

第3回 新潟県後期高齢者医療懇談会 会議録

平成22年1月28日(木)

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	グループ長	本山 義彦	
	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	吉本 孝之	

—午後 1 時 1 0 分開会—

1 開会

2 あいさつ

それでは一言ご挨拶を申し上げます。

懇談会委員の皆様におかれましては、大変お忙しい中をお越しいただきまして誠にありがとうございます。また、今日は今年初めての開会となります。昨年中は大変お世話になりました。ありがとうございました。今年もよろしく願い申し上げます。

今日の会議の懇談事項でございますが、お手元の次第でございますように平成 22・23 年度の保険料率改定（案）についてでございます。これにつきましては昨年の 10 月の懇談会におきまして、その時点の暫定的な試算と申しますか、そういったものをお示し致しまして、皆様方からご意見を頂戴したわけでございます。

本日は、その後の国からも数値などが色々示されておりまして、そういったものを参考にし、また、当連合の実績などをもとにして保険料を改めて算定したというところでございます。ご案内のように一人当たりの医療費が伸びていますし、それからいわゆる高齢者負担率と申しますか、若年人口が減ってきておりますので、高齢者負担率が上がっていくわけです。

また、20・21 年度の保険料は 23 カ月分しか見ておりませんでした、これは制度がスタートする中でそういった形になったわけですが、今度は 24 カ月分を見るということからいきますと、単純にいくと保険料は増加せざるを得ないということでございます。全国的にもそのような状況でございますが、そんな中で私どもといたしましては被保険者の方々に不安あるいは混乱を生じないように、可能な限り保険料の増加を抑制することが大事だと、そのように考えまして、幸い当広域連合には剰余金がございますので、それを活用しまして、現行の保険料を据置くということで本日の案を取りまとめています。どうぞご意見を承りたいと思います。

そして、今日いただいたご意見を参考にいたしまして、今後、各市町村の市町村長協議会の審議を経て、また、新潟県とのご協議を整えたうえで、広域連合 2 月議会にこの保険料率の改定について提案してまいりたいと、そのように考えておりますので、どうぞよろしく願いいたします。以上でございます。

事務局説明

それでは次第の 3、懇談事項に入らせていただきます。

懇談の進行は國武座長さんをお願いします。

3 懇談事項

懇談事項（1）「平成 22・23 年度の保険料率改定（案）について」

座長

先程の局長のご挨拶にもございましたけれど、10 月以来の懇談会となります。本日は 10 月の懇談会のときにすでに試算をご提示いただき、それについてご説明もいただいておりますが、今回の平成 22 年度・23 年度の保険料率改定（案）でございますが、ちょっと様子が違っているところもございまして、これはやはりきっちりと議論していただく必要があると考えながらお知

らせをさせていただいた次第でございます。

それでは、懇談事項（１）につきまして、事務局から資料にもとづいてご報告をお願いします。それではよろしくお願いします。

事務局員が説明を行う

座長

ありがとうございました。

只今、懇談事項（１）に関しまして、事務局から相当詳細なご説明を受けましたが、恐らく分りにくいなおっしゃる方もいらっしゃるかと思います。

前回暫定的な試算として示されたものをベースにしながら、実は前回は主として保険料率の算定の数値につきまして例の10.26という後期高齢者の負担の割合のところについては試算の結果が出ておりましたけれど、実は均等割と所得割の数値がこうかなという話は示されていなかったかもしれません。ここの部分から恐らく様々な剰余金というものが生まれて、そして結果オーライで保険料を上げなくても済むということで今後2年間据置きできるのだというご説明だどご了解いただきたいと思いますが、さてこのあたりについては、まずご説明についてのご質問から受けたいと思いますがいかかでございますでしょうか。

委員質問

別紙2の表（医療給付費の推移）で平成20年度これは実績ですよ。恐らく過去も実績なのだと思いますけども、ずっと上がり続けてきていると思うんですが、ここで下がったのはなぜなのというのと21、22、23がやはりその後また上がり続けているのですよね。これは、21年度は決算見込がある程度ついた実績値なのですか。それとも前回の説明と同じ数値なのですか。

それと、21年度の剰余金はどれくらいを見込んでいるんですか。保険料を下げるために20年度の剰余金だけ算入するんですか。21年度は余らないのでしょうか。剰余金が28億円あるのですよね。結構な額が余っていると思うんですよ。

座長

資料1の別紙2についての補足的ご説明を事務局からお願いいたします。

事務局説明

1つ目のご指摘の医療給付費の推移でございますが、前回の懇談会の時点と数値は変えておりません。平成20年度に医療給付費がいったん下がっているという部分につきましては、今回の算定に関しましては、より直近の実績となるように過去5年間（平成16-19年度）の実績を市町村毎に医療給付費の伸び率を算出しまして予測した結果であります。平成20年度が下がっているというのは、全国的な傾向でありまして、前回の懇談会の際もそうだったんですけれども、国の方でも理由は分かっておりません。

事務局説明

残りの質問につきましては、私から説明させていただきます。

平成 21 年度の決算見込みについてですが、平成 21 年度も剰余金が出る見込みとなっております。21 年度については、10 月診療までの医療費の前年同月比ですけれども、0.4%から 6.2%とかなり差が出ています。そういうなかで、今後の医療費の伸びによって変わってきますが、10 月診療までの平均伸び率で医療費を推計すると 17 億円程度の剰余金が出るのではないかなと見込まれています。これは、今後の医療費の伸びによってかなり変わってきます。

それから、20 年度剰余金の一部のみを活用している点についてですが、国の考えでは平成 25 年度から新制度とする方針ですので、今回の保険料算定は平成 23 年度までの保険料の算出となりまして、もう一度保険料の改定がありますので、ここで 22・23 年度の保険料率を下げすぎると次回の保険料改定時に剰余金が足りなくなるといった事が想定されます。

今現在は、平成 20 年度の剰余金の活用のみで、保険料率を据え置く事ができるということで提案させていただいております。以上です。

座長

よろしいでしょうか。補足説明をいただきましたが、ご了解いただけましたでしょうか。

委員質問

国の通知によるとそうなのかもしれませんが、実態に見合った保険料で下げられる時には下げるのが普通なのではないでしょうか。それを 24 年度の話を持ってくるというのはいかがなものでしょうか。今下げすぎると、平成 24 年度に上げづらいというのは・・・。

言ってみれば、それだけ剰余金があるということは、もともと保険料とりすぎなんじゃないのということになりませんか。

座長

おっしゃる通りだろうと思いますが、実はなぜ剰余金がこれだけ出たかということについての説明が事務局からの説明の前半部分で、国の均等割と所得割の算定の基礎が国のほうで変えてきたという、私も事情が良く分からないんですが、なんでここが変わったのかというところのご説明をいただかないと、ちょっと分かりづらいのかなと思います。

別紙 1 のところで、所得割と均等割の 1 : 0.7 という事で、実際には 0.8 で計算して保険料を徴収していたので、その差額が結果的に剰余金として発生した。それを次年度以降の保険料の上昇を抑制するために使いたいというご説明でございますが、いかがなものでしょうか。

