

## 第6回 後期高齢者医療運営懇談会議事概要

日 時 平成23年11月4日 午後1時55分～午後3時47分

場 所 栃木県自治会館 第302会議室

### 出席者

- ・斎藤 馨 委員                      ・渡部 金吾 委員                      ・佐藤 六夫 委員
  - ・小池 百合子 委員                      ・前原 操 委員                      ・渡辺 建太郎委員
  - ・廣澤 敬行 委員                      ・栗田 昭治 委員                      ・丸木 一成 会長
  - ・永井 茂明 委員                      以上10名
- (欠席 ・瓦井 昭二 委員 ・君島 一郎 委員 ・田野辺 操 委員 )

### 事務局

- ・須田事務局長・桐原事務局次長・高野総務課長・鈴木管理課長
- ・浦木資格給付課長 他8名

### 議 事

#### 1 開会

#### 2 あいさつ

##### ○事務局長あいさつ

会長がまだ決まっていないので代わって、挨拶申し上げます。

今日はお忙しい中、ご出席いただきましてありがとうございます。

この運営懇談会は、広域連合が実施いたします重要事項につきまして、委員の皆様から意見を頂戴するという目的で設置されております。

今回、お集まりいただきました皆様には、再任あるいは新任として、委員の就任をお願いしたところ、快くお引き受けいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、今年の今頃は、後期高齢者医療制度の廃止という話題で持ちきりでしたが、皮肉なことに、昨年末にこれを検討しておりました改革会議からの報告がまとまったとたん、マスコミからの報道が少なくなり、今ではその陰りは全くといっていいほど無くなっております。

最近の医療制度に関する動きといたしましては、7月に社会保障と税の一体改革成案が閣議報告されたところですが、改革会議からの報告につきましては、これに飲み込まれてしまっている感じがおり、今後は、この成案に伴う国の検討の動きを注視して情報収集に努めて参りたいと考えています。

今日は、これまでの事業の実績、或いは現在作業を進めております平成24年、25年度の保険料率について説明させていただきまして、委員の皆様からご意見を頂戴し、今後の運営に活かして行きたいと考えております。

もちろん、本日の説明に無いことでも、普段から考えておられますことを発言していただけて結構ですので、よろしくお願いいたします。

#### ○委員の紹介

### 3 会長の選出

○丸木一成委員を、委員の互選により会長に選出

#### ○会長あいさつ

前回に引き続きまして会長に選任いただきました。どうぞよろしくお願いいたします。

今回は、委員の改選ということで、初めて委員になられた方もいらっしゃいますが、今回の懇談会は、大変重要な議題が上げられております。短い時間ではございますが、皆様からの忌憚のないご意見を承って行きたいと思っておりますのでご協力のほどよろしくお願いいたします。

なお、懇談会の会議録は要点筆記といたしますので、予めその内容をみなさんに確認していただき、発言者の氏名を伏せた上で、後日、広域連合のホームページに記載するというのでよろしいでしょうか。

#### ○委員了解

それでは、これから議事に入らせていただきます。

### 4 議 題

#### <会長>

議題について、事務局から説明願いたい。

委員の皆様からの意見については、事務局の説明後にお願いしたい。

#### (1) 後期高齢者医療制度の運営について

- ・管理課長より「高齢者医療制度の歩み及び後期高齢者医療制度施行後の状況」について説明
- ・総務課長より「新たな高齢者医療制度及び東日本大震災への対応」について説明
- ・資格給付課長より「事業の実施状況」について説明

#### <会長>

ただ今の説明について、意見、質問をいただきたい。

<委員>

保険料の決め方について、例えば、東京都の場合、均等割額37,800円、所得割率7.18%、一人当たり平均保険料額88,439円だが、青森県は、均等割額40,514円、所得割率7.41%、一人当たり平均保険料額39,939円である。

一人当たり平均保険料額が均等割額を下回るということは、保険料を軽減される方が多いという意味か。

<会長>

事務局から説明願いたい。

<事務局>

保険料は、被保険者全員に賦課する均等割額と、所得に応じて賦課される所得割率で構成されており、これを合計したものです。

栃木県と東京都の例を見ると、均等割額37,800円、所得割率7.18%と同じであるが、所得に応じて所得割率が掛けられるので、一人当たり平均保険料額には栃木県と東京都で差が出ることとなります。

