

公開可

委員名消去の記録

平成22年度
第2回新潟県後期高齢者医療懇談会
会 議 録

平成23年1月20日(木)

自治会館本館3階広域連合会議室

【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 理 事	清水 清	
	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	業務課長	近松 智幸	(代理)
	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	部 長	渡辺 徹	
	健康保険組合連合会 新潟連合会	理 事	関 雅人	
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	
	総務課 総務係長	係 長	北村 秀実	
	業務課 保険料賦課係	係 長	朝日 健	
	業務課 医療給付係	係 長	齋藤 敬子	
	業務課 電算システム係	係 長	大羽賀 勤	
	総務課 総務係	主 任	丸山 真也	
	総務課 総務係	主 任	小田 和浩	
	総務課 総務係	主 事	吉本 孝之	

—午後 1 時 1 5 分開会—

1 開会

2 あいさつ

それでは一言ご挨拶をさせていただきます。本日は、お足元の悪いなか、そしてご多忙のなか懇談会にご出席いただきまして誠にありがとうございます。

年が改まって、初めての懇談会開催でございます。この場をお借りいたしまして、昨年中は大変お世話になりましたが、本年もよろしく願いいたします。

それから、今ほどご紹介ございましたけれども、委員にご就任いただきました協会けんぽの渡辺徹様におかれましては、ご多忙のなかお引き受けいただきまして誠にありがとうございました。どうぞよろしく願いいたします。

さて、本日の懇談事項でございますが、お手元の次第にもございますように、高齢者のための新たな医療制度等についてでございます。この制度の関係につきましては、皆様にご案内のとおりでございますが、高齢者医療制度改革会議におきまして、この制度を廃止した後の新たな制度の具体的な在り方について検討が行われてきたところでございます。

昨年の 8 月に新たな制度の骨格が、中間とりまとめとして公表されました。私どもの方でも、この公表を受けまして、9 月に懇談会を開催いたしまして、中間とりまとめの概要につきまして懇談をいたしまして、新しい制度に対する広域連合の考え方、あるいは関係団体による新制度への要望状況等につきましてご説明をさせていただいたところでございます。

その後、委員の皆様からご意見を賜りまして、厚生労働省へご意見を提出させていただいたところでございます。大変ありがとうございました。

今日の懇談会の関係は、昨年の 12 月 20 日開催の改革会議におきまして、新制度の最終とりまとめが行われました。当初のスケジュールですと、最終とりまとめ後に、国の方で昨年末までに、政府案を取りまとめて法案の成立に向けて準備に入るといようなスケジュールでしたが、現在も政府案が取りまとまっていないという状況でございます。

そんな中で、最終とりまとめについて報道等が出ておりまして、皆様もご存じかもしれませんが、例えば国保実務などの専門紙によりますと、関係者間で国保の運営主体になる合意ができていない現状では通常国会で法案が成立し、当初予定していた平成 25 年 3 月からの新制度施行は難しいのではないかということで、関連経費についての平成 23 年度の国の当初予算への計上を見送ったというようなことも聞いております。

そんな中で、お忙しいなか懇談いただくというのは大変心苦しい部分があるわけではございますが、この 2 月には厚生労働省の方から最終とりまとめについて、あるいは今後の対応についての会議がございまして、広域連合との意見交換会が予定されていると聞いております。

そんな事を念頭に置きながら、取り急ぎ本日は、最終とりまとめの概要につきまして、あるいは見込みでございますが、今後のスケジュールあるいは、関係団体の要望状況等についてご説明を申し上げて、今ほど申し上げた 2 月の意見交換会におきまして、皆様方のご意見を参考にしながら参加したいと考えておりますのでよろしく願いいたします。

事務局

それでは次第3懇談事項に入らせていただきます。
ここからの進行は、座長をお願いします。

3 懇談事項

懇談事項（1）高齢者のための新たな医療制度等について

座長

しばらくでございました。今ほど、事務局からお話ございましたが、昨年9月に中間とりまとめについてご議論いただきまして、本日は改革会議の最終的な報告書を受けて、この懇談会で意見を賜ったうえで、これがどうなるのかということについても不透明な部分もございます。

既に中間とりまとめで大体の枠組みについては、この懇談会で様々なご議論をいただき、意見書を厚生労働省にも提出いただいていると事務局から聞いております。

本日は、最終的なとりまとめについての懇談をいただいて、それがどういう形で政治的な意思決定のプロセスに反映されていくのかは分からないんですけども、一応ご意見をいただいた上で、局長のお話にもございましたように、厚生労働省と広域連合の調整の舞台も設定されているようですので、その辺りで反映させていただく事になるかと思えます。

それでは、本日は、高齢者のための新たな医療制度等についての懇談という事になります。
事務局から懇談事項（1）につきまして、ご説明をお願いします。

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、本日の懇談事項の最終とりまとめに関しまして、要約いただいた資料のご説明と、各種関係団体からの要望状況や議論の方向性についてとりまとめていただき、ご説明をいただきました。最終とりまとめにつきまして3つの論点に分けて整理をいただきました。これは、いつも私がやっていることで、ゼミなどでも学生にいろんなテーマで議論するときには、3つくらいの論点に整理をした上で、これを段階を踏んでステップアップで議論を詰めていくという方式を採っております。前回の懇談会もそのようなやり方で進行させていただいた次第でございまして、今回も新制度の最終とりまとめを1割くらいのボリュームにまとめていただきまして、資料をお作りいただきました。

