

## 第8回 社会保障制度改革国民会議 議事録

### 一 会議の日時及び場所

日時：平成25年4月4日（木）14:00～16:00

場所：官邸2階大ホール

### 二 出席した委員の氏名

伊藤元重委員、遠藤久夫会長代理、大島伸一委員、大日向雅美委員  
権丈善一委員、駒村康平委員、榊原智子委員、神野直彦委員、清家篤会長  
永井良三委員、西沢和彦委員、宮武剛委員、山崎泰彦委員

### 三 議事

1. 開会
2. 関係者を交えての議論  
健康保険組合連合会  
全国健康保険協会  
国民健康保険中央会  
全国後期高齢者医療広域連合協議会
3. 政府側からの挨拶
4. 閉会

○清家会長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第8回「社会保障制度改革国民会議」を開催したいと存じます。大変お忙しい中、皆様御参集を賜りまして、誠にありがとうございます。

本日は、増田委員、宮本委員が御都合により御欠席です。また、永井委員は少し遅れて御到着と伺っております。過半数の委員が出席しておりますので、会議が成立しておりますことを御報告いたします。

今回も、前回に引き続きまして、医療・介護分野について、関係者を交えて議論を行うということにしております。本日は、保険者の立場の皆様方にお越しいただいております。

それでは、御出席の皆様を御紹介させていただきます。まず、健康保険組合連合会から、白川専務理事でございます。霜鳥理事でございます。全国健康保険協会から、小林理事長でございます。貝谷理事でございます。国民健康保険中央会から、岡崎会長でございます。柴田理事長でございます。全国後期高齢者医療広域連合協議会から、横尾会長でございます。なお、本日は、共済組合を所管している総務省、財務省の担当部局からも御出席をいただいております。議論の際、必要があれば御発言をお願いしたいと存じますので、よろしく願いいたします。

それでは、本日は皆さまには御多忙の中を御出席賜りまして、誠にありがとうございます。会を代表して厚く御礼申し上げます。この会は必ずしもヒアリングということではなく、専門家の方々の御意見を伺い、それを交えて委員と意見交換をさせていただくという趣旨でございます。是非それぞれのお立場から忌憚のない御意見を賜ればと存じます。よろしく願いいたします。

本日は、国会などの日程もございまして、政府からは、可能な範囲で御出席をいただいております。ただいま御出席を賜っておりますのは、秋葉厚生労働副大臣でございます。山際内閣府大臣政務官でございます。

それでは、議事を進めさせていただきます。進め方ですが、まず4団体から御発言をいただきました後、議論を行うという形で進めたいと存じます。委員の問題意識などについては、各団体に事前にお伝えしております。本日も、先ほど申しましたように各団体の御意見をお聞かせいただくというよりも、委員が各団体と相互に議論を深めていくという形にさせていただきたいと考えております。前回の国民会議でもお配りいたしました資料2に加えまして、今回は資料3「医療保険制度関係資料」として、国保、協会けんぽ、健保組合、共済組合などについて比較した資料をお配りしておりますので、適宜参照していただければと存じます。それでは、時間に限りがございますので、誠に恐縮でございますが、それぞれ5分以内で御発言をお願いしてい

るところでございますが、早速、各団体から御発言をお願いしたいと存じます。では、最初に恐縮でございますけれども、健康保険組合連合会から御発言をよろしくお願いいたします。

○白川専務理事 健康保険組合連合会、白川でございます。

資料はお手元に準備させていただきましたけれども、本日は、皆保険制度の持続性を高めるためにはという観点で、私どもで意見を取りまとめましたので、ポイントを絞って御説明をさせていただきたいと思っております。

なお、健保組合の現況につきましても資料に含めておりますけれども、健保組合は財政が窮乏だということと、健保組合としては非常に国民会議における改革を期待しているということだけ申し上げまして、詳細な説明は省略させていただきます。

資料に入る前でございますが、私ども、基本的には医療保険全体の現在の枠組みにつきましては、現行の体制を維持していくべきだと考えております。ただし、国民皆保険制度の持続性を担保するためには、医療保険財政の安定化が必須と考えておりまして、そのためには特に2つの視点での改革が重要と考えております。

資料の2ページをごらんいただきたいと思います。1つ目の視点は、給付費ベースで国民医療費の6割近くを占めております高齢者医療費の負担構造を改革するというご事情でございまして、このことが被用者保険の財政を安定化させる最大のポイントであると私どもは考えております。

現行の高齢者医療制度、平成20年度に作られたものでございます。この枠組みは基本的には今後も維持していくべきと考えておりますけれども、65歳以上の高齢の方と65歳以下、現役世代という言い方をさせていただきますが、高齢者と現役世代の負担のバランスを是正していく改革を最優先で行うべきという意見でございます。

現在、被用者保険では、徴収した保険料の4割強を高齢者医療に拠出しておりますけれども、我々の試算では、この比率はさらに増大していくと見ております。高齢者医療を国民あるいは現役世代が支えていくというのはある程度当然だと考えますし、高齢者人口の伸びや医療の高度化に対応して保険料を一定の割合で引き上げていくことは避けられないということは覚悟しておりますけれども、現役世代の高齢者に対する負担緩和を図っていかなければ、支える側が財政的に支え切れなくなるということを危惧しております。

したがって、高齢者医療の負担割合を是正する改革が必要と考えておりますけれども、具体的には第1に、高齢者の患者負担を上げて応分の負担をお願いする。さらに具体的に申せば、70歳以上後期高齢者も含めて2割負担を

お願いすべきではないかと考えております。

2つ目は、高齢者医療に対する公費負担の拡充という話でございます。現在、高齢者医療には約38%の公費が投入されておりますが、この比率を最終的には50%まで高めていくべきと考えております。また、拠出方法も特に前期高齢者納付金の算定方法、現在非常に不合理な仕組みになっておりますので、合理性、納得性のあるものに変えていくべきと意見を申し上げたいと思います。

財源でございますが、消費税の一部を充てることに加えまして、高齢者の患者負担増に伴う公費負担の減少分、医療費の適正化、その他、国の医療財政の組み替えにより財源を捻出していくべきという意見でございます。

大きな2つ目の改革の視点でございますけれども、医療費の伸びの抑制という話でございます。当然、抑制しない限り、医療財政は早晚破綻する懸念があると考えておりますので、医療の重点化・効率化、医療費の適正化の仕組み、制度を是非とも国民会議で議論していただきたいということでございます。

健保組合はかねてから保険者機能の発揮に注力し、様々な医療費適正化の努力をしてまいりました。もちろん、これからも健康度を上げながら医療費を抑制する保険者機能は一層充実していかなければいけないと考えておりますけれども、特に高齢者医療については、保険者の努力だけでは限界があると考えております。国全体で制度や仕組みを変革していくと同時に、医療提供体制も効率的なものに変革していく必要があると考えております。

5ページ以降に詳細を記載させていただいておりますけれども、項目だけ挙げますと、1つは保険適用範囲の見直し。特に医薬品の一部は保険適用からの除外ということを検討すべきと思っております。

2つ目は、診療報酬改定の方法でございますが、現在、薬価引き下げ分を医科・歯科本体の引き上げ財源にするという方式をとっておりますけれども、薬価の引き下げ分は国民に還元すべきと考えております。

3つ目は、柔道整復等の療養費でございます。この適正化と監視体制の強化を図っていくべきと考えております。

4つ目は、医療分野のICT化の推進ということでございます。

5つ目は、病院の一般病床の機能分化を進めるべきという意見でございます。

6番目は、総合診療医制度やかかりつけ医機能を強化することで、行き過ぎたフリーアクセスを一定程度抑制していくべきという意見でございます。

総合的な健診体制を構築していくべきということで、特に被扶養者に対し、住民健診、特定健診、がん検診の連携体制を構築していくべきという意見を

持っております。

最後に介護保険でございますが、軽度者の介護保険の適用の是非、現行1割の利用者負担の引き上げを検討すべきという意見でございます。また、介護保険の総報酬割については反対というのが私どもの立場でございます。以上でございます。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、続きまして、全国健康保険協会から御発言をお願いいたします。よろしくをお願いいたします。

○小林理事長 全国健康保険協会、理事長の小林でございます。

本日は、国民会議において意見を申し述べる機会をいただき、ありがとうございます。私どもも資料を用意しておりますが、資料はあらかじめお目通しいただいていると思いますので、資料の流れに沿って、協会の現状と私どもの意見を申し上げたいと思います。

私ども協会けんぽは、加入者数3,500万人、国民の3.6人に1人が加入している日本最大の医療保険者であります。協会という名称がやや誤解を招くようですが、私どもは保険者の連合体ではなく1個の保険者であります。加入事業所数は160万ですが、その4分の3以上が従業員数9人以下という中小企業であるため、他の被用者保険と比べて財政基盤が脆弱であります。また、制度の作り方として、自ら保険財政を運営することができる場合は、協会けんぽから抜けて健康保険組合として保険集団を形成できる一方、健保組合が解散ないし健保組合に加入できない事業所は協会けんぽに加入することとなります。

このため、協会けんぽは被用者保険の最後の受け皿としての機能を担っております。長期にわたる経済不況の結果、特に中小企業の多くを抱える協会けんぽの保険料のもととなる被保険者の収入は低下する一方であります。他方では、医療費支出は医療の高度化や高齢化により年々増大するため、協会けんぽは構造的に赤字財政であり、その傾向は拡大する一方であります。脆弱な財政基盤、赤字財政構造であることに加えて、さらに高齢者医療関係の拠出金等の負担が保険者機能を歪めるほどに大きな負担となっております。

協会けんぽの財政規模は全体で約8兆円ですが、その4割以上の約3兆円が高齢者医療関係の拠出金等の負担に充てられており、しかも毎年2,000～3,000億円という単位で負担が増えているという状況にあります。極めて厳しい財政状況の中、協会けんぽの25年度の保険料率は全国平均で10%となっております。設立以来、保険料率を毎年大幅に引き上げてまいりましたが、大企業とは異なりストックの少ない中小企業にとって、現在の保険料率は企業

の経営基盤、従業員の雇用、生活に直接影響し、限界にあります。

昨年は何としてでもこの流れを断ち切らなければならないという、まさに背水の陣という思いで財政基盤強化に向けて協会を挙げて取り組んでまいりました。財政の赤字構造を見直すには至りませんでした。22年度から実施されている3年間の特例措置を当面2年延長するなどの措置が行われることになりました。その結果、準備金を取り崩すことで25年度は24年度の平均保険料率10%を据え置くこととしました。しかし、繰り返しになりますが、協会けんぽの赤字構造は何ら変わっておりません。私どもの推計によると、現在の枠組みのままでは今年度と来年度の2年間は準備金を取り崩して対応が可能と見込まれますが、再来年度の27年度には賃金の伸びを過去10年間の傾向で見た場合、また5,000億円を超える巨額の赤字に陥ることが避けられない見込みであります。そして、その3年後の29年度には、最大で2兆3,700億円という途方もない累積赤字に至る見通しであります。

この今年度、来年度中に財政の赤字構造を転換できる制度改正を是非ともお願いせざるを得ません。また同じ医療保険であるにもかかわらず、他の被用者保険との保険料率格差は拡大する一方であります。政管健保の時代にさかのぼりますが、平成14年度頃までは保険料率は今ほどの格差はなく、ほぼ同じ水準で推移しておりましたが、平成15年度からは給与に加えて賞与も保険料算定の対象とする総報酬制を導入した結果、大企業と中小企業の体力差が明らかに現れてしまい、収入の低い中小企業の皆さんが突出して高い保険料を負担するという逆進的な状況が発生しております。

世界に誇る国民皆保険制度ではありますが、各制度を比べますと負担の不公平を抱えており、これでは公的な社会保障制度とは到底言えません。医療保険制度において協会けんぽは被用者保険の最後の受け皿という一保険者を超えた機能を託されております。また、協会けんぽについては、各保険者間の財政力を調整する趣旨で給付費に対して公費が投入されております。しかし、現在の他の制度との報酬水準、保険料水準の格差を踏まえますと、現在の国庫補助割合ではその機能を果たしているとは言えないと言わざるを得ません。私どもとしても医療費支出をできる限り効率化しようとジェネリック医薬品の使用促進、健康増進、重症化予防など運営面で種々創意工夫を凝らして取り組んでおります。

