

第6回 京都府後期高齢者医療協議会 会議録

(日 時) 平成22年10月28日(木)午後3時～午後4時30分

(場 所) 京都府国民健康保険団体連合会 5階第1会議室

(出席者) 京都府後期高齢者医療協議会委員(50音順)

安達委員、今中委員、緒方委員、片田委員、川嶋委員、小林委員、
中川委員、堀井委員、山口委員

(欠席：宇野委員、増山委員、山田委員)

京都府後期高齢者医療広域連合事務局

久嶋広域連合長、山田副広域連合長、和田事務局次長、
山本総務課担当課長、金久業務課長、ほか事務局員

1 開会

久嶋広域連合長挨拶

2 議事

(1) 後期高齢者医療制度の実施状況について(資料1～13ページ)

京都府後期高齢者医療広域連合における、平成21年度の後期高齢者医療制度の実施状況について、事務局から説明。

【質 疑】

(委 員)

10ページの決算収支は黒字となっており、22年度以降の保険料の上昇抑制に充当するとのことだが、全国の状況はどうなっているのか。

(事務局)

手元に資料がないので詳細はお答えしかねるが、本広域連合と同じく、全国的にも概ね黒字の状況だ。また、22年度以降の保険料の上昇抑制に活用されている。

(委員)

保険料収入や被保険者数の市町村別数値は掲載されているが、医療給付費についても、市町村別数値を教えてください。

というのは、私が委員として出席している中央社会保険医療協議会でも議論されているところだが、20年度と22年度の診療報酬改定では病院中心の改定だったが、大病院、基幹病院中心の配分になった。そのような中、中規模以下の市町村の公的病院、公的性格のある民間病院が閉鎖・縮小されていくことはこれ以上放置できない。次回は介護保険との同時改定になるが、地方の基幹的病院が都市部の病院と同じ基準で医師・看護師の配置数、点数付けを決められることには限界があると考えている。地方の基幹的病院には何らかの別建て評価が必要だ。

病院がその周辺に住む人達にとってどういう役割を担っているのかという視点で考えると、例えば、ある地方の病院がなくなれば、その患者は1時間かけて隣の病院に通わなければならない。このことは、京都市内の病院が一つなくなるのとは意味が違う。今の診療報酬の評価は、どちらの病院も同じ診療報酬だ。それではだめだ。

府下でいえば、伊根町が最も後期高齢者数が少ない。また、医療給付費も少なく安い保険料で済んでいた。だから保険料の引上げも段階を踏んでいる。しかし、伊根町の被保険者が他市町村よりも健康であるかと言えばそうではないはずで、受診の機会に制限があり、ある意味受診を我慢されている。そういうところの医療機関がこれ以上少なくなることはあってはならず、国民皆保険制度の崩壊につながる、と考えている。そういう視点からも考えたいので、前述の資料があればありがたい。

(事務局)

医療給付費の市町村別数値は、後日委員にお配りさせていただく。

(委員)

保険料収納率は大変良い。国保も90%を切っており、経済状況も芳しくなく、現役の収納率が大変落ち込んでいる中、後期高齢者だけなぜこんなに高いのか不思議だ。

現在のところ高齢者の納付意識が高いのだろうが、今後、収納率の低い現役が高齢者になっていくにつれ納付意識を維持できるか、また、保険料の軽減措置がなくなると、これだけの収納率を維持できるかという点と難しいのではないかと。

(事務局)

納付意識については、これまでの社会情勢の変化の中で、高齢者が納付意識を高められてきたといえる。ただ、将来にわたって、それが持続するかという点と確かに不透明だ。

収納対策については、市町村の事務になっており、収納率の向上に向けて各市町村において努力されている。また、収納率が低いとそれが保険料の上昇に跳ね返ってくる制度になっており、納付意識・収納率の維持・向上に向けて、市町村と連携を密に取り組んでいきたい。

(委員)

5ページの健康診査の受診状況をみると、受診率が低いことにびっくりしている。私は、病気の早期発見・早期治療が大切だと思っており、必ず受診しなければならないものと思って受診しているが。