委員質問

所得割を 0.8 にしても、0.7 にしても、保険料として必要額は変わらないわけですので、どちらにしても実際には保険料を取り過ぎていたということなんではないでしょうか。

座長

事務局から説明をいただけますでしょうか。

事務局説明

所得係数の関係でございますけれども、国からの調整交付金にも影響が出てくるわけござい

ます。当然所得係数が低いと国の調整交付金が、余計にもらえるわけですので、そこでも剰余金が発生してくるわけです。

ですので、所得割と均等割の比率が変わるだけでなく、国からの補助金も変わってくるということになります。

委員質問

ということは、前回の所得係数が0.8で、今回が0.7ということですので、今回は前回よりも余計に国の補助金がもらえるということなんですね。

新潟県の所得というものが、全国と比べて前回よりも下がってしまったということですね。

事務局説明

はい、そうです。前回の試算の時に、所得係数を0.8で計算したわけですがけれども、平成20年度は所得係数が0.69で交付金が交付されております。

座長

それでは差額がいくらとして、交付金の金額として増減した部分が何億円ぐらいあるのか。

事務局説明

資料1別紙2で、平成20年度の実質剰余金内訳という部分がありますけれども、国庫補助金等の増加によるもので14億円とありますが、この大部分が調整交付金にあたります。

委員質問

余った交付金というのは、国に返すわけですよ。

事務局説明

平成19年度の試算時には、本来であれば所得係数0.69で試算できれば正解だったわけですがけれども、国からの指示で所得係数0.8にしろということ、当時試算をしたというわけです。

余ったというわけではなくて、国からの平成20年度の調整交付金は、正しい所得係数0.69で交付したわけですがけれども、保険料の計算のなかでは、所得係数0.8だったということです。

委員意見

そうすると、保険料を多く取り過ぎたということですね。私は、保険料を取り過ぎたということが悪く言っているのではなくて、医療費も水物ですし、ある程度は保険料を余分に取らないとうまく運営できませんから、そこを責めているのではなくて、平成21年度もこれだけ剰余金が出る見込みがあるのであれば、保険料をもう少し下げるといいう方向でもいいのではないかなと思うわけです。決して、保険料を下げたところで悪い事はないのではないですか。そういった議論をしたいのですが。

座長

他にも、ご質問があるのではないかなと思います。事務局からのご説明で分からない部分があ

ると思いますが、他の委員からご意見ございませんでしょうか。

実は、私自身よく分かっていないんですけれども、2年前の懇談会発足の時から、こういう形で保険料率の計算の基礎が提示されていたんだと今になると思います。あの当時は、保険料の減免のやり方に、ほとんどのウエイトがかかっていたまして、所得割と均等割の何割を減らすのかというところに説明が費やされておりました。しかし、その基礎となる所得割の所得係数というものがある、これが保険料の取りすぎ以前に新潟県の所得が全国平均と比較して低い。だから、調整交付金という新潟県の所得の低さに対応したかたちで、国から交付金が出ているんだ。それが全国平均よりも2割ぐらい低いと見込まれていたのが、3割も低いんだ。このように実態が明らかになって、結果的に交付金として多めにもらったから、そのぶんを2カ年度で返そうよという話のようです。

さて、これでおわかりいただけたでしょうか。私自身がなぜ見込から1割以上も下がったのだろうと、新潟県民の所得が1年間で1割も下がったというのは異常なことだと思いついておりました。これはどのように説明できるのでしょうか。

委員質問

0.7というのは前からわかっていたのですよね。しかし、国が0.8を示しているから、渋々0.8にした。

事務局説明

19年度の最初の提示が0.8で示されていました。

座長

これは全国一律でしょうか。それとも新潟県についてでしょうか。

事務局説明

国が全国の所得を計算して、その平均のなかでそれぞれの県ごとに率を提示しました。そのなかで、新潟県は0.8と提示されました。その後、保険料率が決まる頃国が新たに各県の調査をしたなかで、所得係数の提示がありました。そのときは、0.72ぐらいの率で下がったものですが、その時点では保険料率を議会が12月に決定してしまっていて、年を明けてから提示されたので保険料率の算定に間に合わなかったものです。よって、単純に1割新潟県の所得が下がったというかたちではありません。

座長

もう一つ伺いたいのですが、この所得の計算の基礎となるデータはどこに由来するのか。国保の実態調査により成形した数値を国が提示をしたのかと。国保の実態調査をどのようにしているのか。それが本当にリライアブルなデータなのかどうか。全国平均と新潟県の所得の格差が3割あるとみなされているのですが、新潟県というのはそんなに全国平均と比べると所得が低いのでしょうか。

委員意見

低いです。我々の被用者保険の平均でも新潟県は3万円ぐらい低いです。

座長

3万円というのは、何%ぐらいになるのですか。

委員意見

実質金額にしてもそのぐらい違う。

座長

つまり、新潟県の平均というのは全国平均と比べて3割低いというのは相当な比率だと思うのですが。

委員意見

協会健保ですと、全国平均で28万円というのがだいたいの数字なのですが、新潟県の場合は26万円ぐらいになります。

座長

そうすると、数%ぐらい低いということですかね。組合健保も恐らくそのぐらいでしょう。31%というのはなぜなのでしょう。これは、国保の特性ということで理解してもよろしいのでしょうか。今、職域ではそれ程大きな格差が全国平均との間では出ていないというご説明がありました。国保のデータから考えるとこれだけの差があるといふふうに理解すべきなのか。そうすると国保の問題というのは大変な地域格差の問題がある。これは新潟県も相当全国と比べると低い水準なのか。それとも、これが地方の平均的な実態なのか。都市部と地方とではこれだけの差があると国保財政のレベルでは考えるべきなのか。そうすると、この問題というのは恐らくこれからもずっと続いていく問題かもしれないと思いながら、都道府県単位でこれから後期も国保も前期も一本化だという話も出てきているなかで、これは懇談事項(2)の話になりますが、その前に検討しておくべき問題点ではないかと思えます。いかがでしょうか。その辺、委員もしご存知でしたら、ご説明いただけますでしょうか。

委員意見

数字の話になりますと、詳細データを今持ち合わせておりませんので詳しいことは申し上げられないので、大変申し訳ない。調整交付金の算定、あるいは実態調査のなかで所得係数の値が出ていますので、これは実態を反映した数値であることは間違いのないと思えます。

座長

この国保の実態調査というのは県で実施していると理解してよろしいでしょうか。市町村が行った調査を県がまとめられていますよね。それはデータをご存知ですよ。このデータは本当なのかと私は事務局のご説明を聞いていたわけです。

事務局説明

先程、年を明けて国が提示した所得係数を 0.72 と言いましたが、0.74 でしたので訂正させていただきます。所得係数ですけれども、毎年調整交付金の段階で確定賦課の時点の所得額を国に報告させていただいています。国には所得額の情報が集まりますので、それで平均額を出しまして、各県に各県の平均額と所得係数はいくつというかたちで提示されています。実際の確定賦課ですので、7月時点の加入者の所得が合計で算出されています。