最終とりまとめの資料につきましては、事前に郵送で皆様のお手元に配布されていたかと思えますので、それをお読みいただいた後、今ほどの事務局の説明を聞いていただいたわけですが、まず最初に最終とりまとめ、そして中間とりまとめから具体的な問題点あるいは、業務処理を念頭においたうえで、法案が成立した後、段階を経て7年かけて国保を全年齢を対象に都道府県単位化していくという様に書かれております。

昔は、突き抜け型というおりましたが形は違います。おそらく、連合さんや日経連さんがいるような突き抜け方式にはなっていないんです。少なくとも、国保に統合して、しかも都道府県単位にするというのが全体的なスキームのようでございます。

これらについて、事務局で作成いただいた3つの論点に合わせてご議論いただきたいのですけ

れども、その前に最終報告書も分かりにくい、資料も分かりにくいという中で、実務について一体どうなるのと不明確な部分があるわけですが、最初にご質問から頂戴したいと思います。最終取りまとめの内容や事務局からの説明についてご質問を伺いたいと思います。いかがでございますか。

よろしゅうございますか。それでは、ご質問がないということでご意見をいただきたいと思いますが、最初に論点の一つ目として制度全体の仕組みについてお願いします。この部分も2つに分けていただいております、年齢で加入する制度はなくなります。つまり、今までの独立型の後期高齢者医療制度で医療制度運営ということではなくて、広域連合も段階的に都道府県単位の国保を中心とする新しい制度に移行することになります。前回の中間とりまとめでもご議論いただいた枠組みでございます。2番目が、移行期間7年をかけて、この期間も延びるかもしれないという政治的な話もありますが、国保の全年齢を都道府県単位化するということです。

こういった部分の実現可能なのか、実務的にプロセスをめぐっていろいろな問題が想定されるわけですが、この部分についてご意見をいただきたいと思います。

おそらく一番影響を受けそうな職域の、特に健保連の財政的に試算もしておられるだろうと思いますけれども、これで一体どのような実務的な事が発生するのだろうという部分も含めましてご意見をいただければと思います。

委員意見

はい、それなりに健保連全体の話をしようかと思いましたが、論点を絞られましたので難しいのですが、健保連としましては、中間とりまとめから話が全然進展していないという部分がみえているものですから、財源問題から将来の社会保障、医療保険制度のビジョンといいますか、そういったものが全く見えてきません。この最終とりまとめを拝見したり、図解入りの資料を見せていただきましたが、全然国としての財政負担等の仕組みが盛られていないと、若干ですけれども現役並み所得者への公費投入が増えていますが、後はみんな被用者保険間の調整だけに議論が終始してしまっていることが一点。

それと、厚生労働大臣が示された6原則について、どうこう言いませんけれども、この6原則が相変わらずで、中身の軸の修正はできないんでしょうけれども、活字にされた報告書などでは綺麗にまとめられているということで皮肉って申し訳ないんですけども、そんなふうな感じを受けております。

従って、前回の懇談会でも申し上げましたけれども、現役世代の負担が医療保険だけではなくて厚生年金保険料にも派生してきますし、現在、健康保険組合も平成22年度、23年度と保険料率を2桁台に引き上げなければならないという健康保険組合がほとんどです。

そういった中で、それはなぜ引き上げるのかという部分ですと、大変言い方が悪いのですが、後期高齢者それから前期高齢者含めての財源の手立てになっているといったような事で、そういった観点からも負担がますます厳しくなっているという部分には何も触れられていないというふうな感じを受けています。

平成23年の半ば頃までに、政府与党の社会保障改革会議を経て、閣議決定されるそうですが、果たしてそれが出た段階で今の最終とりまとめがどの程度変更されるのか、逆に言いますと通常国会の前半では法案は出て来ないのではないだろうかというふうな事を聞いておりますので、公費負担を含めたビジョンが政府として打ち出してくれるのかどうか、そういった問題

を見据えなければ、先の議論はなかなか進行しないのではないだろうかといったような事で、非常に政治絡み的な考え方、見方になるかもしれませんが、そういった観点から見ざるを得ない状況です。

個々に最終とりまとめを見ますと、保健事業なんかも健康保険組合としては一生懸命出来る立場ですけれども、今の特定健診の健診率、それから保健指導は残念ながら国民健康保険の皆様からお聞きしても、一向に健診率、保健指導の実施率が上がらないというふうな事を聞いております。それでは、果たしてそういった反省を見ないままに、新たな平成 25 年度からの新制度に向けて、健診がやりやすいような体制を作っていただけるのだろうかと不安に感じます。そういった事が危惧されますし、被扶養者の方々の健診率がなかなか向上しないといった事も挙げられます。

この最終とりまとめを見ますと、そういった事が改善されるような文言として、今より改善されますというようなニュアンスですけれども、具体的な部分が本当に見えてくるのかという事が一点。