しかし、現役世代の加入者の方々に対して、医療費適正化策を講じたとしても高齢者医療関係の拠出金等が毎年2,000~3,000億円単位で増え続ける中では、保険者機能を発揮しようにも限界があります。持続可能な医療保険制度を実現させるためには、税や保険料を主に負担している現役世代の立場に立った改革が必要です。現役世代に過重な負担がかけられている不公平な状

況を改善しなければなりません。同時に、現役世代内での公平性の確保を実現すべきです。

その上で、中小企業の加入者が大多数を占める協会けんぽの立場から申し上げますと、安心して医療を受けられるようにするために、かつ被用者保険の受け皿機能を持続可能なものとするために、早急に協会けんぽの財政基盤の強化、安定化を実現すべきであります。

急激に進展する少子高齢化社会において、高齢者医療をはじめ、増え続ける医療費を根本的にどう抑制していくかを議論していく必要があります。しかし、緊急の対応として、今、中小企業の加入者に相当のしわ寄せを強いている状態、逆進的な保険料負担というおよそ社会保障とは言えないほどに極めて不公平な状態をまず改善すべきです。

私ども協会けんぽは、現在の健康保険法本則において定められている上限である国庫補助割合の20%までの引き上げと高齢者医療制度の見直しを訴え続けてまいりました。これは極めて不公平な状態を改善するための最低限の改革であり、これを実行しても、なお被用者保険間で格差が解消されないのであれば、後期高齢者医療の支援金についての総報酬割を超えた財政調整を考えるなど、さらなる改革が必要と考えます。

また、これら改革には当然財源が必要です。税・社会保障一体改革の消費税引き上げによる増収分については、現役世代、特に中小企業の加入者の医療の保障に重点的に配分していただきたいと思っております。同時に、医療費支出を適正なものにするために、医療提供体制の見直しや医療給付の重点化・効率化についても制度面からメスを入れていかなければ、我が国の医療保険制度の持続は難しいと考えております。国民会議においては、こうした視点のもとで具体的な方向性を示すべきと考えております。以上でございます。ありがとうございました。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、続きまして、国民健康保険中央会から御発言をお願いいたします。

○岡崎会長 中央会の会長をお預かりしています高知市長の岡崎でございます。前回は、全国市長会の市町村の保険者という立場で発言をさせていただきました。今回、国保中央会の立場で御説明申し上げます。

まず、資料をお配りしておりますので、中央会の資料の1ページをお開きいただきたいと思っております。中央会の組織でございますが、都道府県ごとにそれぞれの市町村国保等の保険者の連合会といたしまして都道府県ごとに国保連合会が設立されておりますので、その各県の国保連合会が全部組織したも

のが中央会という本部の組織になっております。

というわけで、いわゆる国保を巡ります問題点につきましては、前回、私が全国市長会の立場から申し上げました課題、問題点と共通する部分がございますので、できるだけ少し切り口を変えてお話を申し上げたいと思います。

2 ページが前回の2月28日、第5回の国民会議で地方3団体から提出をした資料でございますので、ここは省略させていただきます。

3 ページでございますが、国民健康保険の現状でございますけれども、まず左肩が1965年、今から50年ぐらい前に設立されました職業的な構成の割合です。大体今から50年前、農林水産業、自営業が非常に多くて、無職の層というものは6%台でしかございませんでした。2010年のデータでは当然農林水産業は縮小してきておりまして、逆に無職世帯の割合が41%近くまでなっております。この41%の中の60歳以上の割合が約32%、4分の3の割合を高齢者が占めているということで、ここで非常に所得も低い、しかも無職層も多い、医療費も伸びているという状況で、23年度の市町村国保のそれぞれの決算の集計でございますが、単年度収支で見ますと約3,000億円の赤字、そして予算が足りない場合に翌年度予算から繰り上げ充用しますので、別途に外側に繰り上げ充用額がありますので、合算しますと23年度で約5,000億円程度的大幅な赤字ということになっております。やはり構造的なものが非常に大きく影響しているという状況でございます。

4 ページでございます。全体の加入者数につきましては、3,500万人ということではほぼ同じぐらいの割合になっておりますが、やはり加入者の年齢層が平均で約50歳。右側にありますように、先ほど申し上げました65歳以上の割合が国保の部分はグリーンでございますので、両方合わせますと1,100万人規模、1,200万人近い規模ということになっておりますので、こうした年齢構成で高齢者の74歳の部分までを支えていかなければならないということになっております。

5 ページでございますが、前回は申し上げましたとおり、所得水準が非常に低く、保険料負担も限界というところになってきておりますので、課題1としましては、消費税導入に合わせまして非常に逼迫しております国保の財政に対して2,200億円を投入するということが閣議決定いただいておりますが、いつ投入するかということはまだ決まっておりませんので、消費税が8%に上がる段階で、26年度から我々としては是非入れていただきたいということ強く要請したいと思います。現状のままでは国保は破綻状態になっているということでございますので、是非26年度から2,200億円の充当の拡充につきましてはお願いしたいということを重ねて申し上げます。

そして、非常に高齢者が多いということでございますので、後期高齢者の



負担を含めまして、現況をそのまま割り込みますと非常に大きな負担になりますので、一定調整をさせていただいております。5ページの例えば33%、32%というのは調整後の額ということになっております。

6ページでございますが、今後の将来見込みでございますけれども、例えば現在国民健康保険において後期高齢者を支えている人数でございますが、2010年の段階で被保険者で0.12人を支えております。2030年代、あと20年後は約倍近くになりまして、支える後期高齢者の人数というのは0.24人でございますので、ちょうど倍になるということになります。所得は先ほど申し上げました年齢構造でございますので、所得はほとんど伸びない中で後期高齢者を現状の2倍支えなければいけないということで、非常に厳しい状況に陥るということでございます。

7ページでございますが、将来的には医療保険制度の一本化が必要だということで、地域保険か全国一律の保険かという論議はあろうかと思っておりますが、やはり地域保険という方向性で医療保険制度を一本化していくということが方針として要るのではないかとということと、それに至るまでに現況市町村国保では人口が減少してきておりますので、市町村国保を支えきれないという状況にもなっておりますので、都道府県単位の国保に再編成をすべきだということを前回にも申し上げておりますが、今回も申し上げたいと思っております。

そのときの課題は、現況では国保税と国保料の2方式になっております。これを一本化しなければいけないということと、例えば所得がなくても資産を持っている方には資産割というものが入っておりますので、資産割をどうするかということとを統一していかなければいけないという状況がございます。一定の経過措置は当然要ろうかと思っております。また、一般会計からの国保特別会計への繰り入れも相当行われているところもございますので、その扱いをどうするかという状況がございます。

もう一つは、市町村国保でそれぞれ取り組んでおります、いわゆる健康づくりを含めまして保健事業に熱心に取り組んで医療費を下げているというところもございますので、そういう市町村に対する支援の仕組みを都道府県になった場合にも考えていかなければいけないという課題がございます。

8ページ目、重点化・効率化という観点での取り組みは3点ございます。まず、国保連合会におきましては、国保データ、介護関係のデータを含めまして、健診・保健指導のデータ、医療データ、介護データを持っているものは連合会だけです。この全てのデータを連合会が今保有しておりますので、これを全体的にデータ化しながら医療費の抑制にもつなげていくということを考えていけばどうかと考えております。

詳細は9ページに載せております。特に介護データで集中的に持っております

ますのは联合会だけでございますので、全てのデータを联合会が保有しているということで、これをできるだけ医療費の抑制にもつなげられるような形で分析をしながら、特に生活習慣病等の状況や分析を行った上で健康指導等に対応できないかということを含めて、国保データベースシステムをことしの10月から稼働させるということで今準備をしているところでございます。

10ページ、関連しますけれども、全国にも先進的なモデルがそれぞれ保健事業の中でもございますので、それを参考にしながら、こういう先進的なモデルをほかの市町村で取り込むときに参考になるようなものを作成していく必要があるということ、評価基準を作成しようと考えております。ある意味、こういうものを取り入れるときのチェックリストと考えていただければいいのですか、例えば企画立案の段階でのチェックリスト、準備段階でのチェックリスト、実施体制にわたったときに個々項目をチェックして、最終的に評価してPDCAに結びつけながら健康増進、医療費抑制にもつなげていくという評価基準を作成するというで準備しております。

もう一つ、11ページ目でございますが、保健事業の事例集を作成してきておまして、ネット上でも公開しておりますので、先進的な取り組みで非常に参考になる部分は全国からこういうものを公開して、ネット上でそれが参考にできるようにということで今公開しておりますので、こういうものと先ほどの国保データベースシステムで分析したものとできるだけつなげていきたいということを考えております。

12ページでございます。ジェネリックの使用の関係でございますけれども、現在、差額通知を行っております保険者が23年度末で459の保険者でございましたが、24年12月の段階で倍近くなっておりますので1,100ぐらいの保険者が現在ジェネリックの通知をしております。高知市も同じような形で通知しておまして、一応その効果でございますけれども、我々が計算しまして一応理論計算になるのですが、高知市の規模で大体1億5,000万円ぐらい削減ができていくという報告も受けているところでございます。レセプト1件当たり200円ぐらいの削減になっていると現場からは聞いておりますが、まだ拡張できる余地はあるのではないかと考えております。

13ページ、これは呉市の事例でございます。我々も呉市とほぼ同じ形の形態で実施しておりますので、例えばこの中で重複受診とか頻回受診のケースがございます。高知市でもございます。こういうものをチェックリストで挙げながら、それぞれの頻回受診をされている御家庭に対して保健師が訪問をしてヒアリングをしながら、こういう重複診療がないように御相談申し上げながら指導しているところでございます。こういう事例を全国に広げていくということが大事ではないかということでございますので、先ほどの介護デ

一タを含めまして、生活習慣病、そして高血圧とか糖尿病、そういうものを事前にチェックをしながら、最終的には介護予防というところにもつなげていく必要があるかと考えておりますので、10月から運用しながら、各御意見をいただきながら、さらにブラッシュアップしていきたいと考えております。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、最後になりましたけれども、全国後期高齢者医療広域連合協議会から御発言をいただきます。よろしくお願いいたします。

○横尾会長 こんにちは。全国後期高齢者医療広域連合協議会の会長を仰せつかっております、佐賀県後期高齢者医療広域連合の横尾でございます。よろしくお願いいたします。貴重な機会をいただいたこと、まず御礼申し上げます。表紙にありますように、後期高齢者医療制度を担う現場の視点も交えまして、説明と意見を述べさせていただきたいと思っております。

1ページ「I はじめに」ということですが、制度のことは皆さんも御案内と思っておりますけれども、平成20年4月に老人保健制度から高齢者医療制度へ移行してございまして、そのときにスタートという形になりました。主眼はその際に1つは高齢者と若年世代の負担の明確化を図ろうということで独立した保険制度の導入となりました。また、2つ目には、保険者間の負担の不均衡を調整しようということの制度も盛り込まれました。それらを踏まえて、一番下にありますように、47都道府県それぞれに広域連合を設置し、運営するという形になったところでございます。

2ページ、なお、その際に、皆さんも報道等で御案内のとおり、大変たくさん批判等が集中いたしました。左側の箱に書いてありますように、例えば説明の不足、名称の問題、年齢による区分、あるいは年金からの直接天引きなど、ここに列記しているようなことで様々な批判が集中しました。当時、広域連合事務局並びに市町村の窓口にはたくさんの電話や意見等が寄せられたところでございまして、やや混乱ぎみであったということでございます。苦慮もいたしました。しかし、その後の経過は、いろいろな対応、軽減措置等、右側にありますような対応がありましたので、現在のところは収束して落ち着いているという現状にございます。

3ページ、とはいえそういった課題もありましたので、平成21年11月から高齢者医療制度改革会議が政府において発足され、協議がされました。「最終とりまとめ」もなされました。けれども、その後、具体的にそれを踏まえた法案提出には至っておりません。その後も「社会保障・税一体改革成案」

あるいは閣議による「大綱」の決定、さらに現在の三党合意に基づく協議や社会保障制度改革国民会議などでの議論の対象となっているところでございます。

現場の観点からいたしますと、既に5年を経過しているところでございますが、いまだに議論が続いているという部分がありますので、なかなか先行き不透明というところが拭えません。人事の問題、予算の問題、制度の問題など、そういったことで実務の運営につきましては全力を傾けているところですが、まだまだ苦慮するところがあるということで、そこに「忸怩たる思い」と書いていますが、何とかならぬものかなということに関係者は思っておりますし、長期の見通しを立てることも必要だと感じております。