委員質問

新潟県の所得の低さというのを、全国的な状況のなかでどの程度なのかご存知でしょうか。例えば、新潟県の所得係数だけが 0.69 で全国平均と比較して 31%も低いのか。全国の中でどのくらい低いのか。例えば医療費は全国で一番安いですよ。

座長

もし、私も伺えればありがたいのですが。国保の実態調査で見れば、これだけの地域間格差があるのだということも初めて私も知りました。これは新潟だけの問題なのか、あるいは国保の財政的な実態は都市部と地方とでこれだけの格差があるのか。恐らく、格差がもっとある地域もあるのではないのでしょうか。

事務局説明

まず 18 年度当時は加入者の方が確定されていなかったものですから、実態調査により把握をさせていただいた。現在は加入者が確定しておりますので、先程課長から説明がありましたとおり調整交付金の算定におきましては一人ひとりの加入者の所得にもとづきまして算定していますので、実態を反映しているものです。あくまでも 18 年度当時は国保の加入者 75 歳以上の方だけという形で推定しているものです。

委員質問

それは全国的にも同じですよ。

事務局説明

そうです。新潟県が全国でどれぐらいのレベルなのかというのは、今資料がありません。

座長

また、いずれそのあたりも含めましてご報告いただける機会があるかと思います。本日は均等割と所得割の試算結果の基礎となるデータが変わったからこれだけ剰余金が出た。この剰余金を利用して 22 年度及び 23 年度の保険料につきましては据置きのみでこれを懇談会としては承認する。そして議会へ提案するという手順になります。この部分について手続き等でご了解いただけますでしょうか。

委員意見

これについて、私は「据置きになるんだ、良かった」と思ったんですけども、委員の意見を

聞いてなるほどと思った。

委員意見

特にこの制度が 24 年度までですよね。それなのに剰余金を余計に持つておく必要はないんですよ。

委員意見

そうしますと、20 年度の剰余金まで使うわけですから、21 年度の剰余金をどうするのかということですよ。それと、想像でしかありませんが、医療費の推移というのは、2 年に一度診療報酬が変わりますよね。そういう中で、特に 20 年度は社会的にも色々問題になっています医療の荒廃の問題も含めて、供給体制のことも含めて、低いということがあるのかなと。そういう意味では 2 年に一度の診療報酬の改定から 20 年度の医療給付費が下がったのかなと思いました。今回の改定で、具体的にはどうなるかはわかりませんが、今までのかたちのようには下げずに少し上がるということなんですけれども、特定の部分に限られるということもありますので、薬局ベースで考えればほぼ同じだろうと。なおかつ、薬価が下がりますので、全体的な収入としては下がるのかなと来年度を見通している。そうすると 22 年度、23 年度に疾病が重なったとしても、今までと違った特別な形で医療費が増えていくのはどうなのかなと。そう思いますと、ますます委員が言った剰余金の問題も含めて、本当に保険料を下げられるものなら下げたほうがいいのではないかと思うのですけど。

委員意見

私は保険料を出す側であります。皆様のお話をお聞きしまして、からくりがあるわけではないのですが、スカッとしないような感じがしてならない。本当に余裕があるのであれば、一人当たりとしてはそう大きな金額の保険料にはならないかもしれませんが、これだけ下がったんだと保険料を納入する側に伝わっていけば、後期高齢者医療制度になって良かったなという思いもするような気がする。先のことも考えなければならいでしょうから、今年下げて来年保険料上げるとそういう誤解を生むようなことをされるとそれは困るのですが、先の見通しも持ちながら、可能なことであれば、一人当たりそう多い金額ではなくても下げていただけるような苦勞をして頂きたい。

委員意見

同じことなんですけども、2 ページの表（参考）を見ますと 21 年度一人当たり保険料額が 61,486 円ですよ。それから、22・23 年度で試算すると 64,562 円とこの表では上がっているわけです。ところが、3 ページの 22・23 年度の料率ですと、一人当たり 60,858 円と下がっているわけですよ。ですと、22 年度と 23 年度は試算よりも約 4 千円下げますよということなのでしょう。

事務局説明

はい、そのとおり試算より 4 千円程下げるというかたちになります。

委員意見

そうすると、保険料 60,858 円という方が何人ぐらいいますか。上の方もいれば、下の方もいるわけですね。

座長

保険料の上限の支払をなさっている方とそれから減免を受けて相当下がっている方と恐らく格差は相当あるかと思うのですが、もしお示し頂けるようでしたら。

事務局説明

保険料は上限が 50 万円ですので、上限となっている方もいらっしゃいます。最低であれば、9割軽減がかかりますので、最低は 3,500 円となります。単純に平均より上の人は何人いるかという数字は把握していません。

20 年度の決算の中では、約 6 割の方が軽減を受ける対象となっておりますので、所得によって軽減を受けていない方のほうが少ないということになります。

座長

只今の説明を受けまして、この後期高齢者医療制度というのは極めて複雑な制度であり、かつ、財政的な仕組みも分かりにくいだけでなく、保険料の負担についても実は相当大きな格差が組み込まれている制度だということがおわかりいただけるかと思えます。

さて、これを民主党の新しい政権は 25 年度から新しい制度に変えると、その時に現在のこの制度を一応基盤としながらこれをどう変えていくべきかというところで知恵を出さなきゃいけないというのが、この移行期において我々も検討すべき課題だと思えますが、この現状をどのように理解すべきかというところで何かご意見ございますか。来年度、再来年度は保険料率を据置くのですが、これは保険料の格差も残ることになります。

委員意見

3 年後に廃止ですね。その時に 20 億円というお金が余ったとしますと、そのお金はどうなるのですか。

座長

これは 25 年度からの新しい制度がどうなるかによるかと思えますが、政治的なご判断も含めて、局長何か一言ございますでしょうか。

委員意見

国に返すという話であれば、本当に多くのお金を余らす必要はない。

事務局説明

今国は新しい制度を検討中ですので、その中で仮に広域連合に剰余金が生じた場合にどのようにするかというの、恐らく今の制度のそれぞれの負担の状況を見ながら判断するのではないかと思います。例えば県に負担して頂いている部分もありますし、国庫もありますし、それこそ若

人からの支援金と市町村の負担金もあるわけです。そういった状況を見ながら考えていくものと思います。

また一方、仮に25年の4月から新しい制度となるとすると、その年度は13カ月分、初めの年度が1カ月足らなかった分をカバーしなければならなくなりますので、そういったことへの対応も必要となってくるのではと考えています。いずれにしても、まだ検討の段階に入ったばかりですので今の段階ではどのようになるかはわかりませんが、各市町村から広域連合が集めたものを国庫が吸い上げるというかたちにはしないと思います。

委員意見

新しい制度では、対象範囲が変わってくるわけですね。むやみに今の75歳以上の方が残したものを対象の違う範囲に投入するのか。それについては非常に疑問を感じる。

ある程度返せるうちに、被保険者に返して、還元しておいたほうがいいのでは。ぎりぎり赤字にしろということではないですけども、現在21年度の剰余金が17億円出ると決算見込みで分かっているのであれば。どのくらい安くなるかは単純ではないだろうからわかりませんが、ある程度は還元すべきではないかと思えますけどね。

