

## 平成22年度第2回埼玉県後期高齢者医療懇話会<会議録>

1. 日 時 平成23年1月26日(水) 13時28分～14時58分
2. 会 場 埼玉県自治会館 1階 特別会議室
3. 出席者 (委員)  
亀田委員、細川委員、牧野委員、恩田委員、橋本委員、小杉委員、原島委員、  
富永委員、大塚委員(会長)、福田委員(副会長)  
(事務局)  
清水事務局長、太田事務局次長、花俣事務局次長兼総務課長、矢作保険料課  
長、長谷部給付課長、細田主席主査、平山主席主査、渡辺主査、高篠主任、  
北村主任、佐藤主任、坂井主事  
(オブザーバー)  
埼玉県：三田国保医療課長、佐藤国保医療課主査
4. 次第
  - 1 開会
  - 2 会長あいさつ
  - 3 議題
    - (1) 新たな高齢者医療制度の「最終とりまとめ」について
    - (2) 国保の「広域化等支援方針」について
    - (3) その他
  - 4 閉会

詳細は以下のとおり。

○開会(司会進行 花俣事務局次長兼総務課長)

○欠席委員の報告

○資料の確認

○会長 本日は大変お忙しい中お集まりいただきまして、本当にありがとうございます。

本日は1つ目として新たな高齢者医療制度の「最終とりまとめ」について、2つ目には国保の「広域化等支援方針」について、主な議題として論議を進めたいと思います。

今の日本は人口減少社会、少子高齢化社会が急速に進展しております。2004年の人口が約1億2,800万人でピークであり、今年成人式を迎えた方が65歳になる45年後の2055年には9,000万人を割ると推計されています。今より4,000万人近く人口が減るという実感がわきませんが、もしそのとおりになると大変です。

20年後の2030年、今の20歳の方が40歳を迎えるころには、65歳以上の高齢者が1,100万人増え、支える側の生産年齢人口は1,700万人も減ります。

さらに45年後の2055年になると、高齢者人口が3,646万、生産年齢人口も4,595万、約1人対1.26

人となりますが、生産年齢人口は15歳から64歳までですから、本当に働いている人との比較でいくとほぼ1対1になる。本当に財源は大丈夫かなと思います。

いずれにしても人口減少社会の到来が日本の経済、社会システム、特に社会保障制度に非常に大きな影響を与えます。医療保険制度が安定した制度であり続け、今後も国民皆保険を是非守って欲しいと誰しも思うわけですが、また一方で、孫の代の負担もできるだけ軽くしていくことが今の我々に与えられた役目なのかとも思います。

後期高齢者医療制度の出発点では、これからの高齢者社会を考えれば若い人たちだけの負担では無理があるため、お年寄りも平等に保険料を払いましょうという理念、哲学があったわけですが、それが廃止されるということで、その哲学がどこかへ吹っ飛んでしまったようです。国保と被用者保険にもう一回戻すということですが、受け皿となる国保は大丈夫なのかでしょうか。

後期高齢者医療制度は、日本の社会保障制度、特に医療保険制度にとって重要な制度です。国も法案を出すとか出さないとか、新聞報道では無理ではないかというような話も伝わってきますが、本当に国民のことを考えて議論してくれているのか一抹の不安を持ちます。

本日はこうしたことについて忌憚のないご意見を皆さんからいただければと思います。よろしくお願い致します。

**司会** それでは、これより進行は会長にお願い致します。

**○会長** 会議に入る前に、傍聴人はいますか。

**司会** いらっしゃいません。

**○会長** それでは会議を進めてまいります。

まず、議題の（1）新たな高齢者医療制度の「最終とりまとめ」について、事務局より説明をお願いします。

**○事務局** 次長兼総務課長の花俣でございます。議題（1）新たな高齢者医療制度の「最終とりまとめ」についてご説明します。

資料1-1が12月20日の国の改革会議での「最終とりまとめ」で、資料1-2が改革会議での説明資料ですが、本日は資料1-3の「新たな高齢者医療制度について（概要）」を元にご説明いたします。

まず、1ページ目は過去から今までの流れです。平成20年4月に現行の制度が施行しましたが、制度施行までに10年にわたる議論を経て、老人保健制度にかわる新しい制度が始まりました。

平成21年9月に民主党政権が後期高齢者医療制度の廃止を掲げて発足したことにより、同年11月に当時の長妻厚生労働大臣の主宰で高齢者医療制度改革会議が設置されて新たな制度の検討が始められ、昨年12月20日に「最終とりまとめ」がなされたという経過になっています。