また、記載の一人当たり平均保険料額は、軽減措置後の保険料額であるため、均等割額を上回ったり下回ったりすることが有り得ます。

<委員>

語弊があるかもしれないが、一人当たり平均保険料額が均等割額を下回るということは、所得水準の低い県であると言えるのか。被保険者の所得に限っての話ではあるが。

<事務局>

全国より下回ると解釈していただいて結構だと思います。

<会長>

関連する質問だが、東京都の場合は一人当たり平均保険料額が88,439円であり、栃木県は48,886円である。均等割額は同じなので、栃木県は東京都に比べ軽減者が多いと理解して良いか。

<事務局>

そのとおりです。

<会長>

他に意見等はあるか。

<委員>

都道府県別の被保険者一人当たり医療費を見ると、非常に少ない県と、北海道や福岡県など多い県がある。これは、皆で納めている保険料の使い方において不公平ではないかと思う。医療費が嵩む県は、それ相応の保険料を徴収するような工夫ができないものか。

また、東日本に比べ、西日本で医療費が嵩む傾向にあるが、これは食生活なのか、或いは何に起因するものなのか、お教え願いたい。

<事務局>

保険料は、全国均一ではなく、医療費の実績をベースに次の年度の推計等により各都道府県の広域連合がそれぞれ定めるものです。

保険料で賄わなければならない費用の内、99%を医療費が占めていることから、医療費に応じた保険料を徴収する仕組みとなっています。

<会長>

医療費が高い都道府県は、保険料も高いと理解して良いか。

<事務局>

そのとおりです。

<会長>

ということは、医療費が高いから減らせということではなく、高いところは、それ相応の高い保険料を払っていると。

<委員>

保険料率は、全国でだいたい決まっているものではないのか。

<会長>

国民健康保険の場合、保険料率は、均等割額や所得割額等の複雑な積み重ねで決定されるものであり、市町村毎に結構「差」があるようだ。

<委員>

新潟県の一人当たり医療費は、北海道の3分の2程度でしかないが、保険料も3分の2程度低いのか。無駄や不公平が存在するのではないかと思うのだが。

<会長>

保険料率算定の仕組みについて、もう少し説明していただきたい。

<事務局>

保険料率は、2年に1度見直すこととされており、費用と収入に応じて算定されます。

まず、総費用の内99%は医療費で、この他、葬祭費、基金への積み立て金などがあります。

これに対し、収入は約5割が公費で、その内訳は国、県、市町からの負担金です。更に4割が若年世代からの支援金で、残りの1割を保険料で賄うこととなります。

したがって、今後2ヶ年の医療費の見込額次第で、保険料率が決まると言えます。

また、保険料率算定に用いる医療費は、あくまで2カ年間の見込み額であり、実績額とは異なることから、実績として示してある医療費の高い順位と、保険料率の高い順位が必ずしも一致するものではありません。

<事務局>

補足しますと、保険料の考え方は、「社会保険でありますので、医療費が高ければ保険料も高い」と、これが大原則となります。

<委員>

全国健康保険協会は、平成18年度の医療保険制度改革で平成20年10月にスタートしたが、医療費の使われ方に応じて、所得調整と年齢調整をしている。47都道府県で全て違った保険料率が適用されており、栃木県は全国平均よりも0.03%低い状況である。

保険料率は、最高と最低との差が10分の2となるよう、激変緩和措置を施した上で定められているが、一番低いのは長野県、一番高いのは佐賀県及び北海道となっている。

<委員>

岩手県と北海道では一人当たり医療費に1.5倍の差がある。と言うことは、軽減後の保険料にも1.5倍の差があるのかという疑問がわいてくる。

<委員>

我々、医療者の立場から言えば、低コストで高度な医療が行われることが一番望ましいことではあるのだが、北海道のように寒い地域では、高齢者は入院して冬を過ごすことが多い。