事務局説明

ここで事務局の考えを言えということであれば、先程委員からお話がありましたように保険料を下げすぎた場合に乱高下したりすると困りますので、その辺もにらみながら私どもも内部で議論をしたところです。まず、前提として新潟県の広域連合の保険料は全国的に見ても、安い方に位置しているわけです。そういった中で、試算では上げざるを得ない状況でして、国も下げろということまで言っていなくて保険料の増加の抑制に努めるという表現に止めていることもあります。また、制度廃止の直前にもう一度保険料率を判断、検討するチャンスがあります。その段階で、今言われているように、剰余金を抱えすぎていると不利になるということであれば、改めて検討するというのも出来るのかなと。こういった諸々のことを考えてこのような案を出させていただいているわけでございます。

委員意見

この制度ができた際にご意見いっぱいあったかと思えます。そういった中で広域連合の方たちは本当にご苦労されてきて、このような形で決めてきたのだと思えます。ただ、どうしてそんなに意見が出てきたのかといえば、やはり75歳以上のところで区切って、改めて別の保険料を取って、新しい制度を作ってまでやるのかというところがあったわけです。そのところに保険料が足せられてきたわけですね。その後何年か過ぎて政権が代わってからこのような話にはなっただんですけども、そもそも原点に立ち返ると、こういったかたちで改めて保険料を取ってやるということがどうだったのかと。しかし、それは動いてきたわけだから、保険料が低い高いとなってきたわけですね。

それから、新潟県の保険料が低いのは、やはり医療にかかるお金が少ないからですね。最下位か2番目ぐらいでしたかね。それは医師不足ということもあるでしょう。低い医療費の中で我々がばらつきのあるなかで改めてお金を出し合って作ってきた。できればこういったかたちで改めて保険料を出さなくて、もっといい制度が今までの延長線上でできないかという話もあるわ

けですよ。そういった中で、この制度が 24 年度までとなっているのは何か変えたいからそうしているわけです。そういう意味で他のかたちに移行するのであれば、これはこれで完結するという事なのだと思います。もちろん回らないようなかたちではいけません、皆様の試算の中でやっていけるといふことがあるのですから、それは下げられるものは下げたほうがいいと思います。

座長

ありがとうございます。恐らく事務局でもご検討していると思いますが、平成 20 年度で実質剰余金が 28 億出ておまして、21 年度は恐らくもう少し出るとはなないかと、これを 22 年 23 年で使い尽すことができるのかということも恐らくご検討なさったのでしょうけど、毎年 2.1% ずつ医療給付費が上がるという前提で試算されていかがでしたか。あと 3 年で剰余金が発生する率なり額なりと 3 年間の需給の予測で、最後は保険料率を下げたり上げたりしないで 25 年までには財政的な見込みで収支がトントンとなるのだということで今回ご提案をいただいたのでしょうか。先ほどの委員からの質問に対する回答として最終的にご確認いただくという趣旨でいかがでしょうか。

事務局説明

まず、今回は 24 年度末までということで、私たちが一番に考えたのは保険料が上がったり下がったりして被保険者の方に混乱を生じることが一番大変だということです。22・23 年度につきましては、なんとか 26 億円あれば保険料を上げずに維持できるだろうという推計をさせていただいたわけですが、24 年度にもう一度料率改定をしなければなりません。それでは 24 年度はどうなのだとすることを考えた場合、通常ですと 3 月－2 月ベースということで、要するに 3 月から翌年の 2 月までの医療給付費分ということで 12 カ月分をお支払いしているのですが、この廃止をする年というのは 3 月から 3 月と 1 カ月分だけ余計医療費をお支払いしなければならない。そういったことを考えますと、かなり不足分が考えられまして、そうすると 24 年度はかなり保険料を上げざるを得ないという状況が見えてきましたので、それであれば今おっしゃったように 21 年度今年度の剰余金、それを活用する。それから 20 年度の剰余金もなるべくそちらのほうに注ぎ込みたい。制度が 24 年度で終わりというなかで、保険料の上げ下げというのを避けて、出来れば 24 年度も現状維持でアップを避けたい。そのようなことでこういった案とさせていただきます。

座長

ありがとうございました。それではどなたか何かありませんか。被保険者で保険料払っている立場から、いかがでしょうか。

委員意見

細かい数字のことは本当に申し訳ないですが、わかりませんが。22 年度 23 年度の保険料は据え置かれるということで、それだけで私は嬉しくてしょうがない。

この前、全国老人クラブの連合会の機関誌で審議会がありましたことが載っていました。その際老人クラブでは色々提案したり、意見を求められたりしたそうです。高齢者の意見というのは、

このようにしょっちゅう変わるわけですので、はっきりわからないのですよね。私もこの懇談会から帰って皆様に報告するということはとてもできません。こういったことはできれば、年金暮らしの方の中で保険料とか介護保険料も含めて、年金から随分引かれて手取りがものすごく少なくなってしまう。老人クラブにおられる方からは話は出ないのですが、低収入の方がすごく多いです。そういったこともできれば考えていただきたい。

できれば市町村単位で説明会のようなものはできないものでしょうか。大勢を集めることはできないでしょうけど、制度が新しく改正されたりしますと分かりにくくなりますので、市町村単位で説明して頂き、皆様に周知して頂きたいと思います。

70歳から74歳の方と後期高齢者の方とはあまり生活程度は変わりませんので、あまりここに差がないほういいのではないかと思います。色々と問題がありますが、後期高齢者に対しても優しく考えていただければと思っています。

委員質問

聞き逃していたらすいません。20年度の剰余金は28億円とここに書かれていますよね。21年度の見込みはどのくらいでしょうか。

事務局説明

17億円です。

委員意見

そうしますと、45億円あるわけですよね。剰余金の活用額として22年度で13億円、23年度でも13億円、合計で26億円となっていますよね。21年度の剰余金が17億円としますと、剰余金の合計が45億円と余裕がありますよね。

事務局説明

45億円なのですけれども、22年度で13億円使い、それから23年度でも13億円使いますので、残りが19億円となるわけですが、24年度の我々の医療費はどのくらいかかるかといいますと、保険料を据え置いた場合、あくまでも試算ですが、39億円くらい足りなくなります。そうしますと、19億円を活用しても24年度において保険料を上げざるを得なくなります。

座長

そういった試算で恐らくということでご説明を頂きました。先程、委員のご説明の中でこういった一番わかりにくいご説明について、特に75歳以上の後期高齢者の方の保険料ですので、市町村単位で説明する機会を設けてほしいと言われるのは当然かと思えます。私どもがこれだけ事務局から細かいご説明を頂きながら、それでもわかりにくいところがございますので、現場で市町村の担当がというとなますます難しいのかもしれませんが、ご尽力頂ければ幸いかと私も思います。あとはございませんか。

委員意見

先程ご説明のありました、最終年度の医療費が13カ月分かかるというのはどうも分からない

のですが。

事務局説明

この制度が始まった 20 年 4 月というのは、逆に言いますと、4 月から翌年 2 月診療分までの 11 か月分の医療費だったわけです。3 月が年度の終わりとなりますので、通常ですと 2 月の医療費までを毎年払っていくわけですが、最初の年が 4 月から始まったということと終わりの年は 3 月まで医療費をお支払いしなければだめだということで、どうしても 13 カ月分かかってしまうわけです。