4ページ、高齢者医療の費用予測等に基づいて書いております。1つは現状の決算ベース、そして今後の見通しでございます。このグラフからも明らかのように、既に委員の皆さんは熟知されていますように、医療費の上昇が今後心配されております。ちなみに平成23年度で見ますと、一人当たりの医療費で91万円ほどかかり、総額13.4兆円の経費の支出になっています。今後もこれが上昇すると見込まれ、団塊の世代が75歳になられます平成37年には、現在の推計では約28兆円の支出になるだろうと推計がされています。このような上昇が続きますと、医療保険制度そのものの維持が困難になるということも含めて危惧はされているところですので、根本的な見直しを全体的に行うべきだろうということでございます。

5ページ、そういったこともある中で公平な費用負担、特例措置の見直しと安定化、公費負担の拡充など、これらに対応しながら、何とか新たな制度あるいは安定した制度の模索がこれまでもされているところを書いておるところでございます。

6ページ、委員の皆様からの御質問の中にありました運営主体のことについて触れております。現状を踏まえますと、広域連合で運営しているところでございます。とはいえ全国47の連合がございます。職員数は総数で1,258名、ほとんどが市町村並びに区からの派遣職員となっております。都道府県も一部職員を派遣していただいているところがございますが、これが25連合でございます。職員全体では約3%が都道府県からですが、全体としては市町村の職員でマネジメントしています。

また、制度の仕組みにつきましては、広域連合そのものが認定や医療給付などを現在行っておりますし、保険料の徴収や窓口対応業務につきましては市町村の現場で行っているというのが実情でございます。言わば2つの窓口があるようにも一瞬映るかもしれませんが、ちなみに運営経費でございますが、佐賀県を例にとりますと、年間約2億円程度かかっておりますので、概算い

たしますと47都道府県で単純に倍数すれば約100億円近い運営コストがかかるということになります。

7ページ、これは高齢者医療制度改革会議の「最終とりまとめ」で指摘された項目でございますが、ここにあるような責任の問題や認知の問題等があるだろうということでございます。現在のところでも認知度の低さとか自主財源が必ずしも十分でない点、責任の所在や不明確さ、専門的なプロパー職員が十分に確保できていないこと、継続性の問題など、これらの課題もございます。しかし、現場を預かる広域連合としましては、保険者として最大限の努力を現在も行っておりまして安定を図っているということでございます。

8ページ、引き続きでございますが、現在地域で見ますと複数の保険者が存在しております。国保であり、後期高齢者医療制度であり、被用者保険等であります。このうち国保の問題につきましては、先ほどの高知市長さんの御発言もありましたように、広域化、都道府県単位化の議論が現在なされているところでありますが、こういったことも踏まえていくことも必要だろうと思います。その際に、都道府県ごとにこれを1つとしていくべきということになりますが、では、国保があり、後期があるとなりますと、なかなか混乱もしますし非効率な面も出てきますので、超長期的、将来的にはこれを一体的に運営することで、より効果的・効率的な運営も可能ではないかと考えられるところであります。

9ページはそれを図示してみました。現状、左側の箱の方に国保、後期高齢者医療制度、被用者保険等がある、さらに介護保険がございます。これを右側のボックスに書いていますように連携していくということも今後必要だろうと思います。特に保険者機能を強化していくためには、右に示したように、国保と後期の保険制度を一体的に運営できる組織を再構築することは1つ意義があると思われれます。都道府県が中心となって市町村と連携し、さらに国保連合会とも一体となった組織づくりが必要ではないかと感じられるところでございます。

その後、地域保険としてさらに考えていきますと、これに被用者保険を加えた一体化、さらにはその先に介護保険も加えて一体化ということで福祉、医療をどうするか、国としての戦略ということも大変重要になってまいらるだろうと思っております。

こういった経過を踏まえまして、まとめとして10ページに掲げております。非常に重要なことは、国民、すなわち住民の皆さんが将来に不安をなく安心して医療や保健、介護のサービスを受けることができる保険制度の構築があると思います。そのためには大きく3つの点がございます。

1つは、安定運営が可能な保険者の確立でございます。国保財政の基盤強

化を図りまして、都道府県が積極的に関与しやすい環境を整えることが必要であろうと感じております。

2つ目は、現行制度における必要な改善の実施です。既にいろいろな努力等、ジェネリック普及啓発とかレセプトチェックとかも当然効率的にやっておりますし、また特例措置の見直し等も議論の俎上にあがっていますが、これらも的確に行うことで財政の安定化をしっかりと行うべきであろうと考えます。

3点目に掲げていますのが、高齢者医療に係る現役世代の負担の調整ということであります。公平で負担能力に応じた支え合いの仕組みを確立するために、例えば財政力の弱い保険者（被用者）の方には配慮しながらも、支援金の全面報酬制度を導入して、負担のできる方がお互いに負担し全体を支え合う、そのような制度ということもしっかり見据えていかなければならないのではないかと考えています。

これら3つの課題につきましては早急に整理すべきでありましょうし、対処も考えていくべきと思います。この解決に当たりましては、国、都道府県、そして市区町村、さらに被用者保険の保険者の各関係機関が課題を共有し、お互いが理解しながらも全体を見据えた視点に立つことで初めて成り立つことだろうと思っています。その上で、持続可能な医療保険制度が確立されるとともに、地域保険への移行など、今後さらなる議論が可能になってくると考えているところでございます。以上でございます。ありがとうございます。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、早速でございますが、議論に移りたいと思います。ただいまお話を承りました4団体の代表の方、また必要であれば共済組合を所管しておられる担当部局の代表の方々と私ども委員の間で意見の交換をしてみたいと思いますので、これからは御自由に御発言をいただきたいと思います。それでは、どなたからでもどうぞよろしくをお願いします。宮武委員、どうぞ。

○宮武委員 皆さんお考え中のようなので、私の方からお伺いします。

1つは、国保の方で2015年度から保険財政共同安定化事業が導入されて、今までレセプトは1カ月30万円以上の医療費対象を1円からということですので、全医療費が対象になってくるわけでありましたが、それに伴って、県単位の財政運営と呼べるようになるのかどうか。それと同時に、この制度の狙いである保険料の平準化というのが進むと見ておられるのかどうか。あくまでも共同事業でありますので、この事業の責任者は一体誰なのかなと思うこ

ともあるわけでありまして、かつて老人保健制度が非常に仕組みとしては納得できる仕組みであったのですが、責任者不在というか保険者不在であったということが大きな問題になって、現在の高齢者医療制度に移行しているわけですが、同じような問題点を抱えていないかなということで、少し先走った質問ではありますけれども、お教えてください。

○清家会長 それでは、これは岡崎会長からお願いいたします。

○岡崎会長 ただいまの御質問でございますが、30万円以上の共同事業について1円以上からということになったのですが、実際に運用してみないと、どこに課題があるかというところは見えにくい部分がございますので、運用状況を見ながら、これは各市町村単位によって、例えば市町村別、高知県でも34市町村ありますので、34市町村で逆に不利になる場合と有利になる場合の市町村がそれぞればらつきますので、その状況を見ながらどういうふうにそれをまた運用し改善していくかというところを多分考えていかなければいけないということで、今の段階では、推計はできていますけれども、どこが得してどこが損するか、やってみないとわからない部分がございます。

責任ですけれども、責任の考え方はいろいろあるかと思えますけれども、今は市町村国保になっていますから、直接の責任は保険者たる市町村の国保が毎回前面に立たなければいけないだろうとは考えます。今回の部分で中途半端なのは、制度運用のときから申し上げておりますが、財政運営だけ都道府県へ移行していますので、我々は最終的に都道府県が保険者になることを求めていますので、そこがまだ中途半端な過程の段階にあるということではないかと思えます。今のところ保険者は市町村ですので、そこは前面に立って何かあれば前に出なければいけないだろうと考えています。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、ほかにございましょうか。では、永井委員、どうぞ。

○永井委員 今日はデータベースとかICTの活用というお話が随分出てきたと思います。こうしたデータは、重複受診あるいはレセプトチェックに有効だと思いますが、しかし、今、医療費が増えている大きな理由は、本当に有効かどうか、医療者側もよくわからない医療が非常に増えていて、確率論的になっているということなのです。もっとしっかりしたデータベースを作って評価しないといけないと思います。これは研究費とか事業費が必要ですが、それだけでは十分でない。そうしたデータベース、ICTの活用を継続して行う

ためには、どうしても医療費、場合によっては消費税の増収分を充てないといけないと思うのですけれども、それについては保険者としてはどのようにお考えでしょうか。

○清家会長 それでは、これは柴田理事長、どうぞ。

○柴田理事長 お答えします。今のKDBシステムは、本来保険者が持つデータを保険者として活用するという話ですから、保険者の負担でやりましょうという形になっている。ただ、国からもこれは今後の話でプラスになる、要するに支援できるという御判断をいただいていますから、応援もいただいていますけれども、今のところ基本は保険者の判断、国からも応援をいただいている、こんな形で進めております。

○永井委員 私のお聞きしたかったのは、もっと大規模なものをしっかり作らないといけないだろうということです。そのためには、データベースをシステムとして設計していかないと、継続性のあるものはできないのではないかと思います。そうすると、結局医療費の一部を、ある意味での医療の質の検証に向けていくお気持ちはおありでしょうかということです。

○柴田理事長 もう一つは、国でもナショナルデータベースというのを作っておりまして、これは我々国保だけではなくて被用者保険の医療費も含めて全部集めて、これは私が言うのがいいのかどうかわかりませんが、例えば診療報酬改定の効果がどうだとか、そういうのを分析しようということで始まっているところであります。ですから、我々は保険者努力の一環でやりますけれども、国の施策の一環としてそういうものが始まっている。あとは余り私が言うのはどうかと思いますが、始まっているということだけは申し上げたいと思います。

○清家会長 この点について、小林理事長あるいは白川専務理事からいかがでしょうか。では、白川専務理事、小林理事長、どうぞ。

○白川専務理事 ICTの活用につきまして、私どもも声高に意見を申し上げているところがございます。今、柴田理事長からもお話がありましたとおり、ナショナルデータベースの活用が一部始まっておりますけれども、まだまだ十分ではないと認識しておりますので、国におかれましては、是非とも活用をお願いしたいというのが一つでございます。



もう一つは、永井委員おっしゃるとおり、医療機関間のいろんな情報連携、ICTを使った情報連携がこれからますます重要になるであろうと私も思っております。ただ、今般、今、国会で議論されております、いわゆる共通番号法案でも医療については当面は対応しないと、対象にしないということでございますけれども、ゆくゆくは医療機関間で情報を共有する形、あるいは私どもは総合診療医と言っておりますけれども、かかりつけ医のようところに患者さんの電子データを集中して集めるような仕組み、そういったことを国全体でやっていかなければいけないと思っておりますし、それは国の御負担も当然必要であろうし、我々保険者側も一定の負担は当然していくべきと考えております。以上でございます。

○清家会長 ありがとうございます。では、小林理事長、どうぞ。

○小林理事長 私どもは現在3,500万人の加入者がいるわけで、その加入者の健診データとか、あるいはレセプトデータ、そういったものを分析しながら、医療費の適正化につなげているということでありまして、医療機関の情報を分析するという状況にはまだありませんので、今後の方向としては是非そういう方向が必要なのではないかなと思っております。

○清家会長 永井委員、よろしいですか。ごめんなさい、横尾会長、どうぞ。

○横尾会長 首長ですので、地方の現場の保健師たちがどんな頑張りをしているか一部御紹介したいのですけれども、例えば私どもの市の保健師が一番欲しいデータとしては、実は被用者保険に関する健康データとかも欲しいのです。「市民の皆さんの健康を守ります」と市長は選挙を戦います。国会議員や地方議員もそうです。知事さんもそうです。そのときに、ちゃんとみんなの健康情報がわかってやっていきたいと思うのです。

保健師は戸別訪問までして特定健診を促し、健康チェックをして、病院に行かなくていい体質、健康を保持しようとしています。そうすると、それは結果的に医療費適正化にもなります。

それをしたおかげで、実は元気になって喜ぶ人はたくさんおられます。医療だけに注目するのではなくて、その手前の保健、健康を増進するということをしっかり生かせるようなデータベースを作りつつやっていくということが本当に重要ではないかと現場では強く感じているところです。これは年齢を問わず皆さんそうだと思います。

