

第2回 新潟県後期高齢者医療懇談会 会議録

平成21年10月28日(水)

自治会館本館3階国保連会議室

【出席者】

区分	所属	役職名	氏名	備考
被保険者代表	新潟市老人クラブ連合会	副会長	吉田 淳子	
	新潟市シルバー人材センター連合会	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	課長	小林 啓二	代理
	新潟県歯科医師会	副会長	松川 公敏	
	新潟県薬剤師会	副会長	山岸 美恵子	
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	松本 英実	副座長
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 企画総務部	リーダー	田中 正行	代理
	健康保険組合連合会 新潟連合会	理事	黒川 精三郎	
行政関係者	新潟県福祉保健部 国保・福祉指導課	課長	細貝 和司	
事務局		事務局長	池上 忠志	
		事務局次長	池田 伸一	
	業務課	課長	大滝 淳一	
	業務課	課長補佐	鈴木 寧	
	総務課 総務係	係長	金澤 克夫	
	業務課 保険料賦課係	係長	朝日 健	
	業務課 医療給付係	係長	小川 浩一	
	総務課 総務係	主任	北村 秀実	
	総務課 総務係	主事	小田 和浩	
	総務課 総務係	主事	吉本 孝之	

—午後1時10分開会—

1 開会

2 あいさつ

今回は第2回医療懇談会ということで、委員の皆様の改選がございまして、初めての開催となります。引き続き委員をお引き受けいただいた方々におかれましては、これまで大変お世話になりました。今後ご指導賜りますようよろしくお願いいたします。また、新しくお引き受けいただいた方々におかれましては、公私にご多忙にも関わらず懇談会委員にご就任いただき誠にありがとうございます。会議等の趣旨につきましては、この後ご説明申しあげますのでよろしくお願いいたします。

本日の懇談会の懇談事項でございしますが、事前にお配りいたしております次第に記載されておりますが、主な懇談事項は2つございます。1つ目は、後期高齢者医療制度に関する動きということで、新聞等で様々報じられておりまして皆様もご承知の部分もあるかと思いますが、広域連合の全国組織や、全国の市長会、町村会などの地方6団体が、これらの動きに対してどのように要請、要望をしているのかを説明申し上げます。委員の皆様方にも、これまで以上にご理解とご支援を賜りますようお願い申し上げます。

メインの懇談事項は、平成22・23年度の保険料率の暫定的な試算についてというところでございます。この保険料額の算定に必要な保険料率についてであります。所得割率と均等割額についてであります。これについては概ね2年を通じて財政の均衡を保つものでなければならないとされております。当広域連合も今年度中に、平成22・23年度の保険料率を算定する必要が生じてくるわけでございます。今日のところは、国が示しました保険料率の算定にかかる基礎的数値を参考にしながら、われわれ連合の実績を基にして現時点での暫定的試算結果についてお示しいたします。

大雑把に申しますと、保険料率につきましては、上がる要素が大半となっております。その理由につきましては、高齢者の負担率が今までは負担率10%だったものが、ご存じのとおり高齢者がどんどん増えて、若人が減ってまいりますので、負担率が変わってくるということになります。高齢者の負担率が0.26%増加すると厚労省は示しております。それから医療給付費の増加が、保険料率の上がる要素となります。

平成20・21年度の保険料率は、制度開始でありましたので23か月分を賄うものでありましたが、平成22・23年度の保険料率は24か月分を賄うものになりますので、保険料率が上がる要素になると考えます。

そんなことをいいながら、懇談事項として暫定的な試算ということでお示しするということが大変申し訳ないんですが、詳しくは担当から説明いたしますけれども、国の来年度の予算の関係が年末くらいまでに決まってくるだろうと思っておりますので、その予算の中身に保険料率に大きく影響する部分がございます。

事務局の試算では、平成20・21年度の剰余金の見込みが28億円程度見込んでおりまして、これが平成21年度末にどれくらいになるのか、それをどのように保険料率の算定の中に取り扱っていくのか、そのあたりがまだ未確定ですし、それ以外の数値も現段階の状況で暫定的に使っている関係で今後動きが出てくるという意味合いがあつて、保険料率の暫定的な試算ということにな

