですね。

委員意見

それはむしろお金の問題ではないですか。

座長

健診事業につきましては、入口から問題があるだろうということで前回は議論がございまして、そもそも老人保健法の基本健診の受診者も3割しかいなかったと残りの方は想定として医療機関で受診しておられるから健康管理のところは大丈夫なんだろうという極めてアバウトな説明しかなかったような気がいたしますが、そもそもこの75歳以上、もしくは40歳以上まで括らなければならないのかもしれませんが、保健事業とはどうあるべきなのか、そしてこれを高齢者の保健制度のほうで保険料としてかぶせてみていくという制度設計がどうあるべきかというところをご議論いただかなければならないんじゃないかと思います。その部分を保険料に2,240円分を上乗せするというところが、今日のご説明の一番のポイントなんです。実際に利益を受ける方がだいたい何%位なのかと、現在の状況と変わるのか変わらないのか、変えるという姿勢を広域連合のほうでお持ちになってそういう取り組みをなさるといふ前提で、こういう仕組みを利用者負担なしで全額保険料で面倒をみるような制度設計でおやりになるということで、ここをど

う考えるかというところでございますが、なにかございますか。

委員意見

私は委員の質問に関連して、すべて受診している人は健診なしということではないですよという部分での確認だけですので。入口の部分にはまだ入っていなかったんですけども。

委員質問

私は先日かかりつけの健診に行ったんですが、来年から基本健診はなくなりますよと言われたんです。定期的に高血圧測定等は行っていますけれどもこういう健診制度がなくなると困ったなと思いましたが、来年からは利用者がお金を払って健診を受けるんですか。

座長

そういう意味ではなくて、来年からも利用者負担なしで健診をやろうというご説明なんですけれども。

委員質問

座長が言われたのはちょっと違うと思うんですけども、確かにその場での負担はないですけども、今までの健診においては市町村が対応していたわけですよ。それをこういうかたちで保険料で賄いますという根本的にこれまでと違う方針を提起されたと理解しているんですけども違うんでしょうか。

座長

現行の制度と広域連合の保健事業の違いというのはどこにあるのですか。

事務局説明

財源面でいえば、現行では基本健診の費用負担につきましては、国が 1/3、県が 1/3、市町村が 1/3 あと利用者負担はそれぞれの市町村の考え方で実施をしております。ただし、今回は高齢者の医療の確保に関する法律のもと、75 歳以上の健診については義務ではなくて努力義務というかたちに移った関係で、医療保険者として広域連合で負担をするという部分が出てきましたので、今までのスキームを生かした中で市町村にもある程度の負担をお願いしながら極力保険料の負担部分を軽減したいという検討を重ねた結果、このような配分でどうかということで市町村と協議をしていくということでございます。

座長

その点についてですが、現行の基本健診で利用者負担が採用されていた市町村というのはどれくらいあるんですか。それが広域連合の方式に変わったときになくなるんだろうなと思うんですが。

事務局説明

70 歳以上に限っていいますと、自己負担をとっていた市町村は 18 年度の実績で 2 市、19 年度

は資料がないんですが若干増えております。

委員質問

新法になってから保健事業は任意になったとおっしゃってましたよね、それは要するに新法は保健事業というのは高齢者に限っては財源措置しないということですか。

今まで1/3 ずつ負担していたお金はもう面倒みないというお話ですよ。

事務局説明

当初はそうでした。8月頃から国で従来の利用者負担以外の1/3程度を予算要求するという方針がでています。

座長

それが今日の資料に出ております。広域連合の保健事業の在り方というところで他にご意見ございますか。

委員意見

基本的に受診する方の利用者負担はないですが、保険料としてみんなで出し合ったなかで健診をしましょうということですよ。従って今まで以上にある意味では保険料というかたちで跳ね返って、健診が大事だけれどもお金は出してくださいねということには変わらないんじゃないかなと思うんですが、それに対してどうかということなんですけれども。

それで、健診をしない人もいるだろうからそれぞれ出す分は822円でしかないということなんですよ。生活習慣病もちゃんとしていきましょうというふうななかでも結果的には負担は必要になってきたんですよ。