○清家会長 多分永井委員の御質問の1つは、現在、医療費を投入している医療の中で本当に有効なものか、そうではないようなものを識別するためにも費用がかかるのだけれども、そういう費用の負担を保険者がなさるかということもあったかと思います。

○永井委員 そういうことです。医療側もよかれと思ってやっている医療の中には、非常に確率の低い、実感では効果がわからないところがあるわけです。そういうものが本当に医療として意味があるかどうかを評価しながら進めていきませんか、よかれと思うことがどんどん積み重なってしまい、膨大な医療費が必要となる傾向があります。

ですから、保険者と研究者が一緒になって医療機関の間のデータも共有しながら、しっかりデータを見ながらみんなで考えまさんと、本当に善意の積み重なりが膨大な費用になってしまう。このコストを誰が負担するかということなのです。これは場合によっては、医療費の一部からでもデータベースの経費を負担して、しっかりしたシステムを作ることが大事ではないかということです。

○清家会長 では、大島委員、よろしく申し上げます。

○大島委員 今の永井委員の発言に私も全く同感です。もう少し具体的に少し突っ込んでお聞きしたいと思ったのは、病名は当然わかりますね。重症度もわかりますね。行われた診療行為もわかりますね。その結果、どうなったかもわかりますね。例えばこれだけのことでも病院ごとのデータがずっと並ぶわけですね。そうすると、露骨な言い方になりますけれども、これだけの費用でこんなにいい結果が出ているという病院と、こんなにたくさん費用をかけているのにこんな結果しか出ていないという病院というのは、それだけのデータでも出てきそうな感じがするのです。そういうデータは当然お持ちだと思えるのですが、そういったものをどういうふうに活用するのかということについて全然見えてこないのです。その点は、そんなことはやってはいけないということになっているのかどうか知りませんが、これは物すごいデータになると思うのです。

もちろん研究者が加わればいろんな評価項目をどういうふうに決めてどういう項目でベンチマークをしたらいいのか相当適正なものが出せるとは思いますけれども、そうでなくても、今言ったぐらいのことだけでも相当なものが出てくると私は思うのです。

○清家会長 では、保険者からどなたか。柴田理事長、お願いします。

○柴田理事長 まず、できるかどうかという御質問に対しては、それはできると思います。レセプト情報という限定はありますけれども、先生がおっしゃるようなことはできる。ただ、システムを作っていく上では、やはりいきなり大規模なものに手をつけるわけにはいきませんから、一番、今、保険者が大事だということところは、まず保健事業を的確に進めるところが最初の課題だろうというので、そこから進めているということでございます。大島先生おっしゃるようなことも可能性としてはあり得ると思います。それは今後の課題にしたいと思います。

○清家会長 岡崎会長、どうぞ。

○岡崎会長 少し補足しますが、我々が都道府県国保にこだわっているのは、実はそういう点も入ってしまっていて、例えば市町村国保では医療機関とか過剰ベッド、ベッド数が多すぎるとかという指導は市町村ではできないのです。これは全部県単位になっていますので、例えば高知県におきますベッド数の抑制とかというのは高知県の中で調整するようになってしまっていて、市町村は指導権限がないので、そういうこともあって都道府県国保にすべきではないかということもございます。

もう一点は、今、非常に重要になっていますのはマイナンバー法案でございまして、例えばマイナンバーがついていないと、保険者が移動したときに、例えば働いている方が退職もしくはリストラされますと国保へ入っていきませんが、また2年後、被用者保険を取った場合にはマイナンバーがないと追跡できませんので、途中でデータが全部消えてしまいますので、そういう意味でも、マイナンバー法案というのは非常に重要になると考えます。

○清家会長 ありがとうございます。ほかによろしゅうございますか。では、遠藤委員、どうぞ。

○遠藤委員 ただいまの永井委員と大島委員のおっしゃっているようなことについては私も賛成でありまして、保険者機能、いろいろなことが考えられるわけでありまして、広い意味での健康増進との関係あるいは医療とアウトカムとの関係を何らかの形で大量のデータの中から導き出していくということの一番アクセスがしやすいのは保険者だと思いますので、そういう努力をされることは非常に重要だと思っております。

ただ、一方で、先ほどのお話にありましたように、レセプトデータという制約があってという一言をおっしゃったけれども、まさにレセプトデータであるがゆえに、例えば永井先生のおっしゃったようなことが果たしてどこまでできるのか、あるいは大島先生のおっしゃったような、重症度がわかっているはずだと言うけれども、レセプトデータでは重症度はわかりませんね。

しかも主病名も、いわゆる保険診断名というようなものもあり、本当のところはどうなのかという、そういう限られたデータだけになりますので、それはまた別のデータとの関連をすとか、まさに医療機関とか研究機関とのジョイントというお話もありましたけれども、それをやらないと非常に不完全なものしかできない。せいぜい急性期、入院医療のDPCですと、そのデータもアップコーディングが可能という説もありますけれども、ある程度信頼性が診断名として正しいということであれば、あれを特定の疾患ごとに病院別に分けるなどということは、やろうと思えばできないことではないと思います。これは恐らく厚労省がやれると思うのですが、全部把握していると思いますので。そういうレベルの話ぐらいしかできないのではないかと思ったのです。保険者の皆さん、レセプトデータを利用する場合の制約ということについていかがですか。私は余り細かいことはよくわからないのですけれども、どこまで実現可能なのかな、という印象です。

○清家会長 では、柴田理事長、どうぞ。

○柴田理事長 よくお医者さんの話などを伺いますと、やはりレセプトデータとカルテで示されているデータは、レセプトというのは医療費の請求に用いるものですから違うのだという話をよく伺います。詳しいことはよくわからないところもありますけれども、本当にどういう医療をしてどういう効果が出たか。効果の方の測定というのはレセプトからはなかなか難しいと思いますけれども、遠藤先生おっしゃるように別のデータと合わせないといけなと思います。やはりレセプトを埋めるときには、よく言われる話ですから、我々がそういうことをつかんでいるとかということではないのですけれども、例えば病名のつけ方というのは、請求の合理性というのを説明するための病名のつけ方があるのではないかということと言われることがありますので、例えばそういうことから考えますと、レセプトデータが全てというわけにはいかないだろう。しかし、今までは全く何もなかったわけですから、そのレセプトということである程度のことはわかってくるというところはプラスではあるかなと思っています。

○遠藤委員 ありがとうございます。

○清家会長 今、同じテーマで議論しておりますけれども、永井委員、大島委員、追加的にはよろしゅうございますか。

○大島委員 私は限られているということは当然だと思うのです。カルテから全部引っ張り出してくるわけではないですから。しかし、例えば自分の経験してきたところから言っても、ある疾患で手術をするということになれば、ほとんど重症度というのはわかるのです。だから、大まかなところでのことというのは、そんなにとんでもない、意図して間違えたことをやれば別ですけども、そんなことでない限り、大体のことはわかるのです。大まかに見て、この病院はこれだけの費用でいい結果を出している病院だということなどは、1年間とか何千人という患者さんを診ていけばはっきりわかるはずだと思うのですが、それは全体のデータをずっと俯瞰して見ていけば当然見えてくるはずだと思うのです。

○清家会長 では、柴田理事長、どうぞ。

○柴田理事長 我々は、保険者として、保険者の仕事で必要なものをまず使うという考え方でありますけれども、そのデータが今度は先生おっしゃるようないろんなことに使えるではないかということはあると思う。そこはまず最初は研究のレベルでということになると思いますけれども、そういうことであれば先生方のお力を借りながらやっていくということはあると思います。

○清家会長 では、伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員 教えていただきたいのですけれども、国民健康保険中央会の資料の最後に呉市の事例が出ていまして、あちこちで聞くケースが多いのですが、聞いたケースでは、これで薬剤費が3兆5,000億円ぐらい節約できたという話を聞いたのですけれども、ほかの市町村のケースはほとんど聞かないということは、これは非常に例外的に成功したケースで、ほかは全くうまくいっていないのか、あるいはこの程度のことは大体のところで行われているのか。これは国民健康保険だけではなくてほかの方にもお聞きしたいのですけれども、そのあたりの現状について、つまり、どこまでこういうことをやればさらに効率化ができるかという相場観を教えていただきたいです。

○清家会長 では、岡崎会長、お願いします。

○岡崎会長 高知市も呉市と同じ形でほぼ対応しておりまして、現実には効果はあります。実際にその差額を計算する計算方法をどうするかという問題は実はあるのですけれども、必ず削減効果はあると考えていますので、ただ、呉市も実施をしてからそんなに10年もたっているわけではございませんので、我々のところもまだ数年ぐらいしかたっていないので、積み重ねをもっとしていった拡大、拡充していくということが大事だと思います。薬価が動いていますから、その関係もあるのです。ただ、効果はあると思いますので、まだ取り組んでいない市町村もたくさんございますので、広げていった方がいいと思います。

○清家会長 では、横尾会長、どうぞ。

○横尾会長 後期高齢者医療制度の場合も効果はあると思います。例えば約12万人近くいらっしゃる佐賀県内の場合でも、レセプト点検により7,000万円ぐらいが実は還付になります。あるいはジェネリックの紹介を今始めていますけれども、これにおいても意識的に少し医療費のために貢献したいなという人も年配の方にもおられますので、そういった効果も当然出てくると思っています。

さらに全国の広域連合あるいはほかの保険者の方の御意見でも以前別の会議で伺ったのは、保険者として立入り調査権をもう少し認めていただくと、いろいろな医療機関や医療に関係する機関に、これが正しいかどうかという調査権があれば、もう少しそういったことの不正を防ぎながら是正できるのではないかという意見があります。

○清家会長 ありがとうございます。ほかによろしゅうございますか。では、白川専務理事、どうぞ。

○白川専務理事 今の伊藤委員の御質問でございますが、調剤に関しては審査支払基金の方で電子化されたものですから、コンピュータによるチェックも1カ月だけではなくて縦覧チェックという言い方をしますけれども、数カ月にわたって調剤の記録を追う。と申しますのは、例えば90日の調剤、処方箋が出ているのに、また翌月90日が出るというケースもあるものですから、そういったものも自動的にチェックする仕組みになっております。

各保険者の方で健保組合などでは20ぐらいの健保組合が調剤の直接審査と  
いうのをやっております、それは審査支払機関を通さずに、直接健保組合  
の方で処方箋による調剤分のレセプトを審査する、支払いをするというやり  
方をしておりますし、かなり調剤についてはコンピュータによるチェックと  
人の目によるチェックと、かなり監視体制はできつつあるのかなと考えてお  
ります。

○清家会長 ありがとうございます。では、小林理事長、どうぞ。

○小林理事長 私どもは、今、呉市の取組の中で、例えば後発医薬品の使用促  
進については、協会設立のときからパイロット事業としてある支部が始めて、  
それが今、全支部がやっております、具体的には資料の9ページにジェネ  
リック医薬品の使用促進というのがありますけれども、これは毎年やってお  
りまして、かなり効果があるという状況でございます。

先ほど申しましたように、健診データとレセプトデータを突合して、本来  
であれば受診しなければいけないという人が未受診だったという場合は保健  
指導の中で受診勧奨をする、あるいは重症化予防ということはパイロット事  
業ということで始めております、現在それを全支部に拡大しようというこ  
とをしております。ただ、最後の調剤点検、これはなかなか難しいのでま  
だ手がついていないという状況でございます。

○清家会長 ありがとうございます。伊藤委員、よろしゅうございますか。

○伊藤委員 はい。

○清家会長 それでは、ほかに。では、駒村委員、どうぞ。

○駒村委員 資料としては、健康保険組合連合会が提出された22ページの資料  
の一番下を見ながら、もともとは厚生省の調査らしいので、給付内容とか定  
義とかがどう調整されているかわかりませんが、恐らく調整された上  
での医療費の比較なのだろうと思って見ております。

職業別や地域別に分立している社会保険方式をとっている、先ほども議論  
がありましたけれども、そのメリットとデメリットがあって、デメリットは  
先ほども議論があったように、情報が分散しているというのが1つデメリッ  
トのようですけれども、もう一個、メリットとしては、保険料で取るという  
のは当然としても、当事者の自治というのでしょうか、当事者が発言できる