また、日光市も一人当たり医療費が県内で2番目に高いが、病院が多いからということではなく、ここには医者が少ないため、高齢者は入院せざるを得ない。

したがって、北海道も同様であると思うが、過疎地においては、患者は入院せざるを得ないため、その結果一人当たり医療費が嵩むということで、ある程度説明がつくのではないかと思うが、いかがか。

<委員>

おおよそ理解した。

<委員>

栃木県は、医療費も低い、保険料率も低いということで、比較的恵まれていると言える。

問題は、栃木県内の市町間で一人当たり医療費に差があるということである。各市町でそれぞれの原因はあるのだろうが、特に一人当たり医療費が高い市町の被保険者に対して、この様な実態を知らしめることも必要ではないかと感じる。

<会長>

なかなか建設的な意見であるが、事務局としてはどう考えるか。

<事務局>

県内の市町別一人当たり医療費について、被保険者に説明することは、難しい面があると思っています。一方、広域連合議会において、議員である県内各首長には同じ資料を用いて説明しており、一人当たり医療費の高い市町の首長には意識していただいていると思うところです。委員の皆様からも何か良い考えがあればご教示願いたい。

<委員>

後期高齢者医療制度について、最近では、被保険者の理解も高まりつつあると感じている。

老人会や、福祉施設に来る高齢者の話を聞くと、広報誌やパンフレットを読まれる方が多くなってきているようだ。特に独居老人、一人住まいのご婦人の方、俳句・和歌をやられている方等は、積極的にパンフレット等を読んで後期高齢者医療制度に対しての理解を高めているようである。

一方で、「75歳を過ぎると別の保険証になるので、この保険証は使えません」などと病院で説明を受けている患者が未だに見受けられることから、100%理解されているとは思わない。この制度が廃止されると聞いて一時喜んだが、先行きは不透明な状況である。

そこで、この新たな高齢者医療制度を検討した高齢者医療制度改革会議に対し、本県としてはどの様な意見・要望を出しているのか伺いたい。

<会長>

事務局より説明願いたい。

<事務局>

各都道府県の広域連合が個別に要望するのではなく、各広域連合の意見・要望を取りまとめた上で、全国の広域連合協議会として要望しています。

主な内容は、現行制度が平成20年度に施行され、その2年後には既に高齢者医療制度改革会議において、現行制度廃止の方向で検討が進められたことを踏まえ、「これまでに要した費用を決して無駄にすること無く、なおかつ現行制度以上の良い制度を作ること。」でした。

<会長>

他に意見等はあるか。

<委員>

先ほどの、県内市町別の一人当たり医療費の状況を、パンフレット等に掲載し広く周知することは、市町間の医療費格差を考える上で非常に効果的であると思う。

<委員>

被保険者の死亡時に一律5万円が支給される葬祭費についてだが、高所得者に対しても一律に支給する必要があるのか疑問である。年間支給額も相当なものあり、医療費の財源不足を議論している中で、これは無駄ではないか、この分を別な経費に回せるのではないかと考える。将来のために見直してはどうか。

<会長>

葬祭費の支給は制度的に決まっているのか。それとも都道府県の広域連合で配分を決められるのか。

<事務局>

葬祭費は、「高齢者の医療の確保に関する法律」により支給することが定められており（ただし、特別の理由があるときは、その全部又は一部を支給しないことができます。）、都道府県広域連合毎に条例で規定しているものです。栃木県の場合は、従前より、県内各市町の国民健康保険において、5万円が支給されていた経緯があり、後期高齢者医療制度施行に際しこれを継承したものです。

参考までに申し上げますと、今年度においては47都道府県の内28都道府県が5万円の支給であり、残り19府県については、それ以外の額です。

<会長>

運営懇談会の意見として、「葬祭費支給については検討すべき」ということでまとめさせていただく。

また、県内市町別の一人当たり医療費の状況については、県民に知らせるという点では悪くないが、数字だけが一人歩きしてしまうと、間違った解釈をされかねない。医療費の問題については、先ほどの説明にもあったが、日光市や上三川町などの地域的な問題や、その他様々な要素が絡んでくるので、それらに留意した上で周知すべきと思うがどうか。