受診者が少なかったら費用がかからないから、積極的に取り組んでいないということなのか、それとも、他に低い受診率に原因があるのか教えてほしい。

(事務局)

広域連合としては、受診率が低いことを決して喜んでいるわけではなく、疾病の早期発見のためにも、受診率を上げていく必要がある。

低い受診率の原因の分析は難しいが、受診率の高い市町村の取組を他市町村に紹介して、受診率の向上に努めたい。

なお、高い受診率の市町村の取組としては、受診券をダイレクトメールで送付する、医療機関でのポスター掲示、広報誌等による広報、健康推進委員といった地域の役員による周知・啓発といったものがある。また、市町村によっては自己負担を無料にしているところもある。

(委員)

健康診査の受診率の母数は、全被保険者か。

(事務局)

そうである。

(委員)

高齢者は、現役に比べて医療機関にかかっている確率が高いことは事実で、受診理由の多くが生活習慣病であることも事実だ。そうすると健診項目にある

ものは普段の受診の中で把握されているのだから、わざわざ健康診査で確認する必要もない、と考えられていることかも知れない。

しかし、そうだとすると舞鶴市の高い受診率はなぜなんだろうと思う。舞鶴市は全国でも有数の医療機関数だ。また、舞鶴市の人が普段健康で病院にかかっていないかというところでもないだろう。

そうすると事務局が言うように、受診率の差は、行政の働きかけの差なのだろうと思う。

(委員)

京都府では、高齢者が住み慣れた地域で健やかに暮らせるよう、「地域包括ケア」を推し進めていこうと考えており、医療と介護を連携して進めないといけない。高齢者の健康診査の受診率は、地域の高齢者が健康であるかの一つの指標になる重要なものだ。低いところは積極的に行政が関与して高めていくことが必要だ。また、介護保険の生活機能評価と連携させていくことが次のステップになる。

市町村においては、介護は介護、医療は医療で別々に取り組むのではなく、健康診査と介護保険の予防の取組とリンクさせ、地域包括ケアの中で高齢者を予防の段階で支えていく、また医療・介護が必要になれば速やかに地域の中で対応していくといった仕組みをそろそろ作っていかないといけない。この場では言うことではないかもしれないが、そういった視点においても、広域連合からも市町村に積極的にメッセージを送っていただくようお願いしたい。

(委員)

決算収支の黒字額約44億円は、翌年度の保険料率に反映させたとの説明だが、例えば、保険料抑制に充当するのではなく、準備金といった形で一定額を蓄えておくといった仕組みにはできないのか。支援金を出している側からすると、相当な赤字財政の中で支援金を捻出しているのに、一方、支援金を受ける後期高齢者医療では黒字を出して保険料を安くするというのは、制度自体に矛盾を感じる。

(事務局)

保険料算定にあたっては、前回(22年2月)の医療協議会でも説明させていただいたが、剰余金を翌年度の保険料抑制に充てるとさせていただいている。また、黒字だから支援金が増減するものではないので御理解いただきたい。

なお、医療給付費の推計で収支に誤差が生じることはあるが、例えば、22・23年度で剰余金が生じた場合は、24年度の保険料上昇抑制に活用させてい

ただくこととしている。

(委員)

剰余金の処分については明確にし、しっかりと整理しておいてもらいたい。

(2) 後期高齢者医療制度をめぐる動きについて(資料14～17ページ)

国における新しい後期高齢者医療制度の創設に向けた動きについて、事務局から説明。

【意見等】

(委員)

もう少し突っ込んだ議論がされるべきである。

例えば、17ページに、「高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回らないよう抑制する」、「被扶養者は負担がなくなる」、「世帯当たりの負担が軽減する」とある。同じ被保険者数で、同じだけ医療費がかかって、これだけ負担が減るのだったら、この減った分を誰が負担するのか、ということの説明がない。

この中間とりまとめだと、健保連がすべて負担するのではないのか。

(事務局)

委員の御指摘のとおり、負担の軽減分は若年者層が負担するとなっている。10月25日の高齢者医療制度改革会議で財政試算が示されたが、そこでは、現制度を継続した場合よりも若年層の負担は増えるとされている。

(委員)