っております。

今日のところは、保険料率の暫定的な試算結果につきまして、概ねの考え方について委員の皆様からご意見をいただきまして、この結果を活かしていきたいと考えております。

予定といたしましては、国の動きや数値が年末までに出てくると思いますので、年明けて1月下旬に懇談会を開催させていただきまして、その間に市町村等と協議をしたうえで、最終的には2月の広域連合議会にて議決いただくという予定になっておりますので、先ほど申しましたように制度の動きについて気がつかない事も多々あると思いますので、忌憚のないご意見をいただければ幸いです。以上、よろしくお願いいたします。

3 自己紹介

各委員による自己紹介及び事務局の紹介

4 懇談事項

懇談事項（1）「座長の選出及び副座長の指名について」

- ◇ 座長には委員の互選に基づき、國武委員を選出した。
- ◇ 副座長には、座長の指名に基づき、松本委員を選出した。
- ◇ 懇談会の運営について以下のとおり決定した。
 - ・ 懇談会は原則公開とし、傍聴者の定員は5名とする。また、定員を超えた希望者がいた場合は、抽選で決める。
 - ・ 懇談会の会議録は、要点筆記として発言者名を記載しない。
 - ・ 委員の発言は、座長の許可を得てから発言をする。

懇談事項（2）「後期高齢者医療制度に関する動き」

事務局員が説明を行う

座長

ありがとうございました。ただ今、後期高齢者医療制度に関する動きについて、民主党政権になりまして、マニフェストでは後期高齢者医療制度を廃止するというので、これまで後期高齢者医療制度の立ち上げに携わった事務局の方々の苦労はどうなってしまうのだろうと、気にはしております。

今ほどご説明のありましたように、総選挙後から水面下で動きがございました。厚生労働大臣の発言でも新制度を設計するまでの間は、この制度を存続させるということでございます。

この後期高齢者医療制度をめぐる経過については、私どもも新聞報道でしか知らなかったわけですけれども、市長会や広域連合協議会等のいろいろな働きかけもあったようでございます。

まず、ここまでの経過につきまして、委員の皆さまからご質問はございますでしょうか。

委員質問

今ほど、座長がおっしゃったように後期高齢者医療制度は、自民党政権下ですったもんだの末に、昨年4月にスタートしたところです。

いずれにしても、苦労の末にこの制度を立ち上げたわけで、その後も行政側が住民の意見を取

り入れて制度見直しを行ってきている流れのなかで、一変して、政権が変わり、民主党のマニフェストに掲げられた後期高齢者医療制度を廃止するというような事は推察はしていたのですが、我々は報道を通してしか情報が無かったわけですが、先日の朝日新聞の記事に後期高齢者医療制度廃止時期は平成24年度末とし、平成25年度から新制度へ移行するという事で関連法案は平成23年度に出すということで、行政側の立場としてこれまでの経験を含めたなかで、実質あと2年くらいしか準備期間がないわけですがけれども、この短い期間のなかで新しいシステムを作り上げる事ができるのか、率直なご意見をお聞かせください。

座長

なかなか難しい質問ではございますが、事務局から発言をお願いいたします。

事務局説明

後期高齢者医療制度というのは、平成18年6月の国会で決まりまして、平成20年4月から制度開始ということで約1年半の準備期間でしたので、率直に申しますと厳しいかなと思います。

新政権としては、政権を担っている間にマニフェストを実行するという考え方ですので、我々としてはもっと十分な時間をかけて知恵を出し合って新制度を作りあげた方が良いのではないかなと考えます。

座長

ありがとうございました。他に、ご意見はございますでしょうか。

委員質問

質問なんですけれども、2ページの市町村担当課の意見というのは、市町村の意見としてまとめたものなのですか、それともただ単に箇条書きにしたものなのですか。

3つ目の意見で、新制度設計に当たっては、将来の医療制度一本化に向けて、第一段階として国民健康保険との統合により都道府県単位の運営を要望するとありますが、これは市町村の意見としてまとまっているのですか。