<委員>

栃木県の一人当たり医療費は、全国で38位と低いですが、脳卒中の死亡率は、男性では全国で一番高い。

医療費がただ単に低ければ良いということではないと思う。

ある程度低い医療費で、質の高い医療が行われることが理想なのだが、地域特有の問題も有り、うまくいかないところがあるのだと思う。

一人当たり医療費が高い宇都宮市、壬生町、足利市は医師の数が多いが、日光市は医師の数が少ない地域である。こういった様々な要素があるので、「医療費が高いから悪い」と一概には言えないと思う。

<会長>

確かに、脳卒中等をいかにして予防し、医療費の削減に繋げて行くかといった要素も考えられる。周知に当たっては、どの様な要素を付加するかという問題もあるが、知らせないということには繋がらないと思う。

なお、これは事実（実績の数字）なので、隠す必要もないと思うが、どう解釈すべきかは、きちんと説明した上で周知したら良いと思う。

この件については、懸案事項ということでまとめさせていただきたい。

他に意見等はあるか。

<委員>

例えば、足利市の一人当たり医療費が831,722円と記載されているが、これは足利市民にかかった医療費か、それとも、足利市の医療機関にかかった患者の医療費か。

<事務局>

足利市在住の後期高齢者（被保険者）の一人当たり医療費である。

<会長>

個人的にお聞きしたいのだが、高額医療費のレセプト1件の最高額が上がってきており、療養の給付全体に占める割合も高いのだが、どの様な場合、高額医療費に該当するのか。

<事務局>

レセプト1件で80万円を超えるような、高額な医療費が発生した場合に該当となります。例えば、心疾患関係で手術して、長期間の入院を要した方などです。

<委員>

高額医療は、主に急性心筋梗塞でバイパスを作るとか、白血病或いは癌に対するもので、これらの疾患は医療費が高くなる。

医療費増加の原因は、医学の進歩が一番大きいと言われているが、昔だったら

助からない人が助かるようになったわけで、高度な技術に高い医療費がかかることはやむを得ないと思う。また、そのための保険制度であると理解している。

#### <事務局>

参考までに例示すると、平成23年6月のレセプト1件の最高額は、847万円でした。

この方の場合疾病名は、大動脈弁狭窄症で、月に3回手術をしているが、これにかかった費用が165万円。入院日数が30日で、その費用が約100万円。その他、薬剤、輸血、機械弁に係る費用が450万円などでした。

当然一個人が簡単に払いきれぬ金額ではなく、そのために高額療養費制度があり、患者本人にとっては、「安い保険料で、高額な費用を賄うことができた」と言えます。

#### <委員>

もうひとつ問題になるのは、死亡前、1、2ヶ月が、だいたいその患者にとって一番医療費がかかる時期であり、これを減らせということは、なかなか難しいことである。

終末期をどの様に迎えるかということだが、例えば、癌の末期で緩和ケア病棟に入っただけで月100万円はかかる。しかし、在宅で最期を迎えたいというお年寄りがあったとして、それを医師や訪問看護師、介護の方がフォローアップして行けば、10分の1程度の金額で診ることができる。

現在の医療制度において、全ての患者が病院で最期を迎えるということをしていると、医療費は嵩む一方である。「地域に戻す」というか、地域が協力することにより、在宅で最期を迎えられるような方向に持って行かないと、少子高齢化時代の中で、(医療費を削減することは)難しいのではないかと思う。

医療介護制度を転換する時期に来ている。あと15年か20年で、その時期が到来するので、今からやらないと間に合わないと思う。

#### <会長>

国の制度改革も、地域包括ケアシステムの確立という点で今の説明どおりだと思う。

確かに、高額医療費のみを問題視するのではなく、持続可能な制度をどうやって確保していくかということに、それぞれの立場の人が様々なアイデアを出して行くことが大切だ。この運営懇談会もそのひとつだと思う。

#### <委員>

先ほどの意見のように、一番望ましいことは、低料金で質の高い医療を行うことなのだろうが、医療を利用する側から言えば、なるべく病気にならず済むことが望ましいことだと思う。