保険料の徴収は市町村が行います。本日の懇談会は、市町村の代表の方が出ておられません。今の段階では出席しなくてもいいのしょうけれども、果たして現実に保健事業は市町村、保険料徴収も市町村ということで、こういった中で健診率、保険料の徴収率のアップに向けた対応が可能なのかどうか、それと世帯主から保険料を徴収するという事になりますが、現在家庭内でも保険料徴収が後期高齢者と若者で分離していますので、こういった形で元に修復していくのかという具体的なものが聞きたいというのが現場サイドの本当の気持ちです。そういったものがないと、安心して新しい制度に移行できるんだといった姿が、被用者保険サイドや、高齢者、現役世代の方も含めて、全体で納得ができるような仕組み体制作りができるのか。全て都道府県が企画立案できる立場、市町村が実働部隊というような仕組みになっておりますけれども、結果的には現場は市町村ですので、市町村の国保の方々を考えれば、機能的なサービスが提供できるのかどうかといったものが、私からすると見えてきません。おそらく、事務局さんにお聞きしても分からない部分だと思いますけれども、その辺りの具体的な事情、取り扱い的なものが本来示されるべきなのかなというふうに感じております。

座長

ありがとうございます。委員としては、そういう方向でのご発言になるだろうなと思いましたが、出来ましたら焦点を絞ってご議論をいただきたいのですけれども、一応3つの論点に分けておまして、委員のご発言は論点の2、3番目にまで広がっております。

恐縮ですが、もう一度戻させていただきまして、現場レベルで後期高齢者医療制度を廃止するというのは民主党が衆議院選挙の公約に掲げておまして、政権についたらやはりやらなきゃいけないだろうという事で推し進めて来ましたが、参議院選挙で昨年敗北して、実際には民主党が考えるような公約を実行するプロセスが進められるかどうか、やはり医療だけではなくて、年金や介護保険なども先送りされています。他にもいろいろな課題が山積みのままという状況で、この医療の問題に限りましても、後期高齢者医療制度の部分だけといてもこれだけ不協和音が出てきて、これからいろいろな問題に波及していくような政治的なプロセスが展開するんだろうと思うんですけれども、また少し戻りまして、全体の仕組みで後期高齢者医療制度の廃止に伴って7年かけて、そして都道府県を中心とする国保の仕組みの中で統合したいという最終とりまと

めでございますが、委員からは健保組合の立場でご議論をいただきました。同じ括りになっておりますが、資料の6ページに被用者保険関係4団体とまとめられておりますが、おそらく温度差があるんだろうなと思っております。

新任で恐縮ですが、協会けんぽの委員から保険者として、そして被用者保険の立場からこの最終とりまとめについて、とりわけ協会けんぽからのお立場でどのようにお感じになっているのかご意見をいただきたいと思っております。

委員意見

私どもの本部からの試算では、資料1ページに新制度では200万人の後期高齢者が、被用者保険へ加入すると言われておりますが、そのうち120万人が協会けんぽに加入するだろうと予測されております。さらに120万人のうち30万人が被保険者になるだろうと予測しています。

そうすると保険料をとれる方が4分の1で、残りの4分の3の被扶養者からは保険料を徴収する事ができないわけです。4分の1の方からしか保険料を徴収することができません。

そういう中で、運営を行っていくということですから公費負担をもっともっと入れていただかないと、いくら総報酬割にしても、資料4ページにもありますが、協会けんぽは2,100億円減るよと試算されていますけれども、確かにこの分は減るかもしれません。でも現実に医療費の部分では、年齢が高くなるほど一人当たり医療費が高くなるという統計が出ておりますので、新潟県内の医療費分析等を見ていただければ如実に表れていると思っております。新潟県においては、他県よりも一人当たりの総医療費が少ないということで、私どもの新潟支部においては全国平均よりも低い料率であります。

最終とりまとめでは、最終的に国保は全年齢で都道府県単位で財政運営を行うということですが、各市町村の運営協議会に参加させていただいておりますけれども、市町村によって相当の保険料格差がありまして、地域によっては高い保険料を払っていらっしゃると思います。それが、新制度の第一段階から徐々に調整されるのでしようけれども、全体的な第二段階で県内の国保の医療費をどう支払うのかということになります。要するに、公費と保険料で賄うということになります。医療費の予測に基づいた保険料率の算定になりますので、今お住まいの市町村の国保の保険料率にどれくらいの開きがあるのか、そういった資料が今ありませんが、そういった格差があるという事は皆さんご存じだと思います。

国保の保険料では、一般会計から拠出して運用しているところもあると思うんですね。それについても、市町村によって差異がありますので、財政規模によっても違ってきています。そういった部分を解消するには、第二段階で国保が都道府県で一本化されるという部分では大変良い事だと思います。新潟県内であれば同じ保険料率で皆さんが保険料を納めるという形になるわけですので公平性が保てると思っております。

座長

ありがとうございました。やはり、論点の1から2、3の方向に議論されて行かざるを得なくなってきましたが、その前に今のところ後期高齢者医療制度の廃止に伴って、新しい制度に移行するスキームあるいは、政治的な移行のプロセスについて、果たしてこれでうまく新制度へソフトランディングできるのかということに絞ってご議論いただきたいと思っておりますが、そこで一番おそらく大変なご負担が発生するだろうということで反対されている全国知事会のご意見を