事務局説明

一つ目と二つ目の意見は、市町村の意見としてまとまっておりますが、三つ目の意見は4市から意見をいただいております。

委員質問

全国で一本化の医療保険制度にまとめあげようという希望があったようですけれども、後期高齢者医療制度と国民健康保険との県単位の統合というのは、この制度ができる前にもあったわけなんですけれども、いわゆる保険者が誰なのか、財政を誰が担うのかという議論のなかでもめて広域連合ができた経緯があって、また同じような事になることが容易に想像できます。

ですので、この意見が果たして市町村の意見としてまとめたものなのかなと感じましたが、県や国にも上がっているわけですか。

座長

まとめさせていただきます。今後、後期高齢者医療制度がどうなっていくかという話と関わりまして、委員がおっしゃったように、平成17年でしたか、政府与党が医療制度改革大綱の段階から都道府県レベルにおける保険者機能の統合という方針がでておりました。現在の段階で次のステップとしてどうあるべきかというところで、市町村からいろいろと意見が出てきました。

そこで、懇談会委員の方々はどういったお考えをお持ちかというところで少しご意見をうかがえればと思いますがいかがでしょうか。

委員意見

まず、第一に言える事は、全国一本の医療保険者にするというのが民主党のマニフェストにもあったように思いますが、これをやってしまうと健保連としての立場から言いますと、被用者保険がある程度独立してやることによって、切磋琢磨しながら運営することで、医療保険制度がきちんと成り立っていくわけで、これが一つの保険者に統合されてしまうと競争というものがなくなりますので収支の努力そのものが無くなる。そんな感じがしますので、いくつかの医療保険者があったほうが良いように思います。

座長

健保連としては、元の老人保健制度に戻すということはありませんか。

委員意見

それはありえない。今、健保連が主張しているのは、65歳以上の高齢者を一つのグループとして制度運営をやってはどうかなと、被用者保険と国保とを全部合わせて一つの保険者にするということは論外だという話になっています。後期高齢者医療制度を作りかえるのであれば、65歳以上の高齢者を一つの医療保険で、若人の保険料や公費で支えていければと思います。

75歳という年齢で区切ってしまいますと、一番医療費のかかる部分を一つのグループにしてしまいますから問題がでるわけですので、年金にしても65歳以上という一つの枠組みが存在するわけですから、その枠組みで制度運営を行うのが良いのではないかと思います。

座長

以前に、突き抜け方式か、独立方式かという議論がありましたが、健保連の立場としては新制度は独立方式が良いということですね。

他にございますでしょうか。協会けんぽとしての立場もお伺いしてよろしいでしょうか。

委員意見

なかなかどのやり方が良いのかというのは断言するのはできませんが、我々の協会けんぽも全国で医療保険を一本化するというよりも都道府県単位に支部を置いて運営することになったわけですけれども、保険料の収入面で考えると給料が下がっていますので、保険料収入が減っており厳しい現状ですが、そういった財政面など、様々な問題を大いに議論しながらやっていかなければならないと思います。

座長

ありがとうございました。それでは、行政関係者代表としての立場からもご意見いただけますでしょうか。

委員意見

いろいろな議論が前々からなされているわけですが、被保険者の立場として、医療保険者の立場として、お互いにメリットとデメリットがありますので、結局どれが正解というものが無いのではないかなと感じます。すべての立場の人がお互いに議論しながら、どこで折り合いをつけるのかというところを見つけていくしかないのかなというような気がします。

座長

ありがとうございました。被保険者もしくは医療供給側からの立場から意見はございますでしょうか。

委員意見

個人的な考えとしましては、医療提供側として考えると後期高齢者医療制度というものは、膨張する医療費をいかに抑制するのかというのが最優先なんですね。抑制するとなると、医療費が一番かさむ75歳以上の高齢者を管理するというのが、国の考え方ではっきりしていたと個人的に認識いたしました。