2ページ目の新たな制度の検討に当たっての6原則は、長妻前大臣が改革会議を始めるに当たって基本となる6つの原則を謳ったものです。1番目は現行の後期高齢者医療制度を廃止する、2番目は地域保険としての一元的運用を将来的に達成するための第一段階として新たな制度を構築する、3番目は現行制度の年齢で区分するという問題を解消する、4番目は市町村国保などの負担増にならないように配慮する、5番目は高齢者の保険料が急に増加したり不公平にならないように制度設計する、最後6番目は市町村国保の広域化につながる見直しを行うということを謳っています。

3 ページ目は今後を含めたスケジュールですが、平成21年11月に改革会議を設置し、意識調査や公聴会等も開催され、昨年の8月20日には「中間とりまとめ」、12月20日には「最終とりまとめ」が行われました。今後のスケジュールとしては、本来は、今通常国会の中で法案を提出し、春には法案の成立、2年間の準備期間を経て、平成25年3月から新たな高齢者医療制度を施行すると国は目論んでいましたが、最近のニュース等では1年先延ばしになるような報道がなされています。

次に、4 ページ以降は12月20日の「最終とりまとめ」の概要ですが、大きく6つの項目でのとりまとめとなっています。

1 番目は制度の基本的な枠組み加入関係で、現行制度は廃止して、75歳以上の方でも現役世代と同じ制度の国保もしくは被用者保険に加入するということになっています。図にありますように、現行制度では約1,400万人の被保険者の方がいらっしゃいますが、新たな制度では約1,200万人が国民健康保険に移り、残り約200万人は被用者保険の被扶養者に移ることとなります。

5 ページですが、2 番目は、国保運営のあり方についてです。

財政運営は、平成25年度からの第一段階では、まず75歳以上を都道府県単位化し、第二段階では平成30年度を目途に全年齢での都道府県単位化を図ることとしています。

また、都道府県単位の運営主体については、広域連合ではなく都道府県とすることが適当であるとしていますが、現時点では都道府県知事会の了解を得られていません。知事会では医療保険自体の財源的な問題、国保の構造的問題についての議論が不十分であり、今の状況では賛同できないと反対の立場を示しています。

6 ページですが、都道府県は財政運営と標準保険料率の設定を行うこととなり、市町村は保険証の発行を含む資格管理や保険料率の決定、賦課徴収、それから保険給付を行うという制度設計となっています。

また、財政リスク軽減のため、現行制度と同様の財政安定化基金の設置、2年単位での財政運営等々の策を講じます。さらに、今後国と地方との協議の場を設け、国保の構造的問題の解消や費用負担のあり方などを検討することとしています。

7 ページに移りまして、3 番目の費用負担ですが、75歳以上の方は殆ど現行と変わるところはありません。保険料は現行制度同様に医療給付費の1割相当とし、高齢者と現役世代の保険料の伸びは均衡するようにします。現役並み所得者の給付費にも公費を投入することにより、公費の割合が現行47%から50%に引き上げられます。

また、均等割の9割・8.5割軽減、所得割の5割軽減については段階的に縮小をすることとしています。これについては民主党内でもプロジェクトチームから反対意見が出ています。

次に、65歳から74歳の方ですが、財政調整は現行制度を踏襲することとし、また、70歳から74歳の方の窓口負担割合は、法定2割のところを経過措置として1割の負担になっていますが、これを法定の2割に戻すとしています。これについても民主党内に反対意見が出ています。

その他、現役世代が負担する75歳以上への後期高齢者支援金は、人数ではなく収入の割合による全額総報酬割に変更するとしていますが、比較的所得の高い共済組合や健康保険組合の負担が増加することとなるため、公費の肩がわりであり容認しがたいという意見も団体から出ています。

8 ページですが、4 番目の健康づくり・良質で効率的な医療の提供等では、現行では努力目標で

ある健康診査や保健指導を保険者の義務とし、特定健診・保健指導受診率による後期高齢者支援金の加算・減算措置については継続するが内容は検討していくということとなりました。

5番目のその他の重要事項として、65歳から74歳までで一定の障がいのある方については、現行制度と同様な仕組みを設けることとしています。

また、新たな制度は平成25年4月1日ではなく平成25年3月1日の施行とすることとしますが、これは会計年度中の診療報酬の支払いが3月から2月までを対象としているため、3月分を入れてしまうと翌年度分にずれ込んでしまうことからの措置です。

6番目は施行準備等ですが、システム改修に十分な期間を設けること、国民への周知等について丁寧に行っていくということなどです。

9ページをご覧ください。法案提出に向けた課題ですが、厚生労働省は今回の「最終とりまとめ」を踏まえ、今通常国会への法案提出を目指していますが、それには幾つかの課題があります。

まず、1番目は国保の運営主体が決定していないということです。「最終とりまとめ」では運営主体は都道府県が適当であるとされていますが、先ほど申し上げたとおり、都道府県の知事会は反対を表明しており、協議への参加にも難色を示しています。