代弁していただくというのは恐縮ですけれども、都道府県の立場としてどのようにお考えなのか、全体的なスキームについてご意見をいただきたいと思います。

委員意見

新潟県というよりは、全国知事会としての考え方になりますが、簡単にご説明させていただきたいと思います。

新しい制度では、後期高齢者医療制度を廃止して、国保、被用者保険へ移行させるという形になっております。そうなりますと、現行制度と前期高齢者への財政調整の仕組みも大筋変わらないという状況で、わざわざ制度を替えて、システム修正に莫大な費用をかけて取り組む必要性がどこにあるんだろうかという部分がまず一点ございます。看板を付け替えるだけじゃないかという意見があります。

もう一つは、そもそも高齢者医療制度の今後の在り方を検討する改革会議の中で、大きく言われている第二段階の国保の全年齢での財政運営ということで、大きく踏み込んでいるわけですが、議論はこれで十分なのかという部分ですね、構造的な問題を解消する仕組みが示されていないということです。第二段階の姿が全く示されていませんし、恒久的に維持していくための財源問題の解決策が示されていないじゃないかと、そうした中で受け手だけは都道府県ということだけ先行しているという状況で、それでは受けられないよというのが全国知事会の立場でございます。

全体のスキームについての問題で、全国知事会が問題視しているのはそういった部分です。

座長

プラスして、新潟県において実務的なお立場で、この7年間の移行期間ということを前提とした場合に、何が一番大きな課題として検討すべきだとお考えですか。

委員意見

第二段階ですね。第一段階は、極論を言えば運営主体が変わるだけですので、まあいろいろ他にも問題が出てくると思いますが、それよりも第二段階へ移行するステップですね。それは、先程もご意見ありましたが、各市町村ごとに保険料率の格差もありますし、保健事業等の取り組み方、保険料の収納率などいろいろな格差がありますので、これを一つの方向にまとめていくということについては、各市町村の利害が非常に絡むものですから、一本化するということについては非常に困難だろうと考えております。

座長

ありがとうございました。保険者サイドのご意見を三者からお聞きいたしました。

それで、被保険者の方には、なかなかご理解いただけない部分もおありだと思いますので、診療サイドから先にご意見をいただきたいと思います。

診療サイドは、失礼な言い方ですが、お金さえいただければいいというような事で、後期高齢者医療制度が廃止されて、都道府県単位で国保の統合を含めまして、医療保険制度といたしますか、医療の供給態勢を含めまして、新しい制度に移行するという部分についてはいかがでしょうか。

委員意見

皆さんのお話を聞いていて、負担の問題をお話されていましたが、制度に関して確かに一本化していくというところで行くと、それぞれに負担が増えていくのではないかと気がします。医療側からすれば、病気が重症化しないうちに受診をされて、軽症のうちに安い医療費を使って対応するというのが基本だと思うんですが、結果としては医療機関へのかかりにくさといったところに響いてくるのではないかなと一番危惧しているんですけども、まず保険料の明確化というところでは、それぞれのところに負担が増えるというように受け止められるのではないかなと思うんですが、次の段階で県に統合するという場合の事を考えると、今新潟県の医療は全国で一番低いということですが、その中にある市町村格差というのはかなり大きいものがあると思います。都市部と山間地を比べると、保険料の徴収率でも大きな差があると思いますし、医療機関へのかかりやすさも違いますので当然医療費の供給態勢も違いますので、そこにおける負担というのは違いますよね。保険料というのは、市町村によって医療の供給態勢とも兼ね合った形でもって国保料が決まってくるのではないかなと思います。

そうなったときに、市町村によっては一般会計から拠出していたりしていることも踏まえれば、きめ細やかな形で、市町村国保の運営が行われているのではないかなと思います。

確かにシステムとしては、国保は、市町村がやっても、国がやっても、国保の運営をするに当たってはそんなに違いは出ないのではないかなと思うんですが、それが都道府県で均一化された場合に、多くの市町村の方々の負担が増えてくると思うんですね。そうすると、保険料は上がるのに医療の供給態勢は変わらないということで、実際の不公平感が大きく表れてくるのではないかなと思います。国自身は、県という形でもって均一を図るということですが、均一には良い面と悪い面がすごく出てきて、実際に我々が患者として医療機関にかかる立場、保険料を支払う立場からすれば、制度に対する矛盾が表れてくるのではないかなという気がします。

だからこそ、これだけ全国知事会のところで強く反対されているのではないかなと思いますし、それに合わせて医療機関へのかかりにくさというものが、患者さん特に高齢者の方々は、後期高齢者という形で分けられて、実際にはそれが解消して皆さん同じような形で受診できるのかと思ったら、それでも後期高齢者の医療をこれだけ問題にされていて、長生きするのは悪いのかと皆さんおっしゃってましたけれども、そういうふうな状況が全然解消されていない議論の中で、制度だけを変えていこうというふうに個人的に感じています。

座長

ありがとうございました。それでは、診療サイドで本日は代理出席ということですが、保険医代表の委員からご意見をお聞きしたいと思います。

委員意見

ご報告という形でしかありませんが、中間とりまとめが出された後に日本医師会で、国民の安心を約束する医療保険制度というテーマで、意見書を提出しております。

その中で日本医師会が考えます医療保険制度の基本的理念として挙げている項目が3つございます。

まず一つが、すべての国民が同じ医療を受けられる制度。二つ目に、全ての国民が支払い能力に応じて公平な負担をする制度。三つ目に、将来にわたって持続可能な制度。この三点を基本理