後期高齢者医療制度ができたときに、「年齢で区切ることはけしからん」といった劣悪と言える報道があった。しかし、年齢で区切ることはそれまでの長い議論があった。高齢化が急速に進み、日本の人口比率が大きく変わって若年層も減り、また、高齢者自身の収入も減り、当然保険料収入が減る。とはいえ、医療費は減るわけでもない。少子化が進み、4人の若者で1人の高齢者を支えていたのが、1人の若者が1人の高齢者を支えないといけなくなる。その中で、国民の医療をどうしていくか、ということが議論の中心だったはずだ。

「年齢で区切る」如何の議論は、あってはならない議論だ。むしろ、区切った方が国民にとって目に見えてわかりやすい。

何が悪かったのかと言えば、運用の仕組みだと思う。制度設計として、自己負担を除く9割の医療費を誰がどれだけ負担するか、の問題だ。簡単に言うと、国の負担が全医療給付費の約3割というのは少なすぎる。

中間とりまとめでの、医療費が増えると保険料が増えるという言い方は、国の負担割合は変えない、という前提がある。

これからの他に例を見ない少子高齢化が進む社会の中で、お手本がないから日本独自の社会保障をどうしていくかの考え方が必要なのに、未だに小泉政権下の社会保障費の伸びを削っていくという考え方に近いものが残っていて、国家支出を増やさないという前提があるからこんな案しか出てこない。

民主党政権になった時に、医師の6割以上が民主党に投票したと報道された。それは正しいと思う。医師は、競争原理的な社会ではなく、社会がしっかり高齢者を支えるようお金の使い方を変えましょうという民主党の主張に共鳴したのだ。しかし、1年経って出てきたのは、自民政権時代に自民党自身がパフォーマンスとして蹴飛ばした舛添私案そのもので、国の支出は増やさないという財務省の言い分が残っている。

加入する保険は、75歳で区切らないものの、現役世代が支援金という形での負担は残るとなっているが、その支援金の割合も、加入者割だったものが総報酬割になると、昨年あたりからこっそり言われ始めてきた。協会けんぽを救うためだが、その分健保組合が負担を被ることになる。協会けんぽも赤字だが、健保組合も7~8割の組合が赤字で、総額5000億程になる。

総医療費の伸びを巡って財務省との厳しい折衝があって、支援金の割合を加入者割でなく総報酬割に変えることになったのだろう。

協会けんぽでは、保険料率が10%を超えたら年度赤字は国が補填しなければならない。いよいよ超えてしまうから国の支出を増やさないために、支援金の計算方法を変えるということだ。

最終決着は、支援金の総額の1/3が総報酬割になったが、前述の協会けんぽの赤字を国が補填しなければならない保険料率が10%から12%に引き上げられた。こういうことがこっそり行われ、次は、支援金をすべて総報酬割で計算するという案が出された。

日本の医療制度は、加入する組合によって負担する保険料率が異なる。すべての組合で同率にすべきなのか、保険者ごとに業績によって差があるべきものなのか、支援金の計算方法をどうするかは、一丁目一番地の保険者統合の議論があってからはじめて成り立つ議論である。健保組合からみれば、あまりに一方的な案だ。民主党の支持母体に連合があり、連合の中には健保組合も協会けんぽも入っているから、健保組合としては難しい立場にある。その弱みを握られた格好だ。

議論の順番としておかしい。財務省に完全に寄り切られたのだろう。

(委員)

先般、中間とりまとめ案に関する地方公聴会にも出席させていただいた。まだ、どこがどれだけ負担するかは厚生労働省において議論の最中でなんともいえないが、約1500組合ある健保連全体では、21年度決算で5200億円を超える赤字、22年度予算でも約6000億円の赤字を計上している。

その中、過重な納付金・支援金の負担により、財政が大幅に悪化したことは事実だ。国に要望しているのはさらなる公費の投入で、現在、国と折衝しているところだ。

21年度で約1500組合の80%が赤字。そのような状況の中、保険料収入に占める納付金・支援金の割合が約50%、多いところで70%となっており、とんでもない状況だ。医療給付費を含む義務的経費だけで赤字になるのは当然だ。