というのが保険方式の1つのメリットと言われているところですし、それに伴って、いわゆる保険者機能を行使できるというのがその最大のメリットだと思うのですが、これは余り乱暴な比較はできませんが、ひとりあたり医療費を見ると、保険組合、協会けんぽ、共済組合、被用者3グループについては若干年齢差があるもの、保険組合の方は比較的頑張っているのかなと思うのですが、協会けんぽの方は、先ほどの協会けんぽの出された参考資料の13ページを見ても、特定健診の実績なども決してよろしくない状況だと思えます。

そういうものが、そういう保健事業に対する取り組みの差が長期的に医療費の差が生まれているのかどうか、こういう医療費の差をどういうふうに見てらっしゃるのか、どういうことが協会けんぽ独自のハンデになっているのか、どういうことを見直せばそこに踏み込めるのか、その辺をお話したいと思えます。当然、前提としては、この医療費の差の中には、総合健保組合の一部で、加入を希望する企業に対して、年齢や所得に関して条件を加えている可能性が議論されたこともありまして、それは恐らく「クリームスキミング」とか「いいところ取り」という問題もあるのかもしれませんが、そういうことが、医療費の差に大きな影響を与えているのであれば、問題だと思えますが、組合健保との医療費の差について、協会けんぽの御意見をいただきたい。

共済組合は、せっかくおいでになったのでこれについてもお聞きしたいのですが、共済組合も意外に医療費は抑えていないように見えます。これは何か医療費の定義の問題なのか、年齢構成の問題なのか、それとも共済が職域団体として十分に保健事業ができていないのか、その辺についても教えていただきたいと思えます。以上です。

○清家会長 それでは、小林理事長、どうぞ。

○小林理事長 私どもについて申し上げますと、160万事業所、3,500万人の加入者と申し上げましたけれども、健保組合さんは基本的には加入者が自分の社員だということでありますが、私どもは事業所ないし加入者との距離感が非常にあります。先ほど申しましたように、従業員数というのは9人以下が4分の3、かつ地域に散在しているということで、かなりそういう意味では難しい問題がありました。ただ、今、そういうことを踏まえて、例えば健診について被扶養者は相当実施率が低かったわけですが、当初は事業所経由で被保険者を通じて被扶養者に受診券を発行したものを、直接本人あてに受診券を送付するとか、事業者健診のデータをいただけるよう働きかけ



るということで、健診については今実施率を高めようとしているということでございます。

保健指導については、今協会の中に全支部で約700人くらいの保健師がおります。そういう中で、これはある意味では決められた定員数であり、これ以上なかなか増やすということは非常に難しい面がございまして、その中で目いっぱい保健師に保健指導をやってもらう。それ以外についても、外部への委託、保健指導の実施機関に対してできるだけ外部委託をして、実績を増やしていこうと取り組んでおります。継続支援については、例えば業者のITを活用しながら、実施していくということで、今、色々な施策を打ちながら実施率を高めようとしております。その中で、先ほど申し上げたような色々な医療分析の中で、本来であれば受診しなければいけないという方については、受診勧奨をしながら健康増進に結びつけようということでやっているところであります。

○清家会長 それでは、共済組合について、給与共済課長、よろしく申し上げます。

○財務省主計局給与共済課長 共済でございますが、これは当然職場単位で組合を組織してございますので、こういった健康診断につきましても職場内で周知活動等実施しております。恐らくそういった要因だけではないと思いますが、そういった職場と密接に関連していることもあって、こういう比較的高い水準の特定健診の実施率が出ているのではないかと考えております。

○清家会長 ありがとうございます。小林理事長、どうぞ。

○小林理事長 もう一点、申し忘れてましたけれども、協会と事業所あるいは加入者との間に、先ほど申しましたが距離感がものすごくあります。物理的な距離感に限らずそういう距離感が非常にあるということで、今、それをできるだけ事業所にいる健康保険委員にご協力いただいて協会との距離感を縮めようということとか、あるいは支部長が自らが事業所に出向いて、その辺の関係を密接にしながら距離感を縮めようという努力をしております。そういう意味では、こうした努力も一つの施策となってまいろうかと思っております。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、ほかに。では、西沢委員、よろしく申し上げます。

○西沢委員 大島委員と永井委員のお話に戻るのですけれども、これは重要だ  
と思うのです。例えば私たちが医療を受ける中で戸惑うのは、病気になった  
ときにどこの病院に行けばいいかなかなかわからない。本屋さんに行くと、  
いい病院、悪い病院という本があってメディアに頼るわけですがけれども、そ  
れでも本当は保険者の方で、ある程度ここはいいですよ、悪いですよという  
情報が得られるのが、多分本屋さんで本を買ったり、口コミに頼ったりする  
よりも我々としては幸せだと思うのです。

今までのお話を伺った中で、保険者の皆さんは例えばレセプトチェックと  
いってもノウハウとか資金の面でまだまだ不十分であるといったお話もある  
かもしれませんがけれども、ただ、これはこの場で言いつばなしにしないで  
是非積極的に一歩踏み込んでいくべきだと思いますし、例えば健保連さんなり  
協会けんぽでもホームページでいい病院、悪い病院と挙げるのが適切かわか  
りませんが、協会けんぽさんであれば都道府県ごとに大きな病院があ  
って、年に1回、院長さんと懇談をされて、それだけでも病院の良し悪しは  
肌で感じるができると思うのです。

ですから、レイティングしなくても、その対談の様子をホームページに載  
せて、都道府県下の協会けんぽの加入者の方にお知らせするとか、そういう  
ことでも非常に重要な情報になってくると思うので、口コミや雑誌とかメデ  
ィアで病院を選ぶという状況を作らないようにしていくことだと思います。  
情報の有効活用が今議論の中で非常に重要になってきたと思いますので、い  
ろんな保険者が我が国は何千もありますけれども、ネットワーク化して、  
それは法律が障壁になっているのか、何かわからないですが、せっかくマイ  
ナンバーを入れますから、我々が迷わないように情報提供していくというよ  
うな形にしてこの会議で報告していくのがいいかなと思います。意見ですの  
で、お答えとかは要らないです。

○清家会長 わかりました。それでは、ほかに何かございますか。では、権丈  
委員、どうぞ。

○権丈委員 協会けんぽの方に高齢者医療制度への支援金について質問させて  
ください。

これまで経済界とか地方三団体の話を伺ってまいりました。その中で、今  
日の話と整合させますと、健保連と経団連はこの支援金について同じような  
ことを言っている、矛盾がない。国保中央会と広域連合は地方三団体と同じ  
ようなことを言っている。先ほどの健保連、経団連は、総報酬制は反対だと、  
要するになるべく避けたい。国保中央会、広域連合、地方三団体は、広域化

を要するにやってもらいたい。ただ、協会けんぽと商工会議所が違うのです。協会けんぽは、今日は高齢者医療を支える現役世代の負担を頭割りから支払い能力に応じた負担に全面総報酬割をやってくれと書いてある。けれども、商工会議所が報告したときには、全面総報酬割の導入には反対だと、「協会けんぽの負担を健保組合に付け替えるだけの全面総報酬割による財政調整は保険料低減に努める保険者機能を見捨てるものであり反対」と書いてある。2つの報告を受けた我々はどう理解すればいいのかというのを教えていただければと思います。

○清家会長 では、小林理事長、お願いいたします。

○小林理事長 保険料というのは基本的には公平であるべきだと考えておりました、まず1つ、高齢者医療に対する拠出金そのものについては、私どもだけに限らず年々増加しております。例えば24年度は3,000億円、25年度は2,000億円を超える増加があるということで、これは後期高齢者だけではありませんけれども、高齢者医療に対する拠出金というのは年々増えているという中で、全支出の中の4割以上を超えているわけですね。拠出に対して給付の見返りが無いもので、さらに拠出が増えるということで大変重たくなっているということでありまして、これはまたもっとそういう高齢者医療については公費を入れる、現役世代については負担が限界だと思っておりますので公費をと私どもは思っております。それは世代間ですが、さらに世代内については冒頭に申し上げた公平性ということが大事になってくると思いますので、そういう観点から、例えば収入に応じた応能負担というか、総報酬按分は是非100%ということをお願いしたいということでございます。

○権丈委員 では、協会けんぽの、国民の3.6人の中の1人が加入している協会けんぽというのは支持をすると、総報酬制の全面適用を希望するという解釈でよろしいわけですね。こちらの日商の方とは意見が違うということですか。

○小林理事長 日商さんも、これは必ずしも協会けんぽのメンバーだけではなくて、恐らく健保組合の方たちが相当メンバーになっているということもあろうかと思っております。したがって、日商さんは基本的には団体としては反対と、ただ、日商さんは協会けんぽに対する国庫補助率20%、健康保険法の上限20%、これはこちらでやってもらいたいという御主張だと私どもは承知しております。

○権丈委員 もう質問ではないのですが、日商の方から協会けんぽのことが図表でいろいろと示されながら協会けんぽの代弁者としてこういうことをおっしゃっているように受けとめられたので質問させていただきました。

○清家会長 では、ほかに。白川専務理事、どうぞ。

○白川専務理事 権丈先生の御質問、私どもは被害者ではないのですけれども、私どもの参考資料の方の10ページ目にこの件につきまして整理させていただきましたので、ごらんいただければと思います。

参考資料の10ページでございます。「後期高齢者支援金への総報酬割導入の議論について」。私ども健保連も別に総報酬割導入に反対と言っているわけではございません。そこに表がございますけれども、一番右に協会けんぽさんの欄がありまして、加入者割でいきますと1兆9,200億円、後期高齢者支援金の負担額です。ただし、これには国庫補助が3,100億円入っておりますので、実質負担は1兆6,000億円。一番下に全面総報酬割の数字がありまして、全面総報酬割にしますと協会けんぽさんは1兆6,000億円の負担で済む。ただし、実質負担は変わりませんで、減る分は国庫補助の3,100億円が減るだけということでございまして、したがって、この3,100億円の国庫補助が減った分を健保組合と共済組合が負担するというのが今の構図になっているものですから、我々としてはこの構図は公費の肩代わりだということで反対しているわけでございます。

申し上げたかったのは、公費、国庫補助3,100億円減った分をどこで活用していただけるのかという点で、多分協会けんぽさんと私どもで意見が違う。私どもは高齢者医療制度にこの分を入れていただきたいということでございますが、協会けんぽさんは協会けんぽの補助率20%という御要求だと思っておりますが、そちらに使わせてくれということだと思います。それで経営者団体の方は、いずれにしても健保組合、共済組合の負担が増える、あるいは肩代わりということから反対という御意見だと思いますし、私どもも同様の意見、立場ということでございます。

○清家会長 では、まず小林理事長、そして権丈委員、どうぞ。

○小林理事長 この総報酬按分については、先ほど申しましたように、総報酬按分にして、それが浮いたものを私どもの国庫補助に使うという、私どもはそういうことを言っているわけではなくて、基本的には総報酬按分は負担の公平性という観点からそれを申し上げているということでありますので、必

ずしも国庫補助の財源として浮いたものをと考えているわけではなくて、まず負担の公平性が重要なのではないかとということで私どもは申し上げているわけです。

○清家会長 では、権丈委員、どうぞ。

○権丈委員 今、健保連の方からありました資料で、仮に3,100億円というのがありますね。これが現役世代の負担軽減につながるようということで、仮に国保の方に回ったらどうなりますか。

○清家会長 白川専務理事、どうぞ。

○白川専務理事 このお金を直接国保に入れろとかそういう話ではございませんで、私どもとしては、例えば国保の中でも前期高齢者の、我々から言うと納付金といいますか、国保さん側からは交付金という形になっておりますけれども、そういう形でこれを使っただけということであればよろしいのではないかと考えております。

○権丈委員 負担軽減につながるのであればよろしいわけですか。

○白川専務理事 そういふことではございます。現役世代というのは国保側にも現役世代がございまして。

○権丈委員 わかりました。

○清家会長 よろしいですか。それでは、ほかに。では、岡崎会長、どうぞ。

○岡崎会長 関連して国保ですけれども、前回の資料の中でも国民健康保険から出しています後期支援金と介護納付金が非常に伸びていて、その部分が国保財政そのものの中にかぶってきていますので、それを保険料に転嫁して載せるといふのは非常に限界になっていきますから、国保の方も非常に負担ができないということになっていきますので、それは前回資料でお示しをしました。そうすると、国費の拡充の部分でカバーしないとどこも負担できないという状況なのです。しかも国保は所得が下がっていますので、77万円という国保の限度額に我々のところであれば年収500万円の世帯が引っかかっていますから、年収500万円で77万円の負担を既にしていますので、もうそれ以上負担