念として掲げています。

今回の医療制度一本化と申しますか、中間とりまとめが出された時にも、この場で意見させていただきまされたけれども、低所得者の方あるいは、高齢者の方の保険料の負担軽減に配慮すると、また患者負担の引き上げは受診抑制につながる事になりますので、現役世代の負担割合も含めて、引き下げていくべきと繰り返しになりますがご報告させていただきます。

座長

ありがとうございました。ここで、やはり被保険者の方の、保険者及び診療サイドの委員のご意見をお聞きしたうえで、どのようにご意見をお持ちかというところで、被保険者代表の委員いかがでしょうか。

委員意見

はい、仕組みについてですね。前にもお話申し上げましたけれども、小さな単位で運営するのではなくて、できるだけ大きな単位で医療保険制度を運営していただきたいと思います。

と申しますのは、透析患者が全国で約23万人おりますが、県内では7,000人くらいおります。かなり膨大な医療費が、年間約500万円程度かかります。現在は、自立支援医療の更生医療ということで、いわゆる特定の3疾病に入れていただいているわけでございまして、負担を軽減していただいております。また新潟県に県単医療費助成事業がありまして所得制限はありますが、そういうことで個人負担を軽減していただいております。

そんなことは無いと思いますが、特定疾病から外された場合に個人負担が膨大なものになってきますので、個人だけでなく市町村も大きな負担を強いられることになると思います。そうすると、昔話ですが小さな市町村に2、3人の透析患者がいるだけで国保がパンクするんじゃないかと心配されていたわけですが、万が一にもそんなことはないと思いますが、出来るだけ大きな母体で運営していくことが必要なのではないかなと思います。

県単位ではなくて、全国単位で運営できないのかなと感じるんですけども、組織が大きくなりすぎると非効率になったり、競争性が無くなって悪い部分が出てくるというようなことも勉強させていただきましたので、まあ可能な限り大きな母体で運営していただきたいと思います。

座長

ありがとうございました。それでは、委員いかがでしょうか。

委員意見

私も前回から参加させていただいておりますが、各被用者委員の方々のお話をお聞きしまして、被用者保険から拠出される支援金が膨大で、しかもバラつきがあると、その辺りがお話の焦点になっていると思うんですけども、私からは前回もお話いたしました、私も被用者保険にずっと加入して、負担してきたわけですが、これが75歳になって年齢で区分されてしまって、私の家庭が実際そうですが、私が後期高齢者で、家内が国保で分断されてしまって、負担が増えたように感じます。

できるだけ大きな母体で運営していただいて、公平な負担ができるようにしていただければなと、抽象的で申し訳ないんですけども、高齢者は公平な負担をできるように願っていると思っ

ております。

座長

ありがとうございます。論点の一つ目に絞ってという事をお願いしましたが、ご発言を伺う限りは簡単に一つに絞れないといえますか、論点の2つ、3つ目もやはり全体的なスキームで、後期高齢者医療制度だけではなく、国保や、職域による保険者機能の部分であったり、財政的な負担の割合であったり、若年層と高齢層の間での負担割合であったり、それが給付にどのような形で、高齢者世代だけではなくて、診療の問題あるいは、診療報酬の問題までおそらく響く医療全体をどのように考えるかという後ろ盾があつてのご議論だという事で簡単には絞れないなと思ひながら拝聴いたしました。

そのうえで、時間の関係もございますので、論点の2と3をまとめて、こちらに論点をシフトしていきたいと思っております。

2つ目の保険者機能のお話と、3つ目の財政調整の仕組みについてのお話であります。

先ほどの全体のスキームのお話をいただくと、やはりこちらの方へご議論の焦点が移っていく事が、ある意味当然なんだろうなと思ひつつ、ご意見を拝聴いたしました。

それで後期高齢者医療制度そのもの自体が独立型で、しかも年齢区分ということでそれまでの被用者保険や地域保険とは別建ての保険制度とは言い難い医療の受給調整システムを年齢区分で作り上げたというが、出発点として大きな反発を受けたわけでありまして、民主党が後期高齢者医療制度を廃止して、新たな制度として県単位の地域保険を作るとしていますが、委員のご意見ではほとんど変わらないじゃないかと、廃止するという建前だけであつて、少なくとも問題点は引き続き残った形で、こういった問題をどうやって、どの段階で処理するのかも分からないままに、スキームを見せられたって簡単には都道府県でお受けできないよとご意見をいただきました。

本質的な問題がいろいろあるかとは思いますが、論点の2、3を含めまして、地域と職域の2本建てで日本は来ていたわけですが、これがおそらく都道府県単位で国保は統合される、職域も都道府県単位で再編されるという議論も出てきております。おそらく職域保険から地域保険へ移行すると、その間の財政的な調整のシステムと、こうした職域の形で負担が増加するようなシステムで高齢者を国保のところで運営するという議論になっているわけです。

その辺りのところで、ご意見をいただいた後で、他の委員の方々からご意見をいただきたいと考えておりますがいかがでしょうか。

委員意見

今、先生が整理されたように地域と、職域の2本建てが日本の医療制度の特徴なんだと思ひます。フランスですと、職域が基本で、出来る限り公的機関はそこにタッチしないというのが望ましいという事でやってきたわけですが、それではなかなか維持できないという事で、1990年代から変わってきております。ですが、年齢で区分するということではなくて、元々の職域が支えていくというのが基本になっています。