委員意見

それが分からない。3 月分の医療費というと、4 月に請求がくるわけですよ。4 月の請求というのは年度の違うお金となるのではないですか。

事務局説明

年度の違うお金ではあるのですが、後期高齢者医療制度の中で保険証を使った医療費ですからお支払いしなければならない。

委員意質問

新制度がどこから発足するのかということにかかるわけですよ。4 月からはあくまでも新制度がそれぞれ医療費を持つのではないですか。

事務局説明

どのようになるかは、国もまだ示していません。

委員質問

前の年度の 3 月分が 25 年 4 月に請求されて、それは前制度となります後期高齢者医療制度に請求されるから 13 カ月だとおっしゃっているのですよね。

事務局説明

そうです。

委員質問

交付金や保険料だって全て 13 カ月分となるのではないですか。1 カ月分の医療費全て払わなければならないのですか。

事務局説明

国の交付金も 13 カ月分となります。

委員意見

であればそれほど大きな負担にはならないのでは。

事務局説明

現在医療費が1月当たり約200億円かかっています。その1割が保険料負担分となりますので、約20億円となります。1月当たり医療費が約200億円お支払いして、国縣市町村から約180億円入ってきます。残りの約20億円は、この制度の中で保険料として支払わなければならないということです。

座長

よろしいでしょうか。この制度が存続している間である24年度でもう一度保険料率の改定があります。もし保険料を減額するチャンスがあるとしたら、そこでできますので、取り過ぎじゃないの、或いは保険料下げべきじゃないのという話はここまで。現在のところは見込みということで保険料を据置くことを通じて22・23年度の財政的な見込みに合わせたというかたちでのご提案ですが、これ以上なければご了解を頂きたいのですがよろしいでしょうか。

何か懇談事項（1）について一言でもございますか。

委員意見

これに関してはないです。

座長

よろしいでしょうか。この話は、この制度が存続している平成24年度までの間に、もう一度保険料率の改定が行われます。保険料を減額できるチャンスがもう一度ありますので、保険料を取りすぎじゃないの、だから保険料を下げるべきじゃないのという話はそこまでもっていくということで、現在のところは平成22・23年度の財政的な見込みに合わせたかたちで、保険料を据え置くということで、この議題に関して委員皆様からのご了解をいただきたいと思いますがいかがでございますか。

（委員の了承）

それでは、懇談事項1につきましては、保険料率を平成22・23年度について据え置くという事で広域連合議会で最終的に決定していただくということにしたいと思います。

懇談事項（2）「厚労大臣主宰の高齢者医療制度改革会議について」

座長

それでは、続きまして懇談事項2に入らせていただきます。

厚生労働大臣主宰の高齢者医療制度改革会議について、次の制度について検討が始まったようであります。これにつきましては、事務局からご説明をお願いいたします。

事務局員が説明を行う

座長

ただ今、事務局から厚生労働省の高齢者医療制度改革会議の1回目及び2回目の議論の概要について説明がございました。あとは、フリーディスカッションということであります。

国では、いろいろな議論がおそらくなされておりますし、平成 22 年度末にむけて改革会議の結果を取りまとめていくのかということで、おそらくこの懇談会の委員の皆様方にも一番関心があるのではないかなと思います。

委員の皆さまからご意見はございますでしょうか。

委員意見

最後に、負担の公平性からということでご説明がありました。資料に、高齢者と若人間の負担の公平をどのように考えるかと書いてあります。75 歳以上の高齢者の一人当たりの医療費は、75 歳未満の方の約 5 倍であるということですが、確かにそうなのかもしれませんが、年金をそんなにもらっていない方でも医療費がかかる方もいらっしゃるんですね。若い人達に申し訳ないなと感じている方もいらっしゃるわけです。この間、集会に行った時に出た話ですが、年をとってくると予期していない病気がどんどん出てくるわけです。どうしても、医者にはいかになくちゃいけないわけです。そうすると、若い人達に迷惑をかけているんだなという方がいらっちゃって、だからなかなか医者に行かないんですよ。

ですので、高齢者は医療費がかかりすぎると断定されてしまうと、高齢者の方々のなかには生きているのが申し訳ないと感じてしまうのではないのでしょうか。

座長

はい、ありがとうございます。委員の発言について、実は国際比較いたしますと、確かに日本は後期高齢者の医療費が諸外国と比べまして高いんです。一つは、入院日数が極めて長いという部分で、医療保険と介護保険の住み分けが十分に出来ていないということが挙げられます。医療保険のところで大部分面倒をみています。もう一つが、若年と高齢者という区分でいくとどのくらいの寄与率になっているのかということですが、終末期医療の考え方で、終末期に濃厚な医療が行われていますので、ここについてまだ国民的な合意ができておらずに、結局最後の看取りをどうするのかという議論が遅れていることが挙げられると思います。

実は、後期高齢者と若人の区分について違和感がありまして、果たして 74 歳までが若人ですかということもあるんですが、ただし 75 歳以上の後期高齢者だけ括りだしてしまうと様々な問題や論点がひそんでいるのではないかなと思います。

改革会議でも、今後いろいろと議論されていくと思いますが、さて新潟県で、そしてこの広域連合でどのような議論をなすべきか、ただ今のご発言につきまして何かご意見ございますでしょうか。

委員意見

私も、公平の観点からということで、高齢者と若人間の負担の公平をどのように考えるかということで議論されていますが、年をとれば医療費がかかるのは当然ですので、これを若人の 5 倍も医療費がかかるということを公平性という論点に含めていいものなんでしょうかね。

先ほど、終末期医療をどう考えるかということとか、介護保険と住み分けしなければならない部分で、介護保険料を取っておきながら医療の部分で面倒をみているということですので、高齢者と若人間の公平性という論点ではないですよ。

まずは、医療保険と介護保険の制度の住み分けを始めに考えていけばいいと思います。介護保

険を作りっぱなしで、医療保険との住み分けもできていないのにも関わらず、高齢者と若人の医療費と比べるということは、おかしな話なんじゃないでしょうか。

保険料が若い人よりも軽い負担になっていると書いてありますが、実際そんなことはないでしょう。持っている収入と医療費の自己負担の関係を比べれば、高齢者は若人に比べてかなりの負担を強いられているケースが沢山あるのではないのでしょうか。

この資料は、高齢者の負担をもっと上げたほうが良いという方向に操作するようにしか見えませんよね。とても意図的な感じを受けてしまいますので、実際の現状をくみ取った方がよいのではないかなと思います。

座長

はい、ありがとうございました。他にも、ご自由な発言をお願いいたします。

今ほど、地域保険と被用者保険の負担の問題と、保険料負担の部分と自己負担の部分との格差が設けられておまして、先ほど後期高齢者医療保険料は50万円対3千円という大変な格差がある制度でございますけれども、果たしてどんなもんだろうかという部分で、後期高齢世代の中でも相当大きな格差があるのではないかというお話でありました。他にいかがでございますでしょうか。