被保険者の内、約88%の方が医療を受けているということだが、健康診査の

受診状況を見ると、受診率目標30%に対し県平均は22.29%である。46.07%の那須烏山市、41.31%の那珂川町など受診率の高い市町は、一人当たり医療費が比較的少ないと思われる。ここに相関関係があるのかどうかは分からないが、2.88%の茂木町など受診率が低い市町に対しては、広域連合として何か指導をしているのか。

#### <事務局>

健診事業は、広域連合が各市町へ委託して実施しているが、各市町が従来より行っている健診事業体制を活用した中で委託しています。

地元医師会との調整や実施体制など、地域の実態がそれぞれ異なることから、受診率に差が生じているものもあります。

この様な状況の中、広域連合としては、受診率の高い市町の啓発事業事例等を紹介しながら各市町と個々にヒアリングを行い、受診率向上に取り組んでいます。

#### <会長>

このあたりで次の議題に移りたい。

平成24、25年度の保険料率について事務局より説明願いたい。

#### (2) 平成24、25年度の保険料率について

- ・管理課長より「平成24、25年度の保険料」について説明

#### <会長>

ただ今の説明について、意見、質問をいただきたい。

#### <委員>

保険料の説明をいただいたが、これは後期高齢者医療制度だけの問題ではない。国は、早く新たな制度改正を示すべきである。

後期高齢者保険給付費の財源の内、後期高齢者交付金は、現役世代の保険料から拠出されている支援金であるが、協会けんぽからは、保険料全体の4割を拠出している状況である。

少子高齢化の中、現役世代人口が減少する一方、不景気で給与水準が上がらないため、協会けんぽでは、保険料率を上げないことには、この拠出金すら払えない。

来年は、国からの補助金を受けても、10%を超える保険料率を適用しないと、財政の均衡が保てない厳しい状況である。

協会けんぽ加入者の生の声を聞くと、制度的に保険料率を上げなければならないことは理解できるが、保険料の半額を負担しなければならない事業主が、「その折半が払えないという状況をどう考えるか」と逆に投げかけられる状況である。

したがって、高齢者の健康作りや予防事業的なことも含めて、現役世代として何ができるかということを探しているところである。

先月は、町役場と連携し、住民を対象とした保健セミナーを開催したが、職域とか地域という保険者間の縦割りを越えた連携も必要である。

協会けんぽは、医療制度の改正が早くなされることを、切に望む立場である。

#### <会長>

協会けんぽ以外の保険者も苦しい状況ではあると思う。

この件で何か意見等あるか。

#### <委員>

年齢的に恩恵を受けている立場であるが、少子高齢化により現役世代が減少する中、高齢者医療に係る財源の内、現役世代からの支援金が40%を占めるのに対し、被保険者の保険料は10%と少ない。もう少し高齢者が負担しても良いのではという気もするが、ここで議論して決まるようなことではない。

ただ、少子高齢化の勢いがあまりにも早いことから、若い人達りがもがき苦しむ姿が目に見えるようで、保険料の半額を負担しなければならない事業主共々、若い人達は大変だなと感じる。

若い人達は子供を産まなくなり、その結果年金制度は立ち行かなくなる。そこに医学の進歩が加わって、高齢化を加速させることになる。問題の本質を見極めるためには、少子高齢化を考えなければならないと痛感する。

#### <会長>

現段階の試算によれば、平成24、25年度の保険料率は、現行に比べ13%上昇するということだが、例えば、現行の軽減前一人当たり保険料額66,800円と、次期保険料率試算における軽減前一人当たり保険料額76,100円を比較する上で、県の保有する財政安定化基金をそれぞれいくら算入しているか知りたい。

#### <事務局>

現行の軽減前一人当たり保険料額66,800円は、保険料率算定の際、剰余金18億円、財政安定化基金12億、合計30億円を保険料額上昇抑制財源として算入した結果の数値です（実際には、剰余金のみで収支が保てるため、財政安定化基金は投入しないで済む見込み）。次期保険料率については、保険料額上昇抑制財源をいくら算入できるか、現段階では具体的な金額を示すことはできません。