たまたまそのターゲットが75歳以上ということで、医療費の抑制をやりやすくするための制度ということで後期高齢者医療制度が作りあげられたわけです。特に病気になりやすくして医療費がどんどんかかってくる後期高齢者を分離してしまうという事自体が本当に正しい選択だったのかということを感じておりましたし、後期高齢者自身の保険料が全体の財源の1割しかないというのが果たして、医療保険制度としてバランスがとれているのかということに疑問を感じております。

これから医療保険制度の一元化という話が出てきておりますけれども、こういった形になっていくかということが非常に関心がありますし、また怖い感じもします。

委員意見

数年にわたって、議論されてスタートした後期高齢者医療制度ですけれども、医療費を沢山投入しなければならない人達のところで負担をどのようにすれば良いのかという部分で、それぞれのところから供給しあいながらといっても、やはり後期高齢者の方への医療費抑制というかたちで表面化してしまったというのが、事実ではなかったかなと思います。やはり、この部分でもいろいろな意見が出まして、病院にかかりにくくなってしまったという状況があったのではないかなと思います。

今まで老人医療のなかで、保険料を払えない人への短期証や資格証を発行するというのは、後期高齢者医療制度でうたわれていましたけれども、それはしないしてほしいと意見が出ていたのですが、幸いにも新潟県では短期証や資格証は発行されておらず現場の方々が努力をされていたと思うんです。ただ医療というのは各医療保険ごとに守っていくというのは大事な事ですけれども、やはり人の命を国レベルでどう支えていくかということを考えていかなければならないと思

ます。

無駄な医療を使う事はいけない事だと思いますが、一番必要なところに一番医療が提供されるような医療保険の在り方が求められるのではないかなと考えます。医療を受けたい人が医療を受けられないような事はあってはならないというところで、やはりいろいろな立場の人達から意見を出し合っていくことが重要だと思います。根本的なところに戻って、どうやって命を守っていくために、安心して医療を受けられるような制度が設計されることに期待したいと思います。

座長

ありがとうございました。他に意見はございますでしょうか。

委員意見

私ども高齢者の立場からすると、どこに住んでいても同じ医療を受けられるような世の中であってほしいと思います。保険料であっても、同じ高齢者であるのにも関わらず加入している保険が違ったり、住んでいるところが違うだけで保険料が高かったり、安かったりするわけですね。新潟県は、様々な原因があるようですけども医療費が低くて、保険料が全国でも一番低いほうだということで、大変ありがたい事なんですけれど、全国の仲間から新潟は保険料が安くていいねとか言われたりします。後期高齢者になったときに、住むところによって負担が違うというのはあってはならない事だと思います。

新しい制度がどういう形になるのか分かりませんが、年齢による区分というのはやめて、全国民が一つの保険に入るとするのが理想なのではないかなと思います。確かに、先ほど意見が出ましたように医療保険が一つになるとデメリットもあるでしょうけれども、保健指導を効果的に行って適正な医療費抑制をする事ができると思います。

座長

ありがとうございます。他にどなたかございますでしょうか。

おそらく、戦後型の医療保険制度というのは、いろいろなパッチワークで戦前からの医療保険制度を受け継いでいる部分もありますし、あるいは戦後の社会的な動きに合わせて付け加えたり、財政的なシステム調整のうえに乗せたりして複雑化してきております。根本的なところは、おそらく被用者保険に近い出発点から、現在は地域保険型で全国一本の医療保険ということになりますと国営保険型でイギリス型モデルであるとか、あるいはオバマ大統領がいろいろ苦勞しておられますが、おそらく地域保険型になるのでしょうか被用者保険との負担の兼ね合いをどう実現していくのか、おそらく日本でも大きな政権交代がありまして医療だけではなく、年金や介護あるいはその他の部分でも現行システムをもう一回洗い直すのだろうという政権交代だと思いますが、このタイミングで我々が後期高齢者医療制度というものを再構築するなり、組み替えるなり、あるいは別個の医療保険を考える事ができるのかということをご議論いただいているわけですけども、立場によっていろいろと考え方に相当差があるんだろうなと感じました。