日本の場合に、どういう傾向を見せているかという事は、私もあまり理解できておりませんので、そういう点について皆さんに教えていただければなと思ひます。

座長

ありがとうございました。フランスやヨーロッパでは、大陸諸国では突き抜け型といいますか、労働組合や連合が、日本経団連もそうだったかと思いますが、つまり職域の方々がこれを主張しながら結果的に、自民党が政権の時代に医療制度改革大綱のあたりで押し切られてしまったという、これも問題なんですけれども、ヨーロッパのように労働組合が組織的な形で企業から独立して保険者機能を担うような形で、そういうようなバックグラウンドが日本に無いというところが基本的に違いがあるのではないかなと思います。

今、委員からのお話をお聞きしながら、フランスで高齢者の医療をめぐる問題で、独立型で現役世代が高齢期の医療受給についても負うんだよという部分について何か問題はないんでしょうか。こういった世代間の負担と給付をめぐるトラブルというのは聞いてないですか。

委員意見

やはり、フランスでも少子高齢化が進んでおりますので、その関係で1950年代には10人の現役が1人を支えていたものが、1990年代に入りまして2人が1人を支えているという状況になっています。やはり、財政的にももの凄く厳しくなっているという状況です。

そうした中で、新しい税金を創設するなどして対応してきております。そういった形ですね。

座長

ありがとうございました。労使連帯論でやってこられたフランスでもやはり社会連帯という形で、税を投入するような方向へ進んでいるということも私も聞いております。

それでは、日本ではどうなんだろうという部分で、今度の案というのは独立型ではなくて、部分的な突き抜け型といっても、戻ってくる人達は保険料を払ってくれない人達じゃないのというお話をされてましたけれども、職域保険と地域保険のこのバランスというのは、この案だと崩れて職域の部分というのは今後も負担が増加して行って、事実上やはり国保に対して財政的な移転というものを組合員が負うような形になるのではないかなと思いますが、この辺りにつきましてお考えがございましたらお願いします。

委員意見

私見といいますか、健保連の新潟連合会の部会の中でも具体的な話はした事はありませんけれども、健康保険制度に関わってきた人間としましては、日本の健康保険制度は昭和2年施行ということで非常に歴史があるといったなかで、戦争もあり、高度成長もあり、そういったなかで国が関与しなくても自然増収で保険料のなかで制度運営がまかなわれてきたわけです。それで、高齢化が進展して老人保健制度が今の後期高齢者医療制度の前身ということになります。

老人医療費が増えてきた、さてどうしようといった中で欧米諸国については、歴史的な経過が分かりませんが、もはや経済成長の右肩上がりもなだらかな傾斜、あるいは平行線で、右肩上がりには望めないという中で財政調整をどうするんだという事になっていると思います。

一方では、年金も含めた公費負担も問題になっています。ですから、人口構成のバランスが欧米と比べて早まって崩れてきたのか専門的なことは分かりませんが、そういったアンバランスを国の税収の中で解決しようと右往左往してきたのではないだろうかと思います。

平均寿命も延びてきている中で、やはり老人保健制度だけではもたなくなっている。それでは被用者保険のほうで賄わざるを得ないのではないかという議論になっていると思います。

消費税で賄うような合意形成も国で出来ておりませんから、政治的なプランが見えていないので、どうしてもお金のあるところに手を差し伸べざるを得ない、将来的にはどちらが主になるのか分かりませんが、昔の考え方からすれば被用者保険の団体が少なく、国保が多かったと思いますけれども、経緯からすると被用者保険の財源で今までやってきたわけですので、しかも被用者保険のなかには、もちろん高齢の被扶養者という方もいらっしゃいますけれども、主として若い方々の活力で、勤労のなかで保険料収入という部分で、国の健康増進という観点からすれば、こういった形の稼ぎに応じた負担がなくてはいけないんだという事で、健保連の話になるわけではないですが、私個人も含めて職域保険はずっと残していかなければならないと思います。

座長

都道府県単位という部分ではどうですか。それと、世帯単位と個人単位という部分をうまく調整しないとうまくいかないと思いますが、そうしないと財政的な部分で負担だけつけ回しになるのではないのというところで、健保連のお考えをお聞きしたいのですが。

委員意見

そういった議論はやっておりません。ただ、保険者機能という事を発揮するというのであれば、経費がかかるかもしれませんが職域の源泉徴収方式といったようなものの取り入れが必要なのではないかなと思います。源泉徴収方式の方が、財源の確保などの面において、公平性も含めて可能であればその方が良いと思います。

座長

税と社会保障の統合的な番号管理による徴収制度をきちんといれなければ、保険と給付のバランスがきちんとした形で管理できないのではないかというご意見だと思います。

委員意見

今ほどお話にもありましたように、私どもは最初の健康保険法という法律でございまして、昭和34年でしょうか、すべての市町村が国保の運営をされて皆保険となりました。その皆保険となる前までは、職域保険が中心だったわけです。それしかなかったわけです。

その間で、医療の受診と負担に差異があるという事で、政府の方針で皆保険の設立があったという経緯があります。その中で、職域として健保連は自分達の職域で健康保険を運営されていると、私ども協会けんぽは自分達で運営できない小さな会社が集まって運営をしているという事でございます。