座長

目に見えるかたちでの利用者負担分というのはない。みんなで保険料として支払った一部を使うというかたちで変わるよと、そういう目に見えるかたちでの利用者負担分というのは作らないという原理でございます。これでよろしいかということなんですけれども。

委員意見

保健事業の目的は何もないんですね。生活習慣病と言われてはいますけれども、ただ健診機構で決められた検査をやりましょうということではしかないんですね。目的があってそこにあった保健事業をやりましょうと、それにはどういう効果があるからこういうことをやりましょうという肉づけが出来てやるのが正しくて、ただ今までやってきたからで終わってる気がするんですよ。

座長

前回の懇談会にも議論がございまして、この保健事業とはどうなんだろうと、新潟県の医療費が少ないのは他の都道府県に比べて保健事業や疾病予防がしっかりしていたからという説明が本当だろうか、実はそれ以上に医者やベット数が足りないのが保険料の軽減に貢献していたかもしれないですし、その辺の保健事業の効果の検証なしに今までやってきたんだから広域連合で

も継続的にしかも、実はこの部分も前回は問題提起したんですけれども、健康って誰が管理するのかといえば、本人しかないんじゃないのと、本人が無自覚な状態で健診を受けるということが果たしていいんだろうかと、つまり負担がないということが健康の維持や予防に効果があるのかということも実は確証はないわけで、ここをどう考えるかというところから考えなければならぬ問題だろうと意見は述べたんですが、このあたりで根本的に保険料に跳ね返して2,240円ですか、この部分がトータルになりますと相当な金額になります。これをもとにして、今まで老人保健法のもとでやってきた事業の部分を保険料でカバーしてやっていこうということになるわけですがここをどう考えるかというのが、この懇談会におけるテーマですがいかがでしょうか。

委員意見

今まで集団検診は全部無料でした。最近75歳以上の高齢者というのはあまり健診を受けないんですよ。高齢になるまえに健診を受けて病気が見つかって、かかりつけの医療機関でお金がかかりますけれども受診を受けますから、市町村の健診にはあまり高齢者の方が行かないと思います。でも高齢者でも病気をしていない人がたまたま健診に行ったら病気が見つかったという人もいますから、健診をやってくれば一番いいんでしょうけれども、ほとんどが医療機関で受診をうけていますから、私としては保険料が安くて窓口負担が1割という今までどおりであっていただければ思っているんですけれども。

座長

こういう保健事業を広域連合で保険料を使って、保険料の上乗せ部分が2,240円くらいを75歳以上の方々に負担し合うことになる。この部分は均等割あるいは所得割もかぶらないかたちで単純に上乗せされるということなんですか。

事務局説明

一人あたり2,240円ということについては、算入部分についてはそうなんですが、実際に保険料として算入される金額にすると、健診受診率30%を掛けますので一人あたり年額で822円程度になるということです。

委員意見

これは、全員がこれだけ支払うということですよ、軽減は全然ないということですよ。ただ、その30%というのはこれは増やすおつもりはあるのかどうかの部分では、健診というものをどのように考えるのか、受診率100%が理想なわけですからこういう計算でいいのでしょうか。健診が大事だとしたら受診率を増やさなきゃいけないわけですし、費用対効果で考えて本当に必要なかどうか、健診するということが意味があるのかどうかというところまでいくと難しいと思うんですけれども。

座長

供給サイドとしてはどうお考えですか。

委員質問

我々は必要だと思っております。この受診率 30%というのが増えていけば増えていくほど、保険料は上がっていくわけですね。

座長

おそらくこの保健事業は、実際市町村が自前でやれることはないわけで、どこかに委託していますよね、その場合に医療保険でカバーされるようなかたちでの健診と、新法のもとにおける健診で区分が出来ていて、こちらだったら無料だから増えるんだと思いますが、医療費の抑制的効果が発生するのかどうかというのは、確証があるわけではないし、この部分はどう考えるべきであろうか広域連合として新法のもとで保健事業を継続することについてどうお考えになるかということですが。