委員意見

先ほどのご発言にショックを受けております。高齢者の方に、生きているのが申し訳ないと思わせるような制度は、いったいなんなんだろうと感じておりました。

命の重みというのは、年齢によって変わるものではないと思います。それを、こうやって年齢によって保険を区別したために、ある意味では差別されているのではないかなと制度に矛盾を感じます。

やはり、保険料率とか、いろいろ問題があるのでしょうけれども、病気が個人の問題なのかというところで、勿論、個人の不摂生などの問題もありますが、人それぞれが持って生まれた体の状況からすれば、医療にかかる部分では個人差がありますし、高齢になれば病気がちになります。

座長からお話がありましたように、介護保険との制度間での問題もあるのでしょうかけれども、年齢によって区分したり、命の重さに値段をつけるような形になっているということがどうなのかなというふうに思います。

国は、出来上がってしまった後期高齢者医療制度をどうしようかということで、悩んでいるのでしょうかけれども、負担を出来る人は負担をする、負担が出来ない人には皆で支えてあげるという形でこそ保険というものは成り立つというふうに思います。

抽象的な言い方で申し訳ないですけれども、そういった論点で制度を見直してほしいと願っております。

委員意見

国の会議でまだどういった方向に進んでいくのか分かりませんが、年齢による区分けというのは誰が考えてもおかしな話だと思います。

若い人は、職種によっていくつか保険が分かれていますよね、それによって保険料がばらつきがあるという話ですね。職種や住んでいる市町村によって、保険料が違うけれども、医者にか

かれは自己負担は同じという矛盾は大変おかしな話だと思えます。

今の政権が、後期高齢者医療制度の枠組みを若干でも引き継いでいこうとしているのか、それとも全く新しい保険制度を生み出そうとしているのか、はたまた全体をまとめたような制度にするのか分かりませんが、是非とも全員が同じ保険制度に加入するような大きな舵取りをする時期にきている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。保険制度あるいは保険者の位置づけなりということで、新しい保険制度を一本化するのか、都道府県単位の地域保険にするのか、健保組合などの職域での保険制度をどうするのかといったところが大きなポイントになってくると思います。

日本の場合には、そういった保険制度の一本化というものが難しいのかもしれませんが、他にご意見ございませんでしょうか。

フランスですと、職域で様々な制度が存在しているなかで、どのような議論をされているのか、委員から一言いただけませんかでしょうか。

委員意見

あまり具体的な事は申し上げられませんが、イメージとしてはフランスの場合は、早いうちに近代国家が形成されて、全国一律の制度が徹底しているようなイメージがありますけれども、実はそうではなくて、社会のなかで非常に様々な団体が存在しています。結局は、革命の後まで温存される形で現在まで至っております。やはり、ある程度まとまった人のグループを、団体が責任をもって面倒をみるという仕組みが生きっていて、その政治の場には団体での単位で駆け引きが出てくるということがまだあります。

必ずしも、統一したから公平の観点から文句が出にくいというような形での事の運び方ではないように見えます。

座長

フランスでは、職域ですよ。ここが特徴的でございまして、日本の場合は職域を出発点としてスタートしたんですが、これが後にうまく機能しなくなりまして、地域保険の国保の方に大きなしわ寄せがかぶるような事態になり、高齢者を独立したような形で後期高齢者医療制度が出来上がったわけでありまして。

もし、フランスの制度をご覧になって、何か日本のこの状況に対して問題提起をしていただけるとすると、どのあたりだと考えられますか。おそらく、私は職域は駄目なんだよと思うんですけれども、このあたりをフランスではどのように議論してクリアしているのかということをお聞きしたいのですけれども。

委員意見

具体的にこうすればいいという事は申しあげられません。

座長

それでは、協会けんぽではどのようにお考えなのかお聞きしてよろしいでしょうか。

委員意見

今日で3回目の会議ということですが、私は初めて参加させていただきますが、協会けんぽは都道府県単位での保険料率ということで、9月から新潟県内は8.18%という保険料率で運営させていただいておりますけれども、新聞等でご存じかもしれないんですけれども、この春からですね保険料率が大幅に引き上げられる事になります。現在の8.18%から9.29%に引き上げられる見通しとなっています。ここに至るまで、様々なプロセスがありまして、いろいろな方々の意見を聞くんですけれども、やはり一番多かった意見というのが、医療保険というのは基本的にはニーズなんだと、やはり誰からでも必要とされる保険だということで、経済状況ですとか、インフルエンザ等の病気の流行といった外部要因になるべく左右されないような、一定の保険料率で健全な財政運営ができるような制度改革といったものを早急に国に対して働きかけるべきではないかなと思います。

座長

地域保険という観点から、委員からもご発言をお願いできますでしょうか。国保という立場で後期高齢者医療制度について、これからの医療制度改革をするうえで、もしご議論いただけるとすれば、どのような方向性になるのでしょうか。

委員意見

既に論点にも上がっておりますけれども、市町村国保という地域保険と後期高齢者医療制度というものは、医療制度改革と密接に関係しておりますので、運営主体といった具体的な部分も今後議論されていきますので、県単位での一本化という事も言われておりますので、高齢者の保険とどういった形ですり合わせていくのが焦点になってくると思います。

座長

都道府県単位の保険といった時に、運営主体というのが都道府県になるのか、協会けんぽになるのか、広域連合になるのか、それともまた別建てになるのかといったところで、今の議論の方向性というのは分かりませんが、もし行政主体の都道府県で保険者機能を引き受けろと言われたときに、委員にお聞きしたいのは、その方向性で議論が進められたら困るなということなのか、医療計画を既に立てているのだから引き受けるよと考えているのか、ここについてはどのようにお考えですか。

委員意見

まだ議論されている過程ですので、私達がお引き受けしますとか、しませんとか言えるような状況でもありませんし、いろいろな問題を考えますと、県がやる場合を考えますと医療供給態勢といった部分についてメリットがあるのではないかなと思いますし、一方で事業の運営的には保険料の徴収や各種申請などについては、かなり考えていかなければならないと思います。

座長

ご意見他にございますでしょうか。保険者機能の一本化というところを、どのレベルで考えるかといったところで、具体的に考え出すと厚生労働省の会議でも相当いろいろな意見が出てくる

のではないかなと思われま。

委員にお聞きしますが、健保組合で、都道府県単位での運営といった場合にはいかがなものでしょうか。

委員意見

大正時代に従業員が働けなくなっても困るしということで、自然発生的にできた健保組合なんですよ。その後法律がついてきて、国民皆保険制度ということで国保が出来上がった、その頃は農業就業人口が随分多かったからある程度運営できたわけですがけれども、だんだん国保の中の年齢構成が変わってきて老人が増えてきて、国保が壊れるということで老人保険制度が出来上がったわけです。それから、負担の公平性というような論点から、受益者負担という観点からも老人からも保険料を取ろうよということで後期高齢者医療制度が出来たわけです。高齢者負担率という部分で、若者が減っていくとこの高齢者負担率を上げていくということで、もう今では医療保険というのは、全体的にもたなくなっているわけです。