2番目の関係団体・与野党から反対意見ですが、現役世代の負担は限界に近く更なる負担増には応じられないという保険者の意見や、また、野党の中でもワーキングチームから70歳から74歳の窓口負担の引き上げや低所得者の保険料軽減の縮小はマニフェスト違反ではないかとの意見が上がっています。

3番目は新制度移行経費の予算が計上されていないということです。国の23年度予算案には新制度の周知経費やシステム改修経費の計上が見送られていますので、準備期間の不足が懸念されるということです。

最後の4番目は消費税を含む税制の抜本改革が予定されているということです。政府は社会保障と税の一体改革の方針を23年半ばまでにまとめる閣議決定をしていますが、これが制度設計にも影響する可能性があるということです。

次に、10ページをご覧ください。「最終とりまとめ」に対しての各団体の意見ですが、知事会からは国保の構造的問題解決策とか財源論の議論がないまま制度に従うことはできないという意見です。被用者保険関係4団体は公費をもっと投入すべきであるということ、日本医師会は現行制度の拙速な見直しではなく現行制度の問題点を解消しながら弾力的に運用すべきであるとしています。

自民党と公明党は、新制度案は現行制度とかわらないので、むしろ現行制度の修正で対応したほうがよいのではないかという意見です。

また、与党の民主党の中からは、繰り返しになりますが、70歳から74歳の方の窓口負担の引き上げ、また現行の軽減対策の縮小について反対意見が出ています。

次に、11ページですが、こちらは直近の報道の状況です。要約しますと、今通常国会での法案提出はかなり厳しく、秋の臨時国会での提出もありうるということで、当初予定の平成25年3月施行から平成26年3月施行に1年間先送りされる公算が大きいということです。

1月20日に開催された都道府県や政令指定都市を集めた担当者会議の中で、厚労省の高齢者医療課長から、コンピューターシステム改修の期間が2年は必要であり、法案の成立が不透明な状況で、

1年先送りになりそうだという発言があったとのこと。ただし、細川厚生労働大臣は今通常国会の中で法案を提出するつもりでいるという考えをずっと主張しているので、その辺もどうなるか予断を許さない。

最後に12ページで、想定される法案提出のシナリオですが、想定される3つのシナリオでは、2番目の今年の秋の臨時国会で法案を提出し、平成26年3月からの新制度施行となることが現時点での最も現実的な流れなのではないかということです。法案が提出できても、ねじれ国会の中で法案そのものが否決されてしまうことも考えられますが、いずれにしても、どう転ぶか見えません。

以上で「最終とりまとめ」の説明を終わります。

**○会長** ありがとうございます。要は平成25年度3月に現在の後期高齢者医療を国保にドッキングする、あるいは社会保険にドッキングするというのが第一段階ということですね。ところが、受け皿のほうの、特に国保は反対をしている。法案も出すのか出さないのか、通るのか通らないのか、今のところ皆目見当つかないということですか。

ということで、受け皿となる国保と大分関係があるようなので、埼玉県の国保医療課長さんがお見えになっています。議題の(2)の国保の「広域化等支援方針」についてご説明いただいた後に、議題(1)、(2)をあわせて色々な質問、議論をしていきたいと思えます。

では、お願いします。

**オブザーバー** 県の国保医療課長の三田でございます。どうぞよろしくお願い致します。

今日は資料を2種類用意しています。1つは埼玉縣市町村国保広域化等支援方針についてという1枚紙でございます。もう1つが資料番号を打って冊子になっている資料2、埼玉縣市町村国保広域化等支援方針です。この2つを使ってご説明させていただきます。

冊子の概要を1枚の紙にまとめたもの、A4、1枚のほうをご覧ください。

まず1番目の趣旨の(1)ですが、昨年5月に国民健康保険法が改正されました。市町村国保の運営主体はあくまでも市町村ですが、都道府県が国保事業の運営の広域化と国保財政の安定化に資するために、県内市町村に対する支援の方針を策定することができるよう改定されたものです。実際にこの年末までに支援方針を作った都道府県が47のうち42ありました。

全国知事会は、国が広域化の名のもとに都道府県に国保の赤字を押しつけるのではないかという不信感がありましたので、足踏みをして作らないだろうということで、(2)にありますように国は策定のための促進策を講じました。

どういうことかと言うと、市町村が国保料もしくは国保税を収納するのに困難を極めており、収納率が上がらない。収納率が上がらないと国がその分補填してくれるというなら話はわかりませんが、逆にペナルティーを科しており、収納率の低いところから国が本来支払うべき調整交付金を減額する。市町村は収納率が下がった上に国からの交付金も減るといって、傷口に塩を塗り込むようなことをされてきました。それが埼玉県内で約15億円あります。この15億円は全体で年間300億円以上赤字を出している市町村国保にとってかなり大きなものですが、策定すれば減額措置が解消されることとなりましたので、埼玉県がこういうペーパーを作ることで15億円収入が増えるというのであればということで、この餡を舐めてしまったということです。