委員意見

逆に考えれば、医療が削減できるような保健事業でなければ意味がないわけであって、何のために健診するかということそこに目的があるとすれば、そういう健診を探っていかなければならないということもありますし、一律に今までどおりやっていけばいいという考え方は違うんじゃないかと、どの程度見直すのかは分かりませんし、この受診率 30%というのがどういう動きをするのかということも分かりませんが、健診内容も見直したうえでやっていかないと効果がないとしたら健診をやめるんじゃないかと、じゃあ効果のある健診方法はなんだろうというような視点も必要じゃないかなと思います。

委員意見

今まで健診の重要性があったから健診を勧めてきたし、それによって新潟県の医療費が低いという事は別にして、国も健診を重要視して対応していきたいというのは、やはり医療費抑制効果につながると思うんですね、病気が早期発見されればそれだけ重症化しないわけですから医療費抑制につながると思うので、全体の医療費というのは別としても健診の重要性があるからこそ健診制度を考えてきたし、今まででもそれによって行われていたというふうに思うんです。

ここでは、健診をするなら費用は国も県も市も出すからみんなも出そうねということで変わってきたと思うんですね。健診の重要性ということで考えるならば、今までの公的な責任において健診をやっていくべきだと思うんです。それで今回のような保険料に組み込むというのは、本来健診を始めたころの趣旨とは変わった考え方ではないかと私は思うんですけれども。だから先ほど説明があったように現在市町村でも利用者負担の考え方が違うと思うんですが。

座長

関連ですが、生活機能評価と共同実施ということで、市町村レベルで実際にこの保健事業をやるということになりますと介護保険の事業と一体でやるということになりますと、これまでと変わるのか変わらないのか、介護保険のほうも地域支援事業ができて、これと広域連合の保健事業がおそらく現場では一体化されて市町村レベルで共同でということで、3割というのは一体何を前提として考えておられるのかも、介護保険のほうの生活機能評価の対象者とおそらくどの位オーバーラップすると計算しておられるのか、その辺りの費用負担関係もどのようにお考えに

なっているのかこのあたりはどうなりますか。

事務局説明

今まで75歳以上で基本健診をやっていた方というのが30%くらいという実績があります。その中で割合が75対25が介護予防の生活機能評価と共同で行う割合ということです。

座長

介護保険の健診だと65歳以上ですよ、そうしますと高齢者医療のほうとターゲットが変わりますが、市町村では共同実施するということになり、事業のタイトルが変わるだけなんですか、それとも中に入ってしまうと何も変わらないんですか。

事務局説明

実務としては、介護保険課のほうで生活機能評価介護予防のチェックリストというかたちで出すわけなんですけれども、特定健診は国保担当課ということになります。75歳以上は後期高齢者ということで広域連合が市町村にお願いして市町村から受診券を出すという仕組みになっており、75歳以上の健診の受診券を介護のチェックリストと同時に出すというかたちです。

委員質問

事務の問題は出てくるんですけども、お金の問題は出てこないんですか。今、特定健診で75対25で重なっているとおっしゃってますが、それを75対25でシェアする、介護保険と広域連合で保健事業のお金をシェアするという発想ではないんですか。

事務局説明

25%は重なっていますが、同時に受診した場合は健診項目が重なっていますので、そこはまず介護保険のほうを優先して支払うということです。

委員意見

重複する部分は介護保険から出るということだけです。さっきの話に戻るんですけども、私は2,240円ということに合わせるのではなくて、2,760円ということに合わせて議論したいんです。それは、現役の医療保険の被保険者として、特定健診に国庫補助金で出てくるということは税金でそれだけ対応することなので、現役労働者としては勘弁してほしいという議論になるのではないかと思います。そういう意味では、広域連合で利用者負担を徴収なしで統一ということは今の説明で聞いていると今までは無料だったから、これからは無料という発想でしか聞こえないし、受診率とか受診内容、費用対効果でどうなるかということとも密接に関係するので今までのようなあまりはっきりしていないようなコストパフォーマンスのなかで、たかだか70円くらいの保険料上乗せで済むんだから保健事業を続けましょうというのは、現役労働者の負担をまったく考えていないと思いますので私は反対します。