そういった部分で、健保組合から保険料の半分くらいを、前期高齢者と後期高齢者に支援金として負担をして、我々は赤字になってしまったわけです。このままでやっていくと、2、3年後には我々は潰れてしまいます。補助金をいただきながら動いているわけです。

ですので、健保連からの早急な主張としては、前期高齢者と後期高齢者となぜ区切ったのか、後期高齢者には国費が入っているのに、前期高齢者には国費が入っていないわけです。

実質的に、国保も負担しているんですけれども、医療費とのバランスといったものを見たときに、被用者保険が大半を賄っています。そろそろ、税金などの投入で高齢者の医療費を賄っていくということを考えていかないと、例えば市町村の福祉などで面倒を見ていくとかですね、今の保険制度を残していくのであれば、60歳とか、65歳とか分かりませんが、高齢者の部分に税をつぎ込む時代ではないかと思えます。

座長

一つだけ伺いたいのは、都道府県単位での統合となったときに健保組合にとってはいかがなんでしょうか。

委員意見

保険料徴収などの機械化できる部分は可能だと思いますけれども、一つ一つの集団に保険サービスを届けるといったところを考えると、保険が大きくなると末端まで行き届かなくなるという事になると思います。やはり、小集団でやっているからこそ、法律で決められた以上のサービスが行き届くようになっていると思います。国保でも市町村単位という事で運営しているからこそ、きめ細かなサービスが出来ると思います。

サービスと届けるなら小集団ということで、今のままが良いと思います。

座長

はい、ありがとうございます。なかなか難しい問題で、おそらく日本の社会保険制度をどういうふうを考えていくべきかと事で、いろいろ問題がございまして全国一本でということだと考えると様々な問題が出てくるし、今度は市町村なり、職域単位でやると確かにきめ細かなサービス

ができますが、公平なり公正な部分でバランスが崩れて格差が出てくるという問題があります。

それでは、中間の都道府県でという議論になってくるような気がいたしますし、旧自民党政権時代の大綱のあたりに出てきているんですけれども、日本ではそうすると地方分権といった流れがありますので、社会保険の保険者機能を地方主権ということで担えるのか、せっかくの広域連合という新しい自治組織から見て、どのようにお考えでしょうか。

事務局説明

なかなか申し上げにくいですが、一般的には外から広域連合に対するご意見といたしますか、見方はこの制度自体がスタート時からいろいろあったわけですので、その一端を広域連合が運営主体として責任の関係ですとか、そういった意味であまりうまくないのではないかなといった印象を持たれているわけですが、中にいる身としては広域連合という運営主体は、市町村と県からの一定の協力を得て形が出来てきたのではないかなと思います。そういうことから考えますと、今後の制度の見直しの部分の運営主体といった時に、今ある広域連合も一つの選択肢として考えていかなければならないのかなと考えます。

今、我々が苦慮しているのは、例えば市町村議会や県議会ですと、直接、議員さんと住民の方がつながっておりますので、きちっと住民の意思が反映できるのですが、広域連合にも議会はありますけれども、その部分がなかなか難しいのかなと感じます。

あとは職員のスキルといたしますか、今原則2年で派遣をお願いしておりますけれども、とつても2年では組織が回っていきませんので、そのあたりに苦慮しております。

今後検討されると思いますが、広域連合を使ってやっていくというのも現実的に考えると、一定の成果を上げているのではないかなと思います。私なりの考え方を述べさせていただきました。

座長

ありがとうございました。広域連合でやって良かったなとお感じになる部分はありますでしょうか。市町村の広域の連合体ということで、新しい自治組織の下で後期高齢者医療制度をやってみて、いろいろ問題があるという事はわかりましたが、ここが良かったという部分についてはいかがでしょうか。

事務局説明

市町村には経験できない視点といたしますか、新潟県下全域の医療制度の運営といったものを考えていかなければなりませんので、職員もそのように感じておりますし、これもうまく行けば様々な分野にも広域連合という組織が活用できる場所があるのではないかなと思います。

事務局説明

やはり、広域連合ということでやってみて、全国に約1,800団体の市町村があるわけですが、細かなところで格差や、やり方が異なっていたわけですが、47都道府県単位となつて、新潟県でも31市町村の高齢者の保険料が同じになって制度が定着してきたという部分で、ある程度成果があったのではないかなと感じます。

国保では、市町村間で保険料にかなりの格差が出ておりますので、県単位ということで財政的な部分について安定化が図れたのではないかなと感じます。

座長

ありがとうございます。今ほど、広域連合という立場からご発言をいただきましたが、広域連合としての2年間の後期高齢者医療の実際の出発段階からご苦労いただいたわけですが、様々なかたちで我々にご報告をいただいたわけですが、医療提供側ではどうだったんだろうなということでもよろしければ、今後どのように考えていけばいいのかという事を含めてご意見をお伺いしたいのですが。

委員意見

具体的な私案を持っておりませんので、大変恐縮なんですけれども、この制度で新潟県の後期高齢者医療を広域連合という組織で担っていただけたのは、今ご発言のあったように市町村ごとにばらばらだった保険料などについて、広域連合の皆さんと一緒に考えて来られたという部分は大変良かったと思います。またこういうふうな形で、私達を呼んでいただいていろいろ意見交換もできますので、相当な意見を聞き入れていただいたと感謝しておりますし、広域連合の皆さんに頑張ってもらったと思っておりますので、広域連合という組織は新潟県にとって貢献していただけたと感じております。

今後の保険制度の関係でどうかという部分では、私からは申し上げられません。

座長

他にご意見ございますでしょうか。

委員意見

先ほどからご意見にも出ておりますが、このままでは国民皆保険というものが厳しくなるという事になろうかと思えます。ある程度の税負担といいますか、困っている人に公費を投入していくような医療保険制度改革に期待します。

委員意見

サラリーマンと農業などの自営業者を一本の医療保険にした場合、それぞれの収入の捕捉方法が異なりますので、別な枠組みで考えていかないといけないですし、均等割や人头割でやられてしまいますと、報酬の少ない人の負担が大きくなってしまいます。

やはり、医療保険を一本化すれば、保険料格差がなくなるのではないかと単純に思われますが、箱が大きくなってしまいますと細かなサービスが行き届かなくなってしまいます。現物給付に関しては、みんなが同じサービスを受けていますので、この部分では公平なんです。負担する保険料はというと、保険集団によって違うし、所得によっても違う、同じ国保の中でもあれだけ格差がありますので、それはお互いに切磋琢磨しながら工夫を凝らしていくという部分で、これまで何十年もやってきたわけです。

今壊れかけているのは、老人医療の部分に公費をつぎ込まない、前期高齢者には全然つぎ込んでいないというのが問題だと思います。みんな国保にしまうと、事業所負担というものをどうやって負担してもらおうかという部分も考えていかなければなりません。いろいろ問題がありますので、最大で出来たとしても被用者保険と職域保険がそれぞれ一本になることは出来なくはないかなと思います。