その結果、2番の主な内容ですが、(1)として、あくまでも保険税を徴収するのは市町村では

ありますが、県がそれぞれの市町村ごとに目標収納率というのを定めることになりました。

(2) としまして、現在保険税の賦課方式は64の市町村がそれぞれに決めています。したがって、64通りの取り方があるという状況ですが、その賦課方式を統一していくというものです。これは後ほどペーパーを使ってご説明いたします。

(3) として、スケールメリットということで、これは運営主体がどうであれ、事業運営の効率化を図っていくためには共同化を進めていこうという内容です。

3番の経緯ですが、埼玉県の場合、大変ありがたいことに平成18年から3年間かけまして市町村国保の広域化についての研究会がありました。これは首長さんたちに入っていた研究会で、国保の広域化を早期に実現すること、その場合の運営主体は後期高齢者医療とは別の、市町村の構成による広域連合が適当であることなどの提言がありました。ただし、県も知らん顔を決め込むべきではないとの提言もいただきましたので、埼玉県の中では市町村国保の県単位の広域化については一定の合意はできています。もちろん、全部の首長さんが賛成していたわけではありませんが、そういう流れがあります。

次に資料2、冊子のほうをご覧ください。埼玉縣市町村国保広域化等支援方針、その1ページ目に目次が書かれています。

まず1番目に基本的な事項として、支援方針策定のねらい、2番にデータ、3番目に県が果たす役割、そして4番目に具体的な施策、5番目に市町村相互間の連絡調整という構成になっています。

2ページ目をご覧ください。(1) 広域化等支援方針策定のねらいですが、5つで構成されています。1つ目は、私どもの知事が日ごろから言っていることで、市町村国保については、市町村単位で今までやってきたが、社会保障の機能として考えてみると、やはり全国一律に行ったほうが良い、一元的管理をするならば国で行うべきだという主張がまず書いてあります。

飛んで4つ目ですが、県内には208万人の被保険者の方がおられます。64市町村で保険税の賦課方式が違うことによって、同じ所得でありながら市町村が違えば保険税も違うという状況になっています。市町村の中で医療が完結していればよいのですが、実際には隣の市の病院に行く、あるいは圏域を超えて病院に行くといったようなことが行われており、市町村ごとに医療が完結していません。全体208万人でお互いに支え合っていくならば、同じ所得なら同じ保険税を払うという形で公平にする。それが広域化の一つの醍醐味であろうということで、それを盛り込んでいます。

4ページ以降にはデータを示しています。年齢構成や将来推計などですが、5ページ目の上の段に埼玉県世帯当たりの人員数の推移があります。国保に入っている世帯の人たちの1世帯当たりの人数が右肩下がりになっている。昭和30年頃は1世帯といえば5人、6人いるのが当たり前だったわけですが、現在では2人を割っている。高齢化していることを考えますと、高齢の方の2人暮らし、もしくは親御さんとお子さんの2人暮らしといったような状況になっていることを表わしています。

下の段は都道府県ごとの持ち家比率です。47都道府県が棒グラフと折れ線グラフになっていますが、この棒グラフが持ち家率です。左の指標にありますように、全国では全世帯の大体6割ぐらいの人が持ち家を持っています。埼玉県は少し色が濃くなっているところですが、64.91%の世帯が持ち家です。大都市圏は持ち家が少なくて、つまり賃貸が多いという状況の中で、埼玉県はいまだに持

ち家率が高い。

ですが、折れ線グラフを見ていただきますと、この折れ線グラフは建築面積、いわゆる床面積ですが、埼玉県は**70.18%**と大都市圏並みに低い。つまり持ち家は多いが、床面積は狭い。経済成長のときに東京に勤める都合で家は持ちたいが、東京に家が持てずに埼玉県に家を買われた。そのときは既に核家族になっていて、それほど大きな床面積が必要ではなかったし、またそれだけのものを買えなかった。それがそのまま高齢化してきている状況です。

よく後期高齢者を国保の世帯に戻すという言い方を厚生労働省の方はしますが、埼玉県について言えば、後期の方が国保の世帯と同居するということは物理的に難しいでしょう。つまり後期の方はどこに戻ればよいのだろうかという状況になっているわけで、単純に世帯合算するというのは難しいだろうということです。

少し飛ばして、8ページをご覧ください。保険ですので皆様方からいただく保険税によって賄われていますが、この医療保険というのは究極の掛け捨て保険となっています。年々のお金をいただいて、年々の医療費を払っていく。それを持ち越していかないので、その年々の収納率が低くなると大変厳しい。