座長

連動するとしたら、健康保険組合としてはどうですか。現役労働者は反対だと言っておられますが、保険者の立場としてはどうですか。

委員意見

委員の意見に賛成でございます。実際に税金から投入されてやって、その他にまた相当の負担をしているうえに別のかたちで税金が投入されるということですので、よく考える必要があるのではないかと思います。

委員意見

健診というのは有益なんですけれども、費用負担のことを考えると個人的には反対です。けれども健診を行っている被保険者としては精神安定剤の役割も果たすんですが、効果ということになりますと75歳以上の方は効果をみるのは難しいのではないかと思います。いろいろなケースがありますから健診で癌が見つかったりしますので良い面もありますが、費用負担を考えますと少し問題があるのではないかなと思います。

座長

この保健事業の評価につきましては、費用と負担の関係で議論はされておりますが、効果のところは検証できるようなデータがおそらくないし、これから事業をやっていく場合に評価の仕組みを広域連合で取り入れられるのかどうか、この事業の評価が出来なければいつまでもこういうかたちでの保険料負担が継続する可能性はあるわけです。これでは効率的な医療資源配分が出来ているかどうかについて保険財政の観点から見直すための指標みたいなものをどこかで用意して、どこかでそれを使って評価するようなシステムを考えなければならぬのではないかなという気がいたしますが、どうでしょうか。

そういう仕組みは後期高齢者医療制度では、組み込まれているんですか。あるいは、保健事業の仕組みについての根本的な考え方について新しい考え方というのは出てきているんでしょうか。

事務局説明

基本的な保健事業の目的という部分についてですが、第1回目の懇談会で説明させていただいたんですが、生活習慣の改善による疾病の予防というよりも生活の質の確保（介護予防）という観点から重要であるという部分と、生活習慣病の早期発見のための健診が重要であるという部分を基本的な考え方として新潟県広域連合もきておりますし、ここを前提として実際に市町村に委託をするということしかできないということで、市町村の意見を聞いて出発をしたというところがございます。

座長

それは広域連合単位で議論をしたってしょうがないじゃないかと国の計画がそうなっているんだからと、国も計画の議論で介護保険から予防事業は、いろいろ今回の改正で様々なかたちでそちらのほうにウエートをシフトしながらうまく機能していない部分がございます、こちらの

医療のほうも同じ考え方で広域連合でその部分を、しかも保険財政の枠の中に取り込んだ老人保健制度のものの仕組みもやはり変えるかたちで高齢者医療の保険財政の中で賄うというところまで踏み込むことがさてどうなんだろうかということだと思いたすが、やはり今日この段階で最後でございますので、この事務局の案につきまして何か発言がございますでしょうか。

委員質問

この単価 5,000 円という健診機構というふうに書いてございますが、これは新潟県で立ち上げようとしている健診機構での単価ということでよろしいでしょうか。

事務局説明

確定ではないんですが、現在示されたかたちということです。

委員質問

そうすると、健診機構のほうでも支援金の増減についての検証はやられるんですね。座長のほうからもお話のあった検証ということ自体はそれと同じようにやるということによろしいのでしょうか。

事務局説明

支援金の増減というのは 74 歳までの方です。

委員質問

そうですね、けれども健診自体は健診機構をとおしてやるわけですから、資料は同じように使えるわけですね。

事務局説明

そうですね、ただ保健事業のことについては、特定健診というところは無くなっています。

座長

このことは前回に県の課長のほうから、現在医療費適正化計画が策定中だというお話をしておられました。広域連合のほうでもこれから高齢者医療にかかわる保険者としてこの部分でなんらかの適正化、あるいは保健事業そのもの自体が財政的な規律を保つための制度的な仕組みとして評価の仕組みも取り入れるという前提でこの保健事業を実施なさるといふふうに考えてよろしいでしょうかということだけ、最後になります記録だけしていただければと思います。

委員意見

私は 65 歳以上の障がい者でありまして、後期高齢者医療制度と老人保健制度のどちらが得かということで悩んでいるんですけれども、保険料や診療報酬なども含めてどちらが得かということをお勉強していかなければならないんですけれども、先ほど現役世代の方のご発言として現役世代のほうで負担したくないというお話がございました。確かに詳しいことは分かりませんが、やはり老人は収入が少ないですので、現役世代のほうにおんぶにだっことなるとは思いたすが、やはり