できないというところまで、限度ラインまで行っていますから、今のお話、国費の拡充の部分でカバーしないとできないと我々も考えています。

○清家会長 ありがとうございます。よろしゅうございますか。それでは、ほかに御意見ございますか。では、宮武委員、よろしいですか。

○宮武委員 後期高齢者広域連合、横尾会長にお聞きしたいのですけれども、高齢者医療制度そのものは初期の混乱から立ち直って大変定着してきたと言う方が多いわけでございますし、それはまさに各連合体が努力なされた成果であるかと思えます。ただ、今日いただきました資料の中でも7ページを見ますと、率直に連合としての今の課題を述べておられて、自主財源がないとか、あるいは独自の事業展開が難しいとか、そういう点は広域連合という寄合所帯の弱さというのが見えるわけでありまして、また単独で医療費適正化には限界があるし、また保健活動についても限界があるとおっしゃっているのは、75歳で区切って、それ以上の方を扱っている広域連合と、74歳までの市町村国保との間で制度を切ったことによる弱さというのも当然現状として出ているのだらうと思えます。

そんなことと同時に、職員についても今は市町村から派遣をなさっている。輪番制をたしかなさっているのだと思えますけれども、千数百人ということですが、加入者は先行き2,200万人まで伸びていけば、当然ながらまた職員の派遣も増えてくるだろう。それにしたがって、市町村国保の担当の職員が減るとは思えませんね。そういうことがこれから起きてくる。両方に職員を張りつけていかなければいけない。

また、ITのシステム改修についても診療報酬の改定のたびに、また法律改正のたびに市町村国保1,700余りがそれぞれにシステム改修のお金をかけておられる。そして、さらに47都道府県の広域連合体もその改修にお金をかけておられる。私どもから見ると、随分無駄ではないか。都道府県単位化されればもっと効率的にできるのではないかと思っているわけでありまして。

それについてのお答えがいただきたいということと同時に、最後に、将来的には介護保険との言ってみれば一体化の必要性というのを書いておられるのですが、ここが非常に難しく、医療は医療供給面においてもリスク分散の面から言っても都道府県単位というのがどこの国でも大きな流れになっています。市町村はむしろ身近な介護の問題に取り組むということになっているわけですが、横尾会長代理、市長である立場からいって、介護保険との一体化というのはどんな構想、イメージを持っておられるのか教えていただけませんか。

○清家会長 では、横尾会長、よろしく願いいたします。

○横尾会長 大きく2点いただきました。

最初の方ですけれども、現状に関する職員とかシステムのことですけれども、職員は先ほど申し上げましたように、各市区町村からの派遣でありますので、およそ3年でローテーションを組んでいきます。実はこのことは先ほどの説明で申し上げましたが、この制度がどうなるかによりまして、派遣する元である自治体での人事とも関係します。誰をいつまで派遣する、幹部はいつどうする。そこが見えないとなかなか厳しいという状況が続いてきているところでもございます。

システムについてでありますけれども、レセプトチェックなどのシステムは、実は広域連合は基本的各県の国保連合会に委託しておりますので、細かいレセプトチェック等は国保の方のバックアップをしてもらいながらやっているところです。そういったことをやっているわけですけれども、今、御指摘があったようになかなか無駄もあるのではないかとということですから、無駄がないように心がけているところですが、確かに県単位でやるのであるならば、例えば都道府県が保険者となって現場の保険料徴収あるいは個々の給付の細かい説明等は市町村が引き続き役割分担をしていく、全体のマネジメント、財政運営、様々な健康に関する広報とか啓発とか、そういった健康保険戦略は県として一体的にやっていくという方がはるかに効率的だと思います。

地域保険ということをあえて申し上げたのは、例えば御家庭で考えていただいたらわかるのですけれども、特定健診や健康診査の勧誘はそれぞれ保険者から来ますから、違う封筒で、違う時期に、違う内容で来ると思います。私、別の会議で申し上げたのですけれども、家族まとまって「今日は健診の日ね」と組めるようになれば、「おじいちゃん一緒に行こうよ」と孫に手を引かれて行くとかということで、「みんな元気でよかったね」というのがあっていいと思うのです。そうすると、「健康をもっと大事にしなければね」と思います。

先ほど途中の質問で話題になった受診率のことですけれども、例えば多久市の場合、今、特定健診の受診率が5割に乗せてきました。何を変えたかという、全体に対して「公民館に行って健診を受けてください」というのは最近やめました。個別にアタックしようと。数値の悪い方等判明してきますので、その人をさらにフォローしていこうということをしていっています。行動変容があった人を保健師に個別に調べてもらいました。どうしたらその

人は行動が変わったのか。それはただ広報で「行ってくれ」と聞いた人は行かないのです。「なるほど健診に行って高血圧を調べれば自分の腎機能も良くなるのだな」とか、「糖尿病にも影響しているから調べなければいけない」、「味噌汁を持って行って調べてもらったら塩分が高いから減塩しよう」、「数カ月すると随分血糖値や血圧値もよくなった」ということを体感すると行動がどんどん変わって行って、その人が今度は発信元になって、「みんな行けよ」となります。

ですから、個々に医療の専門家が持ってらっしゃる、例えば民間のテレビ番組になっているような、「こうなったら元気になりますよ、これが大事ですよ」ということについて本当に納得できるような情報提供をきちっとしていくことが実は行動変容につながるようです。その体験を一度してしまますと、多分その人は次の年も健診に行かれると思います。

たまたま共済とかは公務員は仕事で行かなければいけないので実は受診率が高いと思うのですけれども、そういった工夫もしながらやっていくという保健行政も含めて県単位で都道府県が主体となって責任を持ちながら市町村と連携しやっていくというのが重要だろうと思います。

また2点目に御質問になった介護保険のことですけれども、たまたま私の家族も含め、知り合いの方とかが介護保険を利用するようになった経験があります。そのときに、やはり自分の健康はどうなのか。それまでの病気、今度いよいよ介護保険の窓口に行かなければいけない。いわゆるソーシャルワーカーがやってくださるところを一般の方は最初わかりません。いきなり相談に行き、説明を聞きます。すると、行政用語で正確に言いますので多分言葉がよくわかりません。次に、パンフレットをもらいます。これもまたなかなか難しく我々も工夫しなければいけないと思っていますが、そのつながりをちゃんとやらないと。例えばかつては50歳、60歳が平均寿命だった社会が今では80~100歳が平均寿命になろうとしていますので、車で言うと倍乗れるようになっているわけです。そうすると、メンテをちゃんとやらなければいけない。

片や弱ったときには、弱ったときなりに筋力補強とか転倒防止とかをきちっと意識してやらなければいけないということを滑らかにつないでいくことが結果的には医療の過剰な負担を減らすこともできますし、その人の長寿寿命も健康寿命も延ばすことができますので、そこら辺をうまくつないで、仮に体が弱っても介護保険でちゃんと世話をしてもらってバリアフリー化、ユニバーサルデザイン化もできて、自分のペースで動きながら生活もできますよ、健康も保持できますよという社会をちゃんと描いてあげれば、多くの方々は、年老いても自分は大丈夫だなとだけ思っていただけ。そのことがひいては



ヨーロッパにあるように、可処分所得が使えるようになる可能性があると思うのです。かつてはきんさんぎんさんも「講演料をもらったら老後のためにとっておく」と言われたのは、100歳のころだったと思いますけれども、そうならないためにも医療と介護というものがうまくつながっていった安心を高めていくということがとても大事だと思います。できたら、そのために総理大臣の施政方針演説の中で健康戦略ということを確認にうたっていただいて、そして「みんなで健康をチェックしようよ、みんなで受診率を高めて先進国並みにしていこう、そのことに基づいたデータに基づいて医療とか介護とかをちゃんとやっていこう」としてほしいなと願っています。

○清家会長 ありがとうございます。

○宮武委員 介護保険の保険者も都道府県単位化しようという意味ではないですね。念のために。

○横尾会長 私も素人なので、できればそういった議論は将来あった方が、地域保険としては窓口が別々とかではなくていいのではないかなと思います。例えば介護保険に関しては、今は多分市町村単位の窓口で御相談に見えています。ある福祉の窓口では介護保険を受け付けます、片や健康の方をやっていきます。でも、受ける人は同じ市民、町民、村民なのです。そこはわかりやすくシームレスにつなぐというのはとても大切だと思っています。

○清家会長 では、山崎委員、どうぞ。

○山崎委員 ありがとうございます。今の横尾会長のお話なのですが、一方で、地域包括ケアという大きな流れがあります。医療から介護へ、施設、病院から在宅へという流れでございますが、明らかに市町村がベースになるのだろうと思います。その市町村が地域で引き受ける、特に介護で引き受けるという努力が高齢者の医療と連動しなければいけないのではないかなと思います。ですから、給付と負担の関係において医療と介護を一体的に捉える必要があると思っています。その場合に、恐らく都道府県単位で一体化ではなくて、市町村に軸足を置いた一体化なのだろうと思います。それについてどのようにお考えかということと、関連して、岡崎会長にお尋ねしたいのですが、持続可能な医療保険制度にするためにということで広域化に当たっては保険料徴収と保健事業の実施に熱心に取り組む市町村への支援が必要だということをおっしゃられるわけでございますが、つまり、広域化する、当面は都道府

県単位化ということをお考えになっているようでございますが、そうすると、保険料は一本になる。しかし、保険料徴収と保健事業に取り組む市町村への支援が必要だということなのですが、ちょっと矛盾するようなところを感じるのですが、例えば保健事業の最終的な成果は実質的な医療水準にあるとすれば、その医療費水準を保険料に反映させる必要がある。

つまり、わかりやすく言いますと、協会けんぽというのは全国一本の保険者ですが、都道府県ごとに保険料水準を変えているわけです。これは医療費水準を反映させるという観点でございます。それと同じように、財政単位は広域化し、都道府県単位になっても特にこれからは高齢者医療が大事で、しかも介護と一体的な事業を推進しなければいけないということになると、市町村のそういった取り組みがきちっと反映する仕組みを入れなければ、安易に広域化し、保険料を一本化するということは、そのような努力を削ぐことになるのではないかなと思っておりますが、いかがでしょうか。

○清家会長 それでは、横尾会長、そして岡崎会長、よろしく願いいたします。

○横尾会長 私から最初の方を回答いたします。

市町村単位でいいのではないかという御質問かと思えますけれども、例えば日本国にある自治体は百数十万人の自治体から数百人の自治体まであります。数百人並びに数千人の自治体の場合の国保財政はもうピンチです。このままいくと、多分10年も持たずして本当に財政が破綻していくような状況がありますので、まさに各都道府県において国保の広域化を図る努力をしているところです。その重要性、また危機感というものを我々は持っておりますので、例えば私は佐賀県にいますけれども、佐賀県は全首長が数回集まりまして、県の保健担当本部長を入れてどうあるべきかを議論し、暫定といいますが統合化計画をまとめて厚労省にも出しました。

あとはどうしていくかということになりますと、保険料をそろえるとなると、上がるところ、低くなる場所があります。給付の内容あるいは細かいケアの内容をそろえるのかどうかの議論があります。でも、これは無理だからやらないと言っていると、先ほど言った問題は何も解決しませんので、おおよそ広域化すべきだろうと思うのです。

そのときに都道府県が大変御懸念されるのは、そんな赤字ばかり抱えている国保などは要らないよと、困るではないかというお話かと思っておりますので、先ほど少し権丈委員からもお話が出ていましたけれども、どこか出てくるような財源があったらそれをそこに充ててしっかり支えてそのことを確立す

る、そして地域の安心を高めるということが重要だと思っております。

もう一つ、都道府県のことなのですけれども、やはり都道府県が保険者となることによって、例えば私の市は保健所がありません。保健所は県が持っておられます。あるいは全県的なものに関しては県が当然指導されます。もちろん、政令市はちゃんと単独で保健所をお持ちでございますが。そういった制度の違いはありますけれども、国民の、生まれてから天寿を全うするまでの健康や保健、医療・介護、福祉というものをトータル的に見ていく意味ではある程度の広がり、または財政の支え合いというのが当然あるべきだろうと思っておりますので、できるだけ都道府県ということが重要だろうということで先ほど申し上げたところです。