上の段の保険税の折れ線グラフが収納率です。ガクンと落ちているところが平成**19**年から**20**年で、後期高齢者医療制度が始まって納税意識の高かった**75**歳以上の方々、特に年金で収入が捕捉できる方々がすっかり移りましたので、国保の収納率がガクッと**2%**低くなってしまった。景気が悪くなってきたので、なかなかそれが上がってこないという状況です。

そういう中で、9ページ、4つの項目がありますが、これは**64**ある市町村を加入している被保険者数ごとに4つのグループに分け、グループごとに収納率がどのくらいかということを示したものです。一番左は被保険者数が1万人未満、町や村ですが、ここは**23**保険者あって、平均収納率は**91.69%**とかなりの高率な収納率を上げています。

ところが、一番右、被保険者数**10**万人以上のところ、これはさいたま市と川口市ですが、この収納率は**83.05%**と低い。規模が大きいので、1%で1億、2億という差が出てくるわけで、さいたま市、川口市の収納率の向上というのは大変重要です。しかし、こういう大きい市は人口の流動も激しく、無職の方も多し。特に非自発的失業者の方も多しので、所得の捕捉も難しいというような状況があって、困難を極めてるところです。

次に、12ページですが、国保事業の運営のポイント、国保財政の安定化を図る具体的な施策です。その1番に上げているのが目標収納率です。市町村ごとに収納率を県が定めてしまうという荒療治ですが、どういったものを目標収納率にするか言うと、下の表で一番上の段のところに**92%**、**91%**、**90%**、**89%**と書いてあるところ、これは先ほど9ページで見ていただいた被保険者の規模別・人数別に分けた規模の4つのグループと対になっていて、一番左が被保険者数1万人未満の団体、この団体については**92%**まで収納率を上げましょうということです。

では、この**92%**は一体何かと言うと、これは国が市町村の収納率によって調整交付金を減額している基準です。つまり**92%**を割り込んだら、この市町村に出している国の調整交付金を減額しますよというものです。この支援方針をつくることによって国は減額措置を解除してくれますが、減額措置が解除されたからといって甘えるのではなく、本来国が減額していたこの収納率の基準、**92%**





あるかもしれないけれども、それ自体が所得にはつながらない居住用の住宅ですので、その資産が活用できるならば、例えば、駐車場にしました、家賃を取れるようにしましたというならば、所得を生み出すので、そこから保険税をいただくのも一つの理由かと思いますが、資産割としていただくほどの機能は既になくなってきているのではないかと考えています。

それから、平等割というのは世帯割です。1軒で1人しか住んでいないところと1軒で10人住んでいるというところは、昭和20年代、30年代にはざらにあったわけですが、1人100円くださいと言えば1人のところは1人100円、10人のところは1,000円となる。人数が多いと1つの世帯でも10倍払わなくてはならない。それでは差が大き過ぎるだろうというので、それを調整するために世帯割、つまり町内会の会費のような考え方で調整をとっていたわけですが、先ほど見ていただいたように平均すると1.81人世帯になっている状況においては、均等割と世帯割の調整というのは余り意味がなくなって、均等割で十分という状況になってきていますので、所得割と均等割に特化するとしても何ら弊害ないだろうということになります。

そうなりますと将来的には、医療分、後期高齢者の支援分、介護保険の介護分の3つが、現在の後期高齢者の所得割と均等割と同じように全部2方式に統一されるということになります。この2方式に統一することによって保険税の設定が単純になりますので、64市町村において保険税が比較しやすくなり、明確になってきます。将来、標準的な保険税を設定するのにも大変有効だということで、県としては2方式化を進めていただきたいとお願い申し上げているところです。

首長さんに賦課方式についてアンケートしたところ、仕方がないだろうという意見も含めて（賛成が）9割を超えています。やっぱり今の方式のほうがいいということも2市ありますが、私もそこを強制しようと思っただけではありません。ただ、方式としては2方式化をお勧めしております。

技術的な話となり恐縮ですが、14ページ、15ページについてイメージとしてお話をさせていただきます。

これは保険税の税率と税額の関係ですが、現行のイメージとしては、応益割、つまり頭割で定額をいただく均等割と、収入に応じて一定率でいただく応能割、図で言うと長方形の部分と台形の部分との合算で保険税が成り立っています。台形の上辺の部分、これを上限額と言っていますが、国が定めた上限額は介護部分を除いて今は59万円です。上限額は2年に一遍程度で改定されてきましたが、市町村によってはここまで上限額を上げていません。