資料4ページの参考として、総報酬割導入による支援金の負担額の変化という表がありますが、私ども協会けんぽは、加入者3,370万人で総報酬割が5,300億でございます。ところが健保連さんは、2,850万人で6,100億円の保険料収入でございます。ですので、私どものほうが保険料率が高い割にお金としては集まっていないということで、負担の不公平というのは職域のなかでもあるわけでございます。

医療費の負担という部分で、最初は月額だけの保険料負担でしたが、今では賞与など取れると

ころから取っていくということで運営をさせていただいております。なおかつ、保険料率も平成20年は8.2%でございました。これが平成22年は、9.34%とこれだけ料率が上がっております。それが無いと運営できないという状況です。

それぞれの方々が、私どもの保険の会社にお勤めであれば、被保険者とする、被扶養者とするということについては、後期高齢者医療制度ができる前の流れに戻るということですので、そういった部分では私どもには大きな変化は無いと、ただ負担が若干変わるというところだけですね。

先日、新潟市の国保運営協議会の中でおっしゃられたのが、標準報酬121万円というのが上限です。この方が年間に支払う保険料が、90万円になるだろうといわれています。でも、現在の後期高齢者の保険料では、当然この額に達していないというのが現状ですよ。この方が、私どもの保険に加入する場合には、相当な保険料負担が発生するという可能性は残っております。同じ様に、共済さんも、健康保険組合さんも同じことだと思います。そういう形の中での負担ということになります。個人負担という形では、相当高額になってくると思います。

座長

ありがとうございました。被用者保険の方々から、今回の後期高齢者医療制度の廃止と、それが都道府県単位の国保の再編、さらにそれを被用者保険も都道府県単位の地域保険化するという流れが見えるのではないのか。その辺りについてどのようにお考えになるかという部分についてお聞きしたかったのですが、必ずしも議論が噛み合わなかったかもしれません。

一番大きな問題は、保険者機能という部分でみるならば、これは国保の都道府県単位の再編、統合によって地域保険として大きな役割と責任を負う事になると思います。前期高齢者、後期高齢者の増加に伴う医療費の増大の歪みの部分を引き受けざるを得なくなっていく都道府県、あるいは現在の移行期間における市町村との調整の役割を含めて、いろいろ面倒な課題をお引き受けいただくざるを得ないだろうというご意見なんです。委員は保険者機能の話と、財政調整の仕組みの話で、この部分を都道府県としてどのようにお考えでしょうか。

委員意見

保険者機能の部分に関しては、一番大事なのは医療費適正化だと考えております。要は、健康増進ですね。医療費がいかにかからないようにするかを考えていく事になるかと思います。

そうした業務というものが、どのレベルのところが一番良いんだろうという事で市町村にお話を聞きますと、やはり住民に直結した市町村がそういった部分をやるべきだろうといった意見や、現に一定の成果を上げている市町村もありますので、そうした所は広域化によって埋没してしまうのではないかと危惧される意見も出ています。

そういった医療費適正化の取り組みを広域化して平準化した時に、全体のレベルアップした形にしようということで、健康づくりだけではなくて、保険料の収納率対策もそうですし、全体的にコーディネートしていくという事が保険者機能として問われているところかなと考えています。

財政調整の仕組みですが、これまでいろいろな歴史があったにしても、国民皆保険を維持してきたわけですので、高齢者の保険に関しては税収がどうあれ、世代間で支えていくというのが後期高齢者医療制度の中にも引き継がれておりますので、基本はやはり全体で支えていかないと少子高齢化社会の中では皆保険を維持していく事ができないと思います。そうした時のも

う一つの視点として、世代間の負担という部分で、構造的な問題を抱えていて、なかなか保険料を上げられないというのが国保と被用者保険の実情です。縦の世代の負担の問題も考えながら、支え合いの仕組みづくりをやっていかないと結局うまく回らないのかなという気がしております。さらにもっと議論がいるのではないのかなというのが今回の最終とりまとめへの感想です。

座長

ありがとうございました。委員から医療費適正化ということで、医療計画も含めて都道府県で取り組んでおられる部分と、保険料の徴収なり、あるいは格差の問題なり市町村レベルでそれぞれご尽力ご努力をいただいている部分と、これを含めた形で議論しないと国保への後期高齢者医療制度の統合だけでは問題が解決しないだろうというご議論をいただきながら、私どもも考えなければいけないなと感じました。

実は、実態が一番分からないという部分がございます。市町村レベルでいいますと国保の保険料格差は5倍くらいといわれておまして、後期高齢者医療制度になって格差が2倍くらいにまで縮小したというのが、元に戻ってしまうのではないかという議論もございまして、今度の市町村国保から都道府県単位への統合に際して、5年ないしは、7年かけての移行に伴ってどういう問題が現実想定されるのかという事につきまして、おそらく都道府県でもお調べになられているかと思いますが、広域連合事務局がおそらくご存じなんじゃないかなと思いつつ、市町村レベルの保険料格差なり、収納率の問題なりというのはどうなるのかという部分についてご紹介いただければありがたいのですが。