生活の質をあげていくためには健診というものは必要だと思います。負担の関係はよく分かりませんが利用者の立場としましては、もう少し老人に温かいお心をいただければと思います。

座長

年齢ごとに分類を設定してこういうかたちでの医療の資源配分の仕組みを変えらるということだが、良い事なのか悪い事なのか、あるいは現役世代と高齢世代で費用負担の世代を超えたかたちでの助け合いというか社会連帯の在り方というところでも制度改正がいろいろ行われまして、それぞれで変わってくるころがございまして、特に医療費の現物給付の部分と保健事業の部分で事業の評価なり効果なりが変わってくるわけがございまして、これを保険者として広域連合で担う、特に高齢世代だけの範疇でこういうかたちでの医療の給付と保健事業の予防の部分と両方担っていられるということは大変なご苦勞をなさるんだらうと思っております。

2年ごとでまた保険料の見直しもしていくということで、これからもなかなか大変だと思いますけれども、時間の関係もございまして今日の懇談事項は終わらせていただきますが、その他というところで何かございましてしょうか。

委員意見

広報の関係ですが、チラシやホームページを開いてみますと、後期高齢者の対象者というところで障がい者の部分で65歳から74歳までの障がい者と断定的に書かれておりますが、選択制だというところが抜けておりますので、そのあたりをきちんと書いていただかないと誤解が生じて困りますので明確に記入をしてください。

委員意見

話が戻って恐縮ですが、前回に医療費と健診の部分が絡まってきたのでおかしくなったと思うんですけども、健診の検証というところに関しては今までの医療のなかで実証されてきたと思うんですね。それで健診の重要性というのを国がいつてきているわけです。健診の必要性ということを決して否定しているわけではないし、それは医療費の抑制の立場からも健康の観点からもそれは行政の責任できちんと健診をするべきではないかというふうなものが私の意見です。

委員意見

細かいことで恐縮ですが、費用の算出のなかで健診機構単価が5,000円で推定値となっておりますが、消費税が入っていないと思いますし、手数料の関係も健診機構と折衝していただければ少し安くなると思います。

座長

それでは事務局のほうから何かございましたらお願いいたします。

事務局説明

本日で懇談会も3回を重ね、貴重なご意見やご要望を賜り誠にありがとうございます。保険料率や保健事業については、時間的に今回が最後と考えております。

そこでこれまでの意見・要望をどのような形でまとめたらよろしいかお諮りしたいと

考えております。

座長

他に、ご意見はございますでしょうか。

ただ今の件について事務局でお考えになっている案はございますか。

事務局説明

当懇談会は、設置要綱のとおり任意の会議でありまして、広域連合長の諮問に対する答申というかたちはとっていませんが、皆様からいただいた貴重なご意見ご要望の要約を事務局でまとめて、座長をはじめ委員の皆様にご確認いただき事務局より広域連合長に提出することにはいかがかと考えておりますが、いかがでしょうか。

座長

今の事務局からのご提案でよろしゅうございますか。

(特に意見なし)

それでは、事務局案のとおり事務局にて資料の調製を行い、委員の確認を得た後に連合長に報告していただくことにします。

以上で本日の議題はすべて終了しました。議事進行へのご協力を感謝申しあげまして、座長の任を解かさせていただきます。ありがとうございました。

議事終了

事務局説明

長時間にわたり、誠にありがとうございました。

本日は、予定では最後の懇談会ということですが、被保険者の皆様が一番心配をしている保険料や保健事業の考え方についてある程度のご理解をいただくとともに忌憚の無いご意見ご要望をお聞きすることができ大変感謝しております。

懇談会のまとめについて広域連合長に報告するとともに11月27日の広域連合議会での条例制定に向け事務を進めたいと考えます。

今回ご意見のございました施策の効果がどうなのか、検証が必要なのではないかというお話がございました。私どももその部分で痛感しておりまして、来年度も引き続きこのようなかたちで懇談会を開催いたすなかで、報告等していきたいと考えておりますので、またその節はよろしくお願ひしたいと思ひます。

—午後3時7分閉会—