上限額を据え置くということは、結果的に比較的高額な所得の方を頭打ちにしているということで、これは高額所得者に対する軽減措置というほかにありません。もう国保の運営がもたなくなってきた以上、一定の所得のある方については一定の負担をしていただく必要があります。決して国が定めた上限額を超えなさいと言っているわけではなく、国が全国的に定めている上限額は毎年通知が来ますので、そこまでは少しずつ上げていっていただきたいということを言っています。

右の15ページは、応益割、つまり定額でいただく均等割である長方形の部分の厚みが右と左で違ってきます。これは定額でいただく部分を増やしていただきたいということで、応益割が増えて、さらに所得がしっかり捕捉できれば、低所得者の方に対する7割軽減、5割軽減、2割軽減の部分も大きくなりますので、結果的に低額所得者の方に対しても軽減額が大きくなる仕組みだということです。

全体として医療費が増えていますので、去年より今年の保険税が安くなるというのはなかなか難しいですが、高額な所得の方には一定の負担を、低額な所得の方の所得を捕捉することによって適切な軽減を、という2つの仕組みにより、不公平感をなくそうというものです。

18ページは事業運営の広域化です。

市町村ごとに首長さんのご判断で様々な保健事業というのを行っています。当然、議会の承認を得て、また議会の意見をいただきながら進めています。スケールメリットを考えると、一定の割合で共通化、もしくは事業を標準化していくことが必要です。しかし、それには事業経験のない県があれやこれや言っても難しいので、まずは研究会をとということで、この1年間私どもも勉強させていただきました。その四角で困ったようなことが各市町村共通の悩みであるだろうということで、事業運営の広域化の例として挙げています。既に今年になってからは幾つかのグループで議論をしており、できたところから早期に成果を出していきたいと思っています。

大変雑駁でしたが、以上で説明を終わらせていただきます。

**○会長** ありがとうございます。受け皿となる市町村国保も収納率を含め色々問題があるということですね。論点が色々分かれますが、どうでしょうか。

まず、論点として第一段階でのドッキングで75歳以上の人たちが国保に入っていく。後期高齢者医療制度の発足により後期高齢者が抜けて国保の収納率がガタンと落ちたので、逆にドッキングすると自然と収納率は上がるのではないかとということが想像されます。世帯構成を見ると、後期高齢者の世帯と若い人の世帯と一緒に国保に入る可能性よりも、それぞれ別に国保に入るという可能性が高い。第一段階では、75歳以上の人たちの部分については県が標準税率を定めて、各市町村が条例で賦課徴収するということですね。

そこで伺いますが、国保が一元化され、県が標準税率を定め、各市町村が賦課徴収する場合、75歳以上の収納率は高く、若い人は低いという状況の中で、高齢者の分と若い人の分を市町村は県の財布に別々に入れるのでしょうか。

もう一つは、収納率が悪い若い人も県が財政運営するとなると、収納率が悪くても、その集まった金だけを納めればいいのか、それとも、未収部分については市町村が何とか工面して県に入れなくてはならないのか、その点をまず説明いただけますか。

**オブザーバー** 法案が通るといふ目処が立てばもっと細かな議論が進むのですが、通りそうもなくなってしまったので、具体的な話はなくなってしまいました。今までの話からするとこういうことになります。

最初は、都道府県が各市町村に負担金方式で、あんだのところは100億円出さない、その100億円は保険料で持つてこようが、一般会計で繰り入れようが、100億円耳をそろえて持つてこいという、負担金方式を取ると言っていました。だから都道府県は1円も赤字が出ないと言っていたんですが、議論を進めるうちに、収納率を定めるに当たっては、県と市町村が補填できる範囲内で収納率を定めるという風が変わってきました。つまり、市町村が90%と収納率を定めたら、残りの10%は、最初は市町村が耳そろえて追加して持つて来なさいという言い方をしていたのですが、いつの間にか県と市町村が補填できるという言い方になったので、都道府県もどこかで補填しないとしないような言い方になりました。



したがって、広域化等支援方針で目標収納率を定められるのは非常によいことだと思うんですが、これに対して県はどのように支援してくれるのかという点をお聞きしたいと思います。

○会長 3点質問がありました。ここで議論したことがどこへ反映するか、これは本当に持っている場がないという感じですね。

オブザーバー オブザーバーの身で3点ともお答えするのは大変申しわけないですが、まず1点目として、私としましてはここで議論していただく内容は恐らく各市町村の国保運営協議会でも同じような議論になるだろうと思っております。後期高齢者医療と国保とは恐らく表裏一体の関係で議論されていくので、国が考えている制度改革についての疑問点そのまま受け皿となる国保に対する疑問点となり、後期高齢者医療が孕んでいる問題点は国保が受け皿として受け入れる場合も問題点になるわけですから、ここで議論した内容は、すなわち今後我々が広域化を進めていく上においての課題の一つになってくると思います。ここで色々懇話会の皆さんからご意見をいただくことは、逆に我々がより具体的な支援策を立てていく上で重要な視点になるだろうと思っておりますので、今日は楽しみにして参ったところです。