#### <会長>

保険料額上昇抑制財源を算入すれば、次期一人当たり保険料額は、76,100円を下回ることになると理解してよろしいか。

#### <事務局>

現在国から示されている係数や医療費等の見込み額等に、今後変更が無いもの

とした場合、そう理解していただいて結構です。

<会長>

他に意見等あるか。

<委員>

現行保険料において、低所得者に対する保険料軽減額は40億9千万円とのことだが、次期保険料における軽減額とその財源は何か。

<事務局>

次期保険料については、試算の段階であり、本日提示できるのは軽減前の数値です。

軽減の財源は二つあり、一つは保険基盤安定制度として「高齢者の医療の確保に関する法律」により定められており、均等割額の7割、5割、2割軽減に要する費用を県が4分の3、市町が4分の1ずつ負担するものです。

もう一つは、国の特別対策として、均等割額の9割、8.5割等、基盤安定制度に上乗せして軽減を図るもので、この財源は全額国の交付金です。

なお、40億9千万円の財源内訳は、基盤安定制度負担金が29億4千万円で、特別対策に係る国費が11億5千万円でした。

<委員>

現行一人当たり平均保険料額の軽減前66,800円と、軽減後48,886円との差が軽減された額と考えて良いか。

<事務局>

概ねこの差が、軽減額に近いと言えます。

<会長>

次期保険料については、あくまで試算の数字ではあるが、栃木は全国に比べて、負担が低い方ではないかということが分かった。

そろそろまとめとしたいが、最後に、一旦は廃止が検討された後期高齢者医療制度であるが、現状では当分の間存続する可能性が高いとうかがっている。この点などについて意見等あるか。

<委員>

2ヶ月で12万円程度の国民年金で生計を立てている方にとって、76,100円の保険料負担は重い。ましてや、この先も医療費は増加し、その結果保険料が改定の度に上がることになるだろう。

医療費を抑えるために、高額医療に対しては給付の上限を設け、これを超えた

分は個人が負担するなど、厳しい対策も必要ではないか。

例えば、先程の、1ヶ月に3回も手術をして800万円かかったというような場合、上限を200万円とか300万円に抑えて、それ以上は個人が負担するということである。それで、その人が回復して社会に奉仕できるかという、これまた怪しいものである。

「私が、寝たきりになったら延命治療はするな。」と家族に言っているが、そうでないと、国民年金で暮らしている人はやって行けなくなると思う。

#### <委員>

高専賃という高齢者の専門住宅があるのだが、ここで亡くなる方が増えてきている。

あと20年も経つと、病院でも自宅でも死ねないという方が、50万人位出るだろうと予想されている。

確かにお金が無いことは分かるが、それをどうするかという話だと思う。その人たちの中には、確かに医療など受けたくないという方もいるが、自分の居場所というか、死に場所だけは確保してやらなければならない。これは金の問題ではなく、福祉や介護といった地域の問題であり、我々もそれでやって行かざるを得ない。もうそういう時代になって来ていると思う。

例えば、癌の末期になって、医者はやること無いですよと言っても、病院に来て抗癌剤を点滴してくださいと言って、最後まで戦って偉かったねって亡くなる方もいるが、お年寄りのそれなりの死生観もちゃんと持っていただいて、地域で見に行くほか今後やりようないのでは。

医療費を抑えようとするあまり、冷酷にものごとを見過ぎないようにすることも大切である。

#### <会長>

この問題の話をすると、とても時間内には終わらないと思う。本日は、実に貴重な意見を賜った。

中でも、医療費の開示や、葬祭費の見直しについては、当事者に近い方々からの非常に示唆に富んだ意見ではないかと思う。

いずれにしても、すぐに解決できる事ではないが、「病院ではなく、地域で支えながら在宅で最期を迎えるという大きな流れに対し、どう知恵を出して行くか。また、特に、後期高齢者なので、単に医療費や保険料の値上げに反対するのではなく、医療の質をどう向上させて行くか。そして、これらを国民が納得する形で、どう法改正して行くか。」これらの問題に、少しでもこの運営懇談会が役立てたらと思う。

以上をもって、本日の議事を全て終了とする。

本日の意見等については、事務局において検討いただき、今後の制度運営に活かしていただきたい。