○清家会長 では、岡崎会長、お願いします。

○岡崎会長 先ほどの市町村国保か都道府県国保かという御質問に究極的にはなるのだと思いますが、例えば高知県30市町村の中でも相当保険料はばらつきがございます。非常に安いところと高いところ。これも我々は都道府県国保の中で同じ高知県民でございますので、保険料は平準化していく必要があると考えているところでございます。

そのときに、前回も少し触れましたが、決まっているわけではございませんけれども、都道府県は例えば標準保険料率という標準的な率を定めまして、各34市町村がその保険料の徴収に当たるという仕組みが有力です。そのときに、例えば標準保険料率に届かない市町村をどうするかというところがございます。

いつも国の制度という、先ほども加算減算という表現がありました、ペナルティで減算して交付金とかをカットするというのがどうしても入ってくるのですけれども、我々はそういうやり方は反対でして、どちらかというところを頑張っているところを加算する。引き算ではなくて足し算にしてくださいということを常々いろんな制度の中でも言っています、厚労省のいろんな交付金の中にも全然別のものを引っ張ってきてカットするというやり方があるので、そういうやり方は間違っているのではないですかということで常々指摘をした。だから、頑張っているところを加算するというやり方を持ち込むべきではないかと考えています。

それと、いわゆる保健指導としての様々なヘルス事業とかいろんな呼び方をされていますけれども、これは市町村がきめ細かくやっていくところが恐らく現実的ではあると思います。保健事業のところは各市町村、徴収も市町村がかなり責任を持って負います。ただ、都道府県内の保険料の平準

化というのは今でも相当格差がありますので、その格差を縮める意味でも都道府県国保というものにしていかなければいけないということと、先ほども触れましたように、市町村には医療機関に対します指導権限がまずほとんど来ていないので、医療機関に立入検査とかできないのです。そこもありますので、都道府県国保が今よりももっとうまくいくと踏んでいます。

ただ、都道府県がどうしてもある意味はつきり嫌がっているのは、財政の保障がないというところで嫌がっていますので、そこはしっかりと国の責任で国保財政の責任は最終的に国が負うというところを明確にさせていただくべきだと考えています。

○清家会長 ありがとうございます。山崎委員、どうぞ。

○山崎委員 広域化する大きな狙いが保険料負担の平準化にあるようではありますが、医療費水準が違うことによって保険料水準が高くなる。例えば高知県で言えば、高知市は非常に医療水準が高くて保険料が高いというわけですが、それはある意味で他の市町村から見ると公平な負担、高知市は医療水準が高くて高い保険料になっているのはある意味では公平だということになるのではないかという気がします。私が言うのはそういうことです。地域で引き受ける努力をしている市町村の励みになるような仕組みでないといけないのではないかなという気がいたします。

第5回の国民会議でご説明いただいた、川上村の村長さんは非常に努力しておられて、長野県においても相当に高齢者の医療費が低いわけですが、後期高齢者医療は一本でございいますから、むしろ川上村は努力にもかかわらず非常に高い負担を後期高齢者医療でしているという矛盾があちこちにあって、それでは地域包括ケアは進まないのではないかなと思っております。

○清家会長 岡崎会長、どうぞ。

○岡崎会長 高知県も日本の縮図みたいなのところがあるのですが、高知市に医療機関が非常に集中しておりますし、それと高度医療ができる医療機関というのは高知市内しかありません。もちろん、高知市以外の市町村は、禰原とか非常に熱心に健康保険事業に取り組んで、医療費の低いところは現実にあります。そういうところから見ると、例えば高知市のために負担するのは嫌だとかというのが現実的にあると思いますが、実際に高度医療、難しい肝臓がんの手術とかというと、とてもではありませんが高知市以外ではできない

ので、結局そこで手術をしなければいけませんし、最終的には高度医療とか難病の問題とか、高知市の医療機関でやらないと対処できませんので、そういう意味で全体として保険料を平準化して、難しい病気は高知市で手術しなければいけないところも含めて都道府県国保でならしていった方がいいというのが我々の考え方であります。

○清家会長 それでは、時間も押しておりますが、ほかに。榊原委員、そして西沢委員、よろしくお願いします。

○榊原委員 ありがとうございます。低経済成長下で医療費が増え続けている問題についていろいろお考えを伺ったわけですが、持続可能にするためには医療費の適正化が必要であるというところの問題意識は共通だと思っておりますが、その中で現役世代の収入が伸び悩んでいる。かつ、これから急速に現役人口の減少も加わってくる。その中でどうやって増え続ける高齢医療を支えていくのかというところの解は極めて難しいわけです。現役世代の負担がもう限界であるという議論はここ10年ぐらいされてきたと理解していますが、保険運営をなさっている中で、現役世代にとっての負担の限界についてのお考えを改めて伺ってみたいと思います。現役の窓口負担は3割になりました。天井だと言われております。保険料の方で、支援金で財政調整でということもやってきたわけですが、減っていく現役世代の一人当たりの負担をどんどん増やしていくということがどこまで可能なのか。お考えがあれば伺わせていただきたい。

もう一つ、医療費の適正化ということで、例えば2001年、2002年の医療制度改革のときには、老人医療費の伸び率について何か目標値、仕掛けを作るべきではないかという議論もありました。ただ、供給体制にゆがみをもたらすのではないかということで見送りになったと理解しています。結局、病床規制や生活習慣病への介入、診療報酬の改定であるというようなところで適正化の努力を重ねてきたという経緯がありますが、医療費適正化のこれまでの取り組みについて、その効果についてどう評価なさっているのか。今後に向けてどう適正化に取り組むべきか、何かアイデアがあれば教えてください。

○清家会長 それでは、どなたから。では、横尾会長、岡崎会長、お願いします。

○横尾会長 まず、現役世代の負担の限界ということですが、たまたま

私は市町村職員共済組合の理事長もしております、この間会議をしまして、職員側の理事からこのことが問題提起されました。後期高齢者医療制度への支援金はなかなか厳しくなっている、もっとこれは軽くできないものかという厳しい指摘も含めてありましたので、後期高齢者医療広域連合の連合長をやっていますので詳しく説明をして、ジェネリック、レセプトチェック、健康指導その他をして努力をしているところはお伝えしているところです。是非それを続けてほしいという意見をもらったところです。確かにそういった負担感が増えていきますので、やはり重要だろうと思っています。

あわせて医療費の適正化とも関係してくるのですけれども、もっと若いときから本当に健康を考える教育をしていかなければいけないのではないかと思います。行き当たってから、がんになりました、開腹手術をして検査を試みたら、もうステージ3、4で大変な状況で医療費はもっとかかります。あるいは糖尿病がひどくなりました、治療をしようとしたら透析しかありません、年間500万円かかるとか、そういった大変な状況になってからでは間に合わないし、御本人も不幸になります。だったら早い時期にそれを教えて、早く健康を守るという教育も非常に重要だろうと強く感じています。それでは時間がかかりすぎるではないかということがあるのだったら、私は是非国民の皆さんにワールドカップかオリンピックみたいに4年に一度だけでいいから、保険負担でも国費負担でも公費負担でもいいから全国民が1回健康チェックを受けるということをしたらどうかと個人的には考えています。そのことによって自分の状況がわかって、ではどこに気をつけようとなっていくことが、ひいては適正化、医療費削減になるのではないかなと思います。

さらに、もっと具体的にアクションを起こすにはどうしたらいいかと考えましたら、例えばついこの間確定申告が終わりましたけれども、健診を受けた方は1万円を控除しますとか、5,000円を控除しますとかすればみんな健診に行くのではないかと。1回行ってくれば自分は血液検査でどこが弱点だとか、ここは気をつけなければとわかると思うのです。それをしないために本当に多くの方々が何とか元気だよと、若いから元気だよとって、気づいたときにはイレギュラー、大変な状況になる。是非早めに健診を受けるということをしていくべきだろうと感じています。

○清家会長 ありがとうございます。では、岡崎会長、小林理事長、お願いします。

○岡崎会長 若い方々の例えば国保で見ますと、前回資料でも1回我々のとこ

ろで弾いても、高知市の場合、2人世帯の給与所得合算で500万円ぐらいの世帯で国保の限度額77万円に到達するという状況でございますので、やはり限界に達していると思います。

ただ、その負担をどこに求めるかというのはバランスの問題がございますけれども、先ほど出ています総報酬割をどこまでの限度で入れ込んでいくかというバランスと、公費の拡充のバランスのところを試算しながら最後どこかへ落とししていかなければいけないのではないかと思います。特に国費の拡充は欠かせないと思います。

あと医療費の抑制の問題はなかなか難しい問題もございます。それぞれの御専門の医師会の判断もございますので、少し難しい点はございますが、先ほどの健診とかの絡みで言うと、よく現場から聞いていますのは、例えば高血圧の方々がおられると思いますが、ひょっとしたらこの中にもおられると思いますがけれども、高血圧の方々は本当は薬を飲まないといけないのですけれども、飲むと体の調子が悪いので途中でやめる人がたくさんいますね。そうすると、高血圧の場合はいろんなところに障害が出ますので、よけい医療費がかかっていくという事例はあると思います。そういうときに適正に保健指導がきちっと指導できるかどうかというところが、例えば身近な問題なのですが、あろうかと思えます。

もう一つは、高度医療をどの範疇まで認めていくか。これは保険者側の問題でもありますし、診療報酬との問題でもありますけれども、これから多分がん医療等でまだまだどんどん高度医療と新しい医療技術の導入というのはたくさん入ってくると思いますので、それはお金がかかります。保険者としてもどこまで保険適用で見るとかというのはいろんな判断があるかと思えますので、こういうものをバランス的にどうとっていくかという課題があろうかと思えますので、かなり複合的な視点で恐らく検討していかなければいけないのではないかとはいえます。

○清家会長 小林理事長、恐縮ですが、時間が迫っておりますので短めにお答えいただけますでしょうか。

○小林理事長 保険料率がどこまでが許容されるのか、限界なのかという御指摘がございましたけれども、私どもは協会が20年10月にできてから赤字を解消するために毎年大幅な引き上げをしてきて、結局24年度は平均保険料率10%ということになってしまったわけです。この状況は私ども中小企業が加入者ですから、日本の経済あるいは国民生活を支えている中小企業の皆さんの経営基盤あるいは従業員の雇用だとか生活、こういったものに対して大変

厳しい状況になってきまして、私ども47都道府県に評議会がありますけれども、その声は大変悲痛な声になっております。

そういう意味では、税金と違って赤字経営であっても納付義務のある保険料負担の重さは是非御理解いただきたいと思っております。重ねて申し上げますと、私どもの資料の4ページ、5ページですけれども、特に5ページです。3年間特例措置、これは今年3月末に切れまして、2年間の延長をしていただくという法案が国会に提出されています。なおかつ、今ある準備金を活用して、結局平均保険料率10%を2年間据え置きとすることができるようにしてもらったのですけれども、ただ、27年度からまた5,000億円超の赤字になる、あるいは29年度は最大で2兆3,700億円の累積赤字になるという中で、医療保険制度そのものは抜本的にこれから見直ししていかなければいけないと思っておりますけれども、当面2年間の据え置きにしたときに27年度、29年度を考えていかなければいけないということで、中長期的な問題として今どうするかという問題については、ものすごく中小企業の皆さんには大変大きな問題になっているということは御理解いただきたいと思っております。

先ほど、後期の高齢者医療制度の総報酬割と国庫補助率の引き上げはリンクしていないと申し上げましたけれども、冒頭に申しましたように、各保険者間の財政力だとか報酬水準を調整する趣旨で今の健康保険法上は、私どもについては国庫補助が制度的に組み込まれている。その機能が現在のこういった状況の中で機能していないのではないかとということで、まず私どもの最大の要請というのは、今の16.4%という国庫補助割合を法律上で予定している20%まで是非お願いしたいというのが私どもの最大の要請です。

保険者機能の発揮ということですが、これは繰り返しになりますけれども、9ページ、自らできるということで協会がスタートしたときから色々な取り組みを進めております。色々な支部でパイロット事業を実施してそれを全支部に拡大するというので、まさに今4年半たったところで保険者機能強化アクションプランとしてさらに実践していこうということで、一つ一つ地道にやっていくしかないと思っております。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。では、西沢委員、手短かにお願いします。

○西沢委員 総報酬割の話で出口を見つけなければいけないのですけれども、議論のパーツとして中長期の財政シナリオが必要だと思っております。消費税10%で恐らく止まらない状況のもとで、これから10、11、12と上げていくのであれば、3,000億円あれば消費税を例えば0.12ポイント下げることができるわけであって、予算制約を明確にした上で議論をしていく必要があるかと思っております。