2点目の誰が運営主体になるかについては、今現在議論になっていますが、私は国が自分の財源を減らすという視点でこの制度改革を行っているというふうに見ています。国はそういうことを言いませんが、実際に改革会議の試算などを見ますと、今後医療費は3.3%伸びるでしょう、だけど国の支出は2%台におさめますと、こういう表を出したんです。では、誰がその差を負担するのかといたら、それは地方と現役世代というふうになるわけです。ということは財源の痛みは、大変恐縮ですが、健保組合さん、協会けんぽさん、それから市町村さん、都道府県といったところが出していくことを狙っているということです。県は、財源について役割分担が決まればそれで責任を果たします。しかし、何となく財源がわからないうちに国だけは結果的には損をしないようにしますというのでは、それはないだろうと。医療費が3.3%伸びるのだったら国の支出も3.3%伸ばしてくださいよと思います。その中でやれということは我々やりますよというのが本音です。恐らく国会でもそういう議論が出てくるのではないかと考えています。

それから3番目、これが一番大事な点ですが、市町村保険者に対する県の支援は2点あります。1つ目ですが、収納率を100%にするためには、滞納整理、もっと言うと差し押さえを含めた公権力の行使が必要です。ただし、それは所得が高いのに払わない方に対してと思っております。非自発的失業などで払うことができない場合については、短きものの端を切るが如くという言葉がありますが、そういうことはしてはならない。そういう方で生活保護になるかならないかという方もいらっしゃるわけですから、そういう場合には処分停止という方法があります。処分停止というのは、もう督促しない、支払わなくていいよと、債権を放棄するということです。

これにより結果的に不納欠損としての赤字が増えますが、市町村の職員が、例えば3,000円取るのに電話をかける、自転車をこいで取りに行くという人件費を考えると、それよりもっと滞納額が高額で取れるところを取っていくというふうに集中したほうがよいでしょうし、そういう経費で例えばコールセンターを民間委託で設けるなりしたほうが、どれだけ効果があるかわかりません。そういう形にしたい。

なぜ処分停止という債権放棄をするのを市町村が嫌がるかという点、それは議会の決算特別委員

会ですとか監査委員会というところで、取れるべきものも取らないで債権放棄なんかするのは怠慢じゃないかとずっと言われてきたからです。でも果たしてそうでしょうか。1つの市町村で抗弁するのは大変ですから、県全体で、一定の基準に達してもう取れないと、そういうときは思い切っであきらめて、より高額な滞納者、高額な滞納者といってもずっと滞納して高額になった人ではなく、1回当たりの滞納金額が大きなところに対して集中的に取っていくことにしませんかということをご提案したいと思っています。

それから、2つ目ですが、収納率100%になっても、実は市町村の集めるべきお金には達しません。大体2,100億円ぐらいを毎年市町村は集めなくてはいけないのですが、賦課しているのは2,000億円ぐらいです。どういうことかと言うと、首長さん、つまり広域連合職員の派遣元の上司である首長さんの悪口を言うわけではないですが、首長さんとしては、保険税は毎年上げられません。医療費は毎年上がっているのに保険税は上げられない。保険税を上げないということは、今年は100%取ればそれで保険税は間に合ったけれども、来年は医療費が上がるのに保険税を据え置くから足りなくなるのです。ですから、もし国保事業で何らかの形で市町村の数字を見るときには、果たしてこの保険事業を保険税の調定額で賄ったとき赤字が出ないかどうかということを見ていただきたい。必ず差が出ます。

医療費というのは増加したり減少したりすることがあります。インフルエンザ等の増加で医療費が右肩上がりだったら保険税も右肩上がりになってしかるべきですが、実際には据え置いています。ですから、何年間も保険税を改定しないまま来ているところもある。賦課上限額をずっとそのままとどめ置いているところもたくさんあるわけです。そういうところは必要な保険税を取っていないということです。

これは裏面で言えば、首長さんたちが住民に対して色々な面で配慮しているということです。介護やその他の福祉政策とを総合的に見て、やっぱりうちの市町村国保の保険税はこのぐらいじゃないとうちの住民はもたないなというのを総合的に判断して保険税を据え置いているわけですから、それをいいとか悪いとか言っているわけではありません。ただ、数字的に見ると100%取っても保険税で賄っていけないところがあるということです。

そういう意味でも、保険税だけを県が定めて、これだけ集めてこいと言っても、実はその他の福祉だとか、住宅政策だとか、そういったものと総合的な整合性がとれなくなってしまうので、私どもとしては市町村国保の運営を広域化するならば、市町村による広域連合をつくって、その中に首長さん、議員さんが入っていただいて、保険税を自主的に決めていただいたほうが、よりそれぞれの状況が反映できるのではないですか、自主性を持って、これまでの経験というものが生かせるのではないのですか、ということをご申し上げております。