今お話を聞く限りでも、医療保険者の立場からすると財政的な部分を考えて高齢者は独立型が良いというお話ですし、高齢者の立場からすると医療保険一本化が良いというお話です。

もう少し高齢者の立場からご意見をお聞きしたいと思います。いかがでしょうか。

委員意見

はい、昔このような川柳があったんです、『老人よ、死んでください、国のため』。一時期問題になったんです。私たちの世代はみんな戦争に行って、国の為に働いて、全国民の為に働いてきて今現在は後期高齢者として医療費がかかるといってやり玉にあげられた為に、別枠で後期高齢者医療制度に加入させられたわけです。これまで社会に貢献した事をどれだけ考えてくださっているのかということですよね。

新聞等によりますと、保険料は上がっていくようではございますけれども、年金は上がらないわけですので、だんだん生活が苦しくなって首を絞められていくわけです。確かに、高齢者は医療費がかかるかもしれませんが、今現実75歳以上の人で経済的理由で3回通院しなければならないところを1回に減らしている方もいるんです。そういう苦しい立場にいる人達を、できましたら国の方でどんな形でも結構ですので救いの手を差し伸べていただいて老後を楽しめるような保険制度にさせていただけたらなと思います。

座長

ありがとうございました。他にございますでしょうか。

委員意見

いろいろと制度が変わりますので、私どもが理解できないうちに次々に制度が変わって、様々な文書が送られてきますけれども、内容が複雑でなかなか理解できません。

ただ、お医者さんにかかる事を我慢したりだとか、お金の事を気にしないでお医者さんにかかるような制度にしてほしいと思います。お医者さんにかかると気持ちが安心しますし、健診もしていただければもっと気持ちも楽になります。

難しいことは分かりませんが、みんな元気で良かったよねと言い合いながら暮らしていますので、制度の内容なんてほとんど理解できていません。今の説明を聞いても、正直なところほとんどわかりませんので、少しでも分かりやすい制度を作っていただきたいなと思います。

委員意見

医療制度自体が段々複雑になっていってますので、新たな制度は単純明快な仕組みになってほしいと思います。

座長

それでは、他にございますか。

委員意見

勉強不足で具体的な事は申し上げられないのですが、先ほどの委員のお話にもありましたように、医療を受けやすいようにということはもちろん望まれるのですが、全国で一律の医療保険にするというような場合に、そのかわりで制度を補完するようなシステムというものが別の次元で働いていないとうまくいかないだろうなという感じがします。

例えば先ほど、座長がイギリス型の医療保険とおっしゃいましたけれども、そこでも被用者保

険などいろいろなグルーピングがあって、医療保険が機能していると思いますので、そのあたりをどうしたらいいのかなと感じました。

座長

ありがとうございました。おそらく様々なご意見があるだろうし、民主党政権が本格的に稼働し始めて、この医療制度についても全国的なレベルで議論が巻き起こってくるんだらうと思いませんし、それを横目に見ながら広域連合としてどのような形で対応していけるのだからかと模索されているわけですが、今後の懇談会等でも引き続きご議論いただくということで、本日は政治的な変動があった直後ということで、広域連合においてこの動きをどう考えるかご意見を多様な形で出していただいたということで、次の懇談事項に進みたいと思います。

それでは、懇談事項3の平成22・23年度の保険料率の暫定的な試算について事務局から説明をお願いいたします。

懇談事項（3）「平成22・23年度の保険料率の暫定的な試算について」

事務局員が説明を行う

座長

ありがとうございました。ただ今、事務局から詳細な説明をいただきました。

いくつか整理いたしますと、国から保険料率の算定に必要な係数等をベースにしての計算と、新潟県内の実情に沿った形の計算で、来年度以降の保険料率がどのようになるかという試算結果でありました。

最初に、非常に制度が分かりにくいという意見が出されましたが、ご質問がございましたら先にお伺いしたいと思います。いかがでございますでしょうか。

ご質問がないようでございますので、それでは保険料率の試算方法につきまして、厚生労働省から保険料率算定の参考数値が出されまして、それに基づいて新潟県広域連合として数値を精査した後、試算した結果として保険料率がこうなるであろうという試算結果が示された訳ですが、今後試算値が変わる可能性があるようですが、これにつきましてご質問やご意見がございましたらお伺いしたいと思います。