いますので、議論のパーツを作っていくことが重要かなと思います。

○清家会長 ありがとうございます。白川専務理事、どうぞ。

○白川専務理事 すみません、今の西沢先生のお話と榊原先生の話と絡む話でございますけれども、まず現役世代の負担の限界はどこかという御指摘がございましたけれども、これは非常に難しい問題で、要は被用者保険で言いますと事業主の負担の限界、加入者、被保険者の負担の限界、保険者としての負担の限界というのがございます。1つの考え方は、自分たちが納めた保険料を自分たちのために使えるかどうかということが1つのメルクマールになると私どもは思っております。今のように自分たちが出した保険料の4割強を高齢者に拠出するというのは余りに異常であると思っております、これがさらに増えると見込まれますので、もう限界と考えております。

適正化についてアイデアはないかという御質問がございましたけれども、私どもは高齢者にも応分の負担をお願いすべきだと申し上げております。それは1割負担を2割負担にすべきということもありますし、今の高齢者、特に70歳以上の方には高額療養費、外来について特例の取り扱いもございます。非常に負担が軽くなる仕組みになっております。

例えば話題になっておりますけれども、生活保護の方々の医療費、一部自己負担という案もございましょうし、ジェネリックのような安い薬品を使っていたくのを義務づけるとかいろんな工夫があると思います。基本的には決め手になるものはないと思いますので、様々な工夫を少しずつ積み重ねて抑制していくということだと思えます。

西沢先生のお話、3,000億円というのは今総報酬割のお話だけだと思えますけれども、私どもは3,000億円で足りるとは全然思っておりません。高齢者医療制度には50%公費というのが私どもの主張でございますが、今、申し上げたような様々な工夫で医療の係る国の財源を少し組み直ししていただいて、その中から捻出をしていただきたいという希望でございますので、先生おっしゃるとおり、国としての財政の枠というのも考えて、是非御検討いただければと願っております。以上でございます。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、大変恐縮でございますが時間がございませんので、本日の議論はここまでとさせていただきたいと思えます。各団体の皆様におかれましては、お忙しいところを御出席賜り、ありがとうございます。これからの私どもの議論の参考にさせていただきたいと思えます。

私の不手際で大変恐縮ですけれども、委員の皆様方にはもうお願いをした時間が来てしまっておりますけれども、今しばらく少し議事を進めさせていただいてよろしゅうございましょうか。

【「異議なし」と声あり】

○清家会長 では、少し進めさせていただきます。

それでは、本日は三党実務者協議に関する資料をお配りしておりますが、これは時間の関係もございまして御参照いただければと思います。

続きまして、前回の国民会議で3月13日に三党実務者協議が行われた際、民主党から「制度を利用する立場の団体などの声を聞いてはどうか」との御趣旨の御指摘があったということをお紹介いたしました。この点につきましては甘利大臣とも御相談をいたしまして対応を検討いたしました。具体的にどういった団体に声をかけるかといった問題であるとか、あるいはタイトなスケジュールでもある中で日程的な問題もあろうかと存じます。そこで、医療・介護分野に限らず、改革推進法に規定された「基本的考え方」及び社会保障4分野に係る「改革の基本方針」を踏まえた社会保障制度改革について、関係する団体などから幅広く意見を募集することとしてはどうかと考えております。詳細については事務局から御説明をお願いします。

○中村事務局長 資料5を御参照いただきたいと思っております。

ただいま清家会長からお話がありましたが、意見募集につきましては次のとおり対応したいと考えております。

医療・介護分野に限らず、改革推進法に規定されました「基本的な考え方」及び社会保障4分野に係る「改革の基本方針」を踏まえた社会保障制度改革について、意見を国民会議のホームページ上で募集したいと考えております。意見募集は団体を中心に幅広くするというにいたしたいと思っております。個人の方の場合は、性別、年齢層、職業など属性を明らかにしていただきたいと考えております。

意見書につきましては、文書の形式で提出していただく。1カ月程度期間を区切った上で集約いたしまして、委員間で共有することとしたい。また公表をしたいと考えております。以上でございます。

○清家会長 それでは、今、中村事務局長から御説明があったような方針でよろしゅうございましょうか。

【「異議なし」と声あり】

○清家会長 ありがとうございます。では、そのように対応させていただきま  
す。続きまして、次回の国民会議の進め方についてでございますが、今回は  
委員からプレゼンテーションなどを行っていただき、医療・介護を中心に集  
中討議を行うこととしております。委員の御希望を確認いたしましたところ、  
大島委員、権丈委員、駒村委員、榊原委員、永井委員、西沢委員、増田委員、  
宮武委員からプレゼンテーションを行っていただく予定にしております。  
なお、権丈委員からは国際医療福祉大学の高橋泰教授と共同でプレゼンテ  
ーションを行っていただけると伺っております。

また、ほかの委員からも資料を御提出いただけるということでございます  
ので、プレゼンテーションや資料の御提出をいただく先生方におかれまして  
は、よろしく願いをいたします。

前回は御都合により御出席いただくことができませんでした日本医師会  
の横倉会長につきましても、日程調整をいたしました結果、次回お越しをい  
ただけることとなりました。したがいまして、横倉会長を交えて議論を行う  
セッションも次回は設けたいと考えておりますので、よろしく願いをいた  
します。

最後に、次回の国民会議の進め方について少し御相談をさせていただき  
たいと思います。次回の進め方につきましては、各委員の御意見も事務局から  
確認していただいたところでございますが、そうした御意見も踏まえて、ま  
ず3時間程度、国民会議を開催いたしまして、議事を進めたいと存じます。  
その後、委員の間の自由な懇談という形で1時間程度懇談会を開催し、議論  
を深めてはどうかと考えております。この場合、もちろん、前半の会議、3  
時間の会議の部分は通常どおりインターネット中継などによる公開を行うわ  
けですが、その後の懇談会につきましても、懇談会でございますのでインタ  
ーネット中継などによる公開はあえて行わずに、終了後に記者会見で内容の  
ブリーフを行うとともに、後日、議事要旨の形で議論の内容を公表するとい  
う形にさせていただきたいと思っておりますが、いかがでございましょうか。  
よろしゅうございますか。

【「異議なし」と声あり】

○清家会長 それでは、特に御異論がないようですので、今回はそのような方  
向に進めさせていただきたいと存じます。最後に、政府側の御出席の方々か  
ら御発言をいただきたいと思います。まず、秋葉厚生労働副大臣、よろしく

お願いいたします。

○秋葉厚生労働副大臣 今日それぞれ保険者の皆様には長時間にわたりました、大変貴重な御意見をいただきまして、誠にありがとうございました。

とりわけ医療費の適正化の観点からデータベースの積極的な活用について、あるいはICTの推進、調剤の点検、ジェネリックの使用促進などについて具体的な議論があったと認識しております。

また、広域連合や国保につきましては運営主体のあり方ということについても貴重な意見の交換ができたのではないかと考えております。

今日、保険者の皆さんからいただいた御意見もしっかりと参考にさせていただきながら、具体的な成案を作っていかなければならないと考えております。8月21日まで、本当に清家会長御指摘のとおり時間も無いわけですが、次回は委員の先生方には長時間にわたって御議論いただくことになるわけですが、改革の具体化に向けた取り組みについて具体的な提言をいただければと考えておりますので、何とぞよろしくお願いいたします。今日は本当にありがとうございました。

○清家会長 ありがとうございました。引き続きまして、小淵財務副大臣にお願いいたします。

○小淵財務副大臣 ありがとうございます。本日は大変積極的な御議論をいただきまして、誠にありがとうございました。

本会議があった関係から遅れて参りまして、皆様方の御意見を十分にお伺いできなかったこと、大変申し訳なくしておりますが、事前に資料もいただいておりますので、それを踏まえまして一言申し上げさせていただきたいと思っております。

まず、給付の重点化・効率化について各保険者の皆様におかれましては、様々な取り組み、御努力をしていただいておりますことに敬意を表しますとともに、また様々な御提言をいただきましたことを感謝申し上げます。

医療費を初めとする社会保障費につきましては、今後も急激な増加が見込まれるため、給付の重点化、効率化、これにつきましては不可欠な取り組みでありまして、今後とも不断な取り組みが必要であると考えております。

今回の社会保障・税一体改革に関しては、所得の再分配の中核を担う社会保障の財源について、消費税率引き上げにより賄うとともに、格差是正等の観点から所得税、相続税の見直しを行ったところであります。保険料負担に

つきましても、社会保障制度改革推進法において、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保が改革の方向性として掲げられております。その趣旨を踏まえつつ、医療費適正化に向けた保険者の努力にも配慮しつつ、保険料格差の是正に取り組む必要があると考えております。

今後とも委員の皆様方におかれましては、こうした考えを踏まえつつ御議論をいただけますようにどうぞよろしく願いいたします。本日はありがとうございました。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、最後に、西村内閣府副大臣から御挨拶をいただきますが、まずカメラの皆様方の御入室をお願いいたします。

#### 【報道関係者入室】

○清家会長 それでは、西村副大臣、よろしく願いいたします。

○西村内閣府副大臣 内閣府の担当副大臣をしております西村康稔でございます。本来でしたら、担当大臣であります甘利大臣を始めとして関係閣僚、関係大臣が出席をして皆さんと御議論させていただくところでありますけれども、今日、今もお話がありましたとおり国会が開かれておりまして、国会対応のため出席がかなわないこと、本当に申し訳なく思います。私の方から一言御挨拶申し上げたいと思います。

今日は我々も途中から参加でありましたけれども、保険者のお立場から貴重な御意見をいただきまして、ありがとうございます。また、委員の皆様方の熱心な御議論、本当に心から感謝申し上げたいと思います。

もう国の財源に限られて、かつ、それぞれの皆さん方の財政も非常に厳しい中で、費用負担を少なく、給付は厚くというのは難しい話でありますので、どうやって保険機能を通じて負担を分かち合うのか、また、費用負担できる範囲で医療・介護のサービスや質をどう維持、向上させていくのか、それを持続可能なものにしていくのか、非常に難しい問題で頭が痛いわけでありまして、今日も活発な御議論をいただきまして、まさに幾つかの点、ジェネリック促進であるとか、レセプトのチェックであるとか、健診をどう高めていくのか、呉市あるいは高知市の積極的な取り組みをどう広げていくのか、制度設計はどうあるべきか、様々な御議論をいただきました。

次回以降は委員の皆さんのプレゼンを頂きながら集中的に議論して、その解決の道筋を議論していくわけでありまして、今日、御出席いただき

た皆さん方、あるいはこれまで御出席いただいた皆さん方の御意見を踏まえながら、是非いい道筋になるように、道筋が見つかりますように、これから議論を深めてまいりたいと思います。

その中で、今日、議論も出ました社会保障・税個人番号、いわゆるマイナンバーですけれども、国会の審議が始まっておりまして、できるだけ早く成立をさせて、将来活用していくことも視野に入れながら是非議論していければと思いますので、委員の皆様方には引き続きの御議論をどうぞよろしくお願い申し上げます。本当に今日はありがとうございました。

○清家会長 ありがとうございました。それでは、カメラの皆様にはここで御退室をお願いいたします。

#### 【報道関係者退室】

○清家会長 それでは、そろそろ終了予定時刻となりましたので、本日はここまでとさせていただきますと思います。改めて御礼を申し上げますけれども、今日は4団体の皆様方、また共済担当の課長の方々、お忙しいところを御出席いただきましてありがとうございます。大変活発に議論をすることができて、我々としても大変勉強になるところが多かったと思っております。これからの我々の議論に参考にさせていただきたいと思っております。次回の日程などにつきまして、事務局からお願いいたします。

○中村事務局長 第9回の国民会議につきましては、4月19日、13時30分からの開催を予定しております。よろしくお願いいたします。

最後でございますが、お詫びがございます。実はインターネット中継を国民会議はしているわけですが、本日、技術上の問題からインターネット中継ができませんでした。大変申し訳なく思います。会議の様様につきましては冒頭から録画しておりますので、できるだけ早くホームページ上でご覧いただけますように手配したいと思っております。どうも申し訳ありませんでした。

○清家会長 ありがとうございました。それでは、本日の「社会保障制度改革国民会議」は以上で終了いたします。