**○会長** 収納率について、所得階層別に県は出しているのですか。収納率と一律に言っても、低所得者で払えない方と高額所得者で払わない人がいる。単純に率だけだとそれがわかりません。高額所得者が多く払ってくれば収納金額は大きくなりますよね。そうした階層別で大体どのぐらいの収納率なのかというのはわかりますか。

**オブザーバー** それについてはこの間ちょっとお話があったので、各市町村に状況を聞きましたが、コンピューターシステムを改定して動かさないとわからないらしいです。ですから、はっきり

と具体的な数字は出ておりません。それは隠しているわけではなくて、本当に県にデータがないという状況です。

あるいは、各市町村の中で何らかのシミュレーションをしているところがあるかもしれませんが、それが私どものほうには手に入らなかったという状況です。

○会長 何かほかにありますか。

○委員 埼玉県の後期高齢者の審査会の委員をやっている立場から一言申し上げたいのですが、後期高齢者医療制度は平成20年4月に始まりました。最初の半年の間には高齢者の方からのクレームが、600件、700件ありました。その殆どは、何で今まで払わなかったのに保険料を払わなきゃならないのかとか、年金から天引きしてしまうのかとか、そういうことでしたけれども、去年の1月頃を最後に、この1年間はクレームが全くありません。ですから、一度もその会議を開いていません。ということは、高齢者の方に今の制度が非常に認知されているのではないかと、そのように思います。

ただ、年金からの引き落としだとか、診療報酬の中にもお年寄りを馬鹿にするような科目があるとかいうことがありましたけれども、そういうことを少しずつ修正して、今までどおり継続したほうがいいのではないかというのを、私も埼玉県医師会としても常に思っています。

この資料1-3の10ページの医師会の意見等というところにありますが、日本医師会でも現行制度を拙速に見直すのではなく、問題点を解消しながら段階的に運営をすべきであると、そういう考えです。

そこでお聞きしたいのですが、法案が提出できないということですが、では、いつごろ提出する見込みなのか。それから、これは現民主党の主張であるので、万一政権がまたひっくり返ったらこの法案はなくなってしまうのか、その辺のところを分かればお教えいただきたいと思います。

○会長 法案の行方がどういうふうになるかということですが、局長、どうですか。

○事務局 ねじれ国会の中で、政府民主党も後期高齢者医療制度の改革法案については大変悩んでいるところで、色々な資料、雑誌等々を見ますと、国としてはやはり介護保険のほうをどちらかといえば優先して先に通したいと考えているようです。

今、委員がおっしゃったように、後期高齢者医療制度は3年がたち、非常に落ちついてきて、何とかうまくいっているという認識もあるので、manifestoには謳いましたが、ここで敢えて通らない法案を提出するよりは、これはそのままにしておいて、とりあえず1年は負担増を見送ったけれども来年は財源が見込めない介護保険を先にと考えているように受け取れます。

介護保険の法案は、多分通常国会が始まってから提出されます。一方、新たな高齢者医療制度に係る国民健康保険法の改正は秋の臨時国会に出すという話もありますが、状況を見るとそれもなかなか難しいのではないのでしょうか。仮に秋の臨時国会に提出して通ったとしても、1年先送り、平成26年3月に新しい制度に切りかわるということです。秋にも出せないということになりますと、次の衆議院選挙が近づいて来ますので、このままこの制度が続いていく公算も結構大きいのではないかと。その場合でも対応できるようにしっかり準備をしたいと存じます。

○委員 せっかく高齢者の方がある程度の保険料を負担しようという気になって、負担して、文句がないわけです。だからとてももったいないなど、そのように思っています。

○会長 まさにそのとおりだと思います。これからの高齢化社会を考えれば、若い人そのものも減ってしまうんですから、高齢者も負担を伴わないと制度が成り立たない。ようやくそれがそうだなというふうに気付いてきた。制度は動き始めてから軌道に乗るまで大体3年かかります。前の老人保健のときも3年かかりました。3年たって落ちついてきたものを、またかき回そうというのだから、大変だなと思います。

○事務局 国はここへきてやっと税と社会保障あり方を抜本的に、野党を含めた超党派で、なかなか野党側は乗ってきませんが、6月ぐらいまでには何とかまとめたということですので、恐らくはそのまとまりぐあいを見た後で、もう一度、後期高齢者医療制度をどうするかという議論になるのではないかと思います。

○会長 もう一つ国保医療課長にお聞きしたいのは、広域化等支援方針の10ページを見ると、いわゆる法定外の一般会計からの繰入金、