健保連には、これまでの積立てが約4兆数千億もあるという人もいるが、すぐに消えてなくなってしまう。じきに財政が破たんして、解散に踏み切らざるを得ない組合も出てくる。

(委員)

事実として皆さんに御理解いただきたいこととして、なぜ、協会けんぽが負担の軽減をお願いするかというと、保険料率の差だ。協会けんぽは9.34%だが、一方、健保組合の平均保険料は約7.6%、被保険者負担分だけで見ると一番低いもので3%台の組合もある。この保険料率でも、報酬が高いから同じだけの財源を確保できるからだ。協会けんぽと健保組合を同格に見るのはおかしい。確かに、健保組合の8割は赤字だが、まだ保険料率を上げる余地がある。改善の余地がある懐の深さがある。そういうことも含めて議論しないと、支援金について全員が納得できる結論は得られない難しい問題だと思う。

(委員)

こういった国民皆保険を支えるための財政議論があるべきなのだ。片一方の言い分が結論として進められるのは正しいとは思わない。

老人保健法のときからも国の負担は減っている。また、65歳から74歳までの旧退職者医療制度にあたるどころの現役世代の負担は増えている。これらは後期高齢者医療制度導入に合わせてこっそり行われた。小泉政権下では、国民がどれだけ理解して支持したかは知らないが、社会保障費を削っていく、あとは自己責任だという政策だった。民主党政権では、そうして作られた後期高

齢者医療制度を見直すからには、また、民主党が政権交代したときに主張した社会保障費を充実させるといったことをやるのなら、小泉政権下の延長線上にある国の負担を抑えたままで、数字の組み合わせを変えても何にもならない。

(事務局)

10月25日の国の改革会議では、将来の保険料の見込み、財源等の試算が資料として出されている。会議の中では、それに対する意見が出ていると思われるし、今後、議論がされていけよう。また、少子化の進行、医療費の伸びからすると、この仕組みを維持するのが不可能というのはある程度予測ができる。新たな財源も含めて検討されていくと思う。

本会でいただいた意見については、機会を利用して国に伝えさせていただく。

(委員)

後期高齢者という表現は、制度発足時にはいろいろ言われたが、もう慣れて気にしなくなっている。年金収入だけといった低所得の人はその分保険料率も低くなっているし、高額療養費制度も利用している。

現在の若者を取り巻く環境は、昔と違って生活状況も変わっており、就労もしにくくなっている中で、若年層の保険料が上がっていくというのはとても負担になるのではないかと。国のほうで、そういうことも含めて施策を考えてもらいたい。

また、自分が自分だけの保険証を持つということは、世帯主から借りる手間が省けて、高齢者にとって使い勝手がよくありがたいものだ。保険証については今のままが良いと思う。

(委員)

府では、国保の広域化について、府県レベルで国に対して知事会を通じて財政基盤の強化をテーマに話をしているところである。

本会の議論は、府県レベルの議論にない論点もある。他の広域連合にも同じように「意見を聞く場」が設けられているのなら、こういったところの全体のとりまとめとして、力を合わせて、また、府県レベルからも財政基盤強化といった視点から、議論していく、国に対してしっかりものを言っていく、ということが大切だ。

(委員)

20年度から40歳以上の特定健診・保健指導が始まっているが、その市町村ごとの受診率の高低は、後期高齢者医療制度での健康診査と似通っている。

また、京都府の特定健診の受診率は全国的にみて低い方で、医療保険者協議会でも受診率向上に向けて取り組んでいかないといけないと議論し、市町村における健康診査の取組方の違い等の評価について検討をしているところだ。

（委員）

後期高齢者医療の今後の制度の在り方については、今後、国において議論されることで、本会でどうこうするというものではないが、このまま流されていくままになるのではなく、事務局では、本会の意見をとりまとめていただいて、新制度の発展につなげられるように努めていただきたい。

（委員）

重要な意見・指摘、また長時間にわたる御議論をどうもありがとうございました。事務局においては、委員からの意見を、内部での制度運営に生かしていただき、また、国に上げるべきところは上げていただくよう、願います。

3 閉会