座長

今ほどのご意見は、大変難しい問題で公平、公正といった部分を言いだすと、根っこの部分で世帯単位ないしは家族単位で設計されている部分と、個人単位に振り分けてかつ、地域もしくは会社単位で設計されている部分で、なかなか制度を一本化するというのは難しいことなのではないかなと感じます。

委員にお聞きしますが、地域単位で、そして個人単位で医療保険制度を運営していくということになりますと、国保がどういう形になるのか分かりませんが、後期高齢者との問題も出てくるだろうと思いますが、一番密接な立場としてどのようにお感じになられていますか。

委員意見

後期高齢者医療制度と市町村国保とでも、構造的な問題を抱えておりますので、少子高齢化が進んでいきまして、所得が低い方が増えていきます一方で、高齢になると医療費がかかるという事になりますので、そういった中で増えていくものに対して保険料を上げていかなければ運営できないわけですから、医療制度の広域化といった方向性が考えられると思います。市町村によっても格差があるわけですので、県単位にしたからといって恒常的な問題が解決できるのかと言えばそうではないわけです。

ですから、誰が、誰をどうやって支えていくのかということを考えて、高齢者と若人の公平性、あるいは各保険者間の調整、公費の投入などのバランスをどういうふうに決めていくかということで、都道府県単位にするのか、もう少し広めた地域保険にするのかといった問題で、どこまでの負担で、どこまでのサービスならば耐えられるかといった議論も含めたかたちで進めていかなければいけないかなと思います。

座長

ただ今の委員の発言のなかで、国保では収入の無い世帯も増えてきているという話もございませぬ。これは、財政的にそれぞれの市町村でも、このままではもたないと感じておられるでしょうし、後期高齢者の問題よりも大きかったのではないかなとも感じ取れました。

被保険者の立場としてのご意見を頂戴したいと思いますが、いかがでしょうか。

委員意見

いろいろ困難があるのでしょうけれども、医療保険制度は全国で一本化しなければならないと思います。いろいろとお話をお聞きしましたが、偏見かもしれませんが、いろいろな組織を持った方々からのご意見ですので、組織から一步踏み出して発想していただきたいなと感じました。

確かに、難しい問題も山ほどあると思いますが、公平、公正という部分が大前提だと思いますので、保険料も同じでなければならないと思いますし、サービスについても同じでなければならないと思います。時間がかかるかもしれませんが、大きな目標に掲げてやっていただきたいと思っています。

座長

ありがとうございました。イギリスの様に、税金で医療の面倒をみるような体制を作っている

国もございます。

日本でも、民主党は年金のほうは手をつけて一本化の所まで話が先に進んでおりますが、医療保険の方はなかなか手をつけられずにいるなという印象を持っております。

委員から何かご発言ありますでしょうか。

委員意見

できる事なら、制度を一本化して公平性を抽象的な形ではなくて、きちりと調査と議論していただいて、ある一定の方向を見つけ出してほしいと思います。

数字だけありきで、それに合わせるような議論というか、理屈づけをしているように見えるんです。老人は負担が少ないんだと決めつけるのではなくて、具体的に収入と負担の関係を調査いただいて、これなら大丈夫だというような道筋をつけていただいて、皆が納得するような制度にしていきたいと思います。

座長

ありがとうございました。最後に被保険者代表の委員からご発言をお願いいたします。

委員意見

長生きし過ぎたかなという感じがします。いつも整形外科医にかかると120円で終わるわけですよ、お薬をもらったりすると加算されますけれども、いつも負担が軽くて申し訳ないと感じます。時々、主人と長生きし過ぎたかねと言ってますけれども、やがて終末期になると医療費もかかるわけですので、国保の方や、社会保険の方に支援されて、後期高齢者医療はありがたいと感じています。

やはり、低所得の方もおられて、なかなか医者にも行けないということもありますので、そういった部分も皆さんで知恵を出して考えてほしいなと思っております。

座長

最後に、委員にお伺いしますが、厚生労働省の会議では公平、公正という論点から会議がなされておりますが、何をもちて医療保険制度の公平、公正を考えるべきかご意見を頂戴いただけますでしょうか。

委員意見

公平という議論の時に、恣意的な議論をするのではなくて、何をもちて公平というものさしで測るかという事が難しいと思います。大きな枠にすればするほど、金額の絶対値で公平だという方向に走って行きがちなのではないかなと感じます。

先ほど、サービス供給の部分でお話が出ていましたけれども、そういった部分での公平というものは、なかなか語りにくいので、公平が大きな枠で測りやすい指標にばかり捉われ過ぎていく危険性があるのではないかなというふうに感じました。

打開策が見えにくい状況ですので、行政に期待するといったような形になっていきがちですがけれども、大きな枠組みで制度をまとめようとするだけでは、うまく機能していかないのではないかなという感想を持ちました。

座長

最近学生に、社会保障や医療保険などについて話をしながら、今までの日本の議論は権利義務で法律を考える傾向が強すぎて、教育とか、雇用とか、社会保障などの領域については、責任や負担ということを基軸にして考えないと、うまく制度の設計なり、運営なりといったところで考えにくかったのではないかと思います。公平、公正といった場合も、権利義務のところでは誰がどのような負担で、どこまでを負担するか、あるいは行政なり、個人なり、地域なりがそれぞれの主体があって、日本は自治の在り方のところで労使のところがこけかけておりますけれども、地域のところが地方自治という形で、大学はその辺りで相当おかしくなっています。

それぞれが、社会的な機能としての責任を負担し合えるような仕組みに、特に医療は3者関係あるいは4者関係といったところで、非常に複雑なシステムでございまして、どのような形で支え合っていくかということを考えるのは研究分野では、おもしろいテーマですけれども、現場で働いている方々から見た時に、この責任とか負担とかいった部分をどうやってバランスをとっていくのかということが、それぞれのファクターといいますか、当事者に対して振り分けていくかという事を、これからもお知恵を発揮していただきたいと思っております。

長時間にわたりまして、委員の皆様から様々なご意見をいただき、ありがとうございました。

事務局説明

資料の説明のなかで、平成20年4月の段階なんですけれども、新潟県の所得係数が0.69ということによって全国34番目となります。

所得係数が、1を超えているところは10あります。東京都が1位で1.8ですし、一番下は秋田県の0.54となっています。

座長

懇談事項は以上であります。最後の次第(4)「その他」について事務局から何かありますか。

事務局説明

本日の会議で委員の皆様からいただいた、ご意見、ご要望については、前回の保険料改定時と同様に、事務局でまとめさせていただきまして、座長に内容をご確認いただいたあと、広域連合長に提出したいと考えておりますが、よろしいでしょうか。

(委員の了承)

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。

本日は、保険料改定最終案や新しい制度の国の動きなどにつきまして皆さま方からご意見ご要望をいただきましてありがとうございました。

なお、今年度は、本日の会議をもちまして最後とさせていただきたいと思っております。

委員の皆様には、この1年間お忙しい中、ご出席を賜り、ご審議をいただきましてありがとうございました。

また、来年度の懇談会の開催につきましては、2、3回程度の開催を予定しておりますのでよ

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わらせていただきます。

本日は、ありがとうございました。

—午後3時10分閉会—