新潟県内の市町村において運営している国保に、後期高齢者が統合された時にどのような問題が発生するのかという事と、保険者機能の話と含めていろいろご検討されているんじゃないかなと思いますが、その部分について少しお話をいただきたいと思っております。

事務局意見

第一段階という部分については、年齢による区分というのは無くなりますが、高齢者の部分の財政運営は都道府県単位ですので、県主体というところで見れば変わらない事になります。保険料についても、さほど変わらないのではないのかなと、ただし市町村国保においては、県内でもかなり保険料の格差というものが現実にございます。ただ、そこに高齢者の方が戻るという事になっても国保の保険料ではなくて、あくまでも高齢者部分は県単位で一本という事になりますから、後期高齢者の保険料とさほど変わらないのかなと、当然医療費が年々自然増で増えてきておりますし、そういった部分がありますから保険料も上がっていくのでしようけれども、急激に上がるということはないのかなと考えております。

座長

第二段階に移ってもそうなるんでしょうか。都道府県で保険料率を決めても、市町村でやはりデコボコが残るのではないのかなと、その辺りの調整をどのようになさるのかという想定をされておりましたらお教えいただきたいのですが。

委員意見

デコボコが残る形になるのか、そうでないのかという所も分からない訳ですので、ただ一つの

標準保険料率を都道府県で定めても、保険料が大幅に増加する市町村が必ず出てきます。しかも、人口的に見れば保険料が増える方々が多いということは、私見ですが想像できます。

事務局意見

ただ、改革会議で各委員の意見の大勢というのは、これからの将来の人口構造を考えた場合に、小規模な市町村国保の財政運営ができなくなるだろうという観点から都道府県単位ということではほぼ一致しております。

ただ、財政運営をどこがするのかという部分については、別問題かもしれませんが、それぞれ地域によって、医療の提供体制が違うよという事もございますけれども、そういった事においては保険料を県単位で一本にするのか、あるいは医療の提供体制が充実したところと、そうでないところ、いわゆる都市と町村で地域的な保険料を創設するかというのは、委員がおっしゃられたようにまだはっきり決まっていないという状況です。

委員意見

お聞きすると確かに保険料のところかどうかという問題が出てくるかと思いますが、問題は公費をどこまでつぎ込むのかということなんですよね。それは皆さんもずっと意見しておりますし、当然いろいろな格差があるなかで公平な負担をという事で、住民に負担を求めるのか、国としての公費をつぎ込むのかという事をきちんと決めない限りは、新潟県もこれだけのアンバランスな中で負担が増える方もいらっしゃいますし、まして財政運営も困難になってくるという事なんだと思いますけれども。

そういった肝心の部分が決まっていないから、この最終答申はいかなものなのだろうというふうに感じました。

座長

ありがとうございます。いろいろとご議論をいただきたいのですが、時間の関係もございまして、しかもこの議論をしたところで、立法でどのような形で反映されるかというプロセスもよく見えないし、さらに新制度にソフトランディングさせる技術的なプロセスがきちんと行われるかどうか分からない中にご議論をいただいているわけでございまして、取りまとめという事も不可能かと思っております。

これだけのご議論があるということ、現在の状況の中で政治的なプロセスも今後の税財政改革で消費税を上げるのとか、国の財源の不足をどのように補っていくのとか、それに絡んで年金も医療も介護も社会保障制度全体のなかで、どのような形で将来に持続可能性のある制度に作り変えていくかという非常に難しい問題を後ろに抱えてやっていかなければと思います。

これらを含めまして、これからの政治的なプロセス、あるいは後期高齢者医療制度も今後2年は続くわけでございまして、今後とも様々なご議論をいただきながら考えていかなければと思っております。

長時間にわたりましてご議論いただきありがとうございます。2月に予定されているという厚労省との会議の場に、こんな議論もあったよというご紹介をいただければと思います。

それでは、次第のその他ということで、平成21年度新潟県後期高齢者の医療費について簡単にご紹介お願いいたします。

4 その他

(1) 平成 21 年度新潟県後期高齢者医療疾病分類統計表について（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。従前から、この懇談会でなぜ新潟県の医療費が全国で一番低いのか、それはいったいどうしてなのかということで、医療費適正化がうまくいっているのか、あるいは何らかの受診率の抑制が働くような仕組みがあるのだろうか、それともそれぞれの保険者の自助努力の成果なのかといろいろな議論がございましたけれども、先ほど事務局からもお話がありましたように、これから専門家の分析に委ねるということでございまして、楽しみにしておりますのでよろしくお願いいたします。

それでは、長時間にわたりまして、委員の皆様から様々なご意見、熱心なご議論をいただき、大変ありがとうございました。それでは、最後事務局のほうからお願いいたします。

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。

本日は、高齢者のための新たな医療制度等の最終とりまとめについて、委員の皆様からご意見などをいただきまして。ありがとうございました。

本日いただきましたご意見などにつきましては、これから国の法案作成などありますけれども、それらの動きを見ながら、当広域連合の考え方も整理いたしまして、2月の厚労省との会議等の中でしっかりと伝えていきたいと考えております。よろしくお願いいたします。

なお、本日の懇談会をもちまして、今年度は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、これまで、お忙しい中ご出席を賜り、また熱心なご審議をいただきましてありがとうございました。

それでは、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、誠にありがとうございました。

—午後 3 時 0 0 分閉会—