今後、政権が変わったばかりですので、診療報酬改定など様々な変動要因があると思いますが、本日提示された結果についていかがでしょうか。

委員質問

ご説明ありがとうございました。私どもが聞いてなかった話だけかもしれませんが、来年度に診療報酬の改定がありまして、これまで2年連続マイナス改定ということで、たまたま今ほどの説明で今回の診療報酬の改定はプラス改定という診療側にとって嬉しい話だったんですけども、そのような話はどこからか出ていますでしょうか。中医協がまだ開催されておりませんので、我々も苦しい経営状態が続いておりますので、プラス改定というのはお願いはしているのですが、かつ皆様方から受けやすい医療というのをベースに考えてはいるのですが。

座長

はい、それでは事務局から回答をお願いいたします。

事務局説明

10月の中旬くらいだったと思うんですが、新聞報道で発表がございまして不確定ではあります、説明をさせていただきました。それ以上の細かな情報というのはつかめておりません。

座長

おそらくこれも中医協のメンバーも変わるというお話で、日医さんの代表の方が外れるのではないかなということで、これは診療報酬改定の仕組み自体が根本から変わる可能性があるのではないかなと、もっともそこまで変えると政治変動の影響がいろいろなところに及ぶから、そこまでするとは思いませんけれども、診療サイドとしては関心の持たれるところはそこなんだろうなと思いますが、これからの話でございまして、これ以外の部分で何かご意見はございましてでしょうか。

委員質問

本日配布された資料に、暫定的な保険料率が示されていますが、前回と比べてどのくらい変わったのか教えていただきたいですし、剰余金が28億円あるということですが、この試算のなかに入っていないんですが、どのような形で試算内容に含めたのかをお聞きしたいですし、診療報酬も変動するようですが、これは今と同じということで試算したものですよね。当然、診療報酬が上がれば保険料が上がる要素になるということです。よろしいですね。少なくとも、前回よりどれくらい上がっているのか、下がっているのかを教えてくださいませんか。

事務局説明

まず、一人当たり保険料ですが、今回の試算で62,900円となっておりますが、前回は63,100円ですので、一人当たり保険料は200円下がっているという内容となっております。それから均等割額は、今回の試算で36,100円となっておりますが、現行が35,300円でございますので800円上がっています。所得割率は、今回の試算で7.42%となっておりますが、現行が7.15%でございますので0.27%上がっています。

剰余金の取り扱いですが、今回の試算には含めておりません。

委員質問

所得割率が7.42%に変わった事によって平均所得がどれくらいになったかということが分かりましたら教えていただきたいということと、新聞報道を見ると剰余金をなるべく保険料を下げるために使うようにと出ていたように思うんですが、それはあえて試算には入れてなかったんですか。

事務局説明

この剰余金の取り扱いについては、26日の大臣の記者会見でそういった話が出まして、現在

厚労省から調査が来ておるところで、今回の懇談会資料では剰余金は含まれておりません。

この剰余金はいくまで、平成20年度の剰余金でございますので平成21年度の医療費動向によって変動する可能性がございます。

委員質問

この28億という剰余金というのは、規模からするとどれくらいのものなのですか。全体の支出に比べてどのくらいなのでしょう。

事務局説明

年間の医療給付費が約2,000億円ですので、約1.4%程度です。

座長

ありがとうございました。それでは、本日の次第のその他という事で、平成20年度の老人医療費の疾病分類統計の中間報告ということで、なぜ新潟県内の老人医療費が全国最低なのかということと関わって、そのための資料としてご用意していただいている部分ですが、事務局の方から説明いただいたうえで、保険料の見込みと実績の差ということで28億の剰余金が出た背景もご説明いただけるのではないかなと思います。

こちらの説明につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

5 その他「平成20年度老人医療費の疾病分類統計について（中間報告）」

事務局員が説明を行う

座長

ありがとうございました。この懇談会でも昨年から、なぜ新潟県の老人医療費が全国的に見て最も低いグループなのかということで、果たしてどうしてだろうというような議論がございまして、様々な要因が重なっていて、はっきりとデータ上で示すのはおそらく無理であろうということで、中間報告ということで疾病分類毎で統計結果にいただいたものです。

ただ、これで説明できるかというのできない訳でありまして、今後も引き続いて県や市町村データを集計したうえで少し解析してみようかというご報告でございました。

これにつきまして、ご質問ございますでしょうか。

委員意見

どうして医療費が安いのかというところで、昨年もいろいろとお話をしたような気がいたしますけれども、本当に原因というのはどこにあるのか分からないですけれども、入院と入院外ということでデータを提示していただきましたけれども、入院外の場合、新潟県は医薬分業が70%を超えております。処方箋発行という形になっておりますので、ここには薬剤費は入っていないですけれども、そういう意味からすると入院外というところでのデータとしては、診療に関わる部分だけですので、最近はお薬も特に認知症が進んでいくなかでのアルツハイマーの薬がとても高いですので、そのあたりの所がデータとして出ておりませんので参考にお話しさせていただきます。

去年の調剤料をみてみますと全国平均くらいなんです。1件あたりのレセプト単価などを見ても新潟県は決して低くはないんです。どちらかというと若干高いくらいです。それは、現在だと2か月、3か月分の薬品の処方がありますので単純には見られませんが、それからすると全国最下位というのは私達が日常業務をしているなかでは、どうしてなのかなと感じています。

委員意見

私達も分析をしなければならいんですけれども、みずほ情報総研が以前に調べた結果がございまして、本日は手元に資料を持ってきておりませんので詳しいお話はできませんけれども、ご存じのとおり平成16年から長野県と新潟県が医療費が少なくて47位を争っているわけですが、実は2県だけでなく44位程度くらいからある程度固定化されたグループが形成されています。例えば、岩手県とか、山形県とか、山梨県といったようなところです。だいたいメンバーは固定されています。そうした県どうしに、何か共通項があるのではないかという事で、様々調査が進められています。

医療費が高い県どうし、低い県どうしを比べてみますと、かなり似通った点があります。いろいろな指標をくらべてみますと、医療費が少ない県は、受診率が低いとか入院日数が少ないとか、健康診断の受診率が高いとか、メタボリックシンドロームなどの成人病関係の指数が高い人が少ない、あるいはもう少し別の視点から見ますと高齢者の就業率が高い、自宅死亡率が高いなどの要因が一例としてあります。

ですので、これが決め手というようなものはないわけですが、そういった様々な要素が組み合わさった結果であると思います。

座長

はい、ありがとうございました。

状況証拠ですけれども、これは高齢者医療だけではなく、国民医療費そのものの地域分布にかたよりがあって、その原因を特定することはなかなか難しいけれども、間接的な要因として様々な角度から説明が可能だと、これらにつきましても今後とも県の方でもお調べいただきたいですし、これが高齢者医療のところの特化できるような何か背景なり、データなりが出てくればこれもやはり後期高齢者医療に関わる広域連合の方でお調べいただかなければならないテーマではないかなと思います。これらにつきましても継続的に調査いただいたうえでご報告いただくということで、まず中間報告としてご説明をいただきました。

それでは、以上をもちまして本日の懇談事項及びその他事項につきまして終了いたしました。長時間にわたりましてご審議、ご協力をいただき大変ありがとうございました。

議事終了

事務局

座長には、長時間にわたり進行役を務めていただきありがとうございました。

本日の懇談会は、被保険者の方々が一番関心を持たれております保険料の試算結果などについて

て、皆様からご意見をいただきありがとうございました。今現時点ではいくつかの不確定な要素がありますが、今後国から示される確定した数値を基に保険料の再算定をさせていただいて、次回予定しております1月下旬の懇談会にて皆様方に再提示させていただきたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

以上をもちまして、本日の懇談会を終了いたします。本日は大変ありがとうございました。

—午後3時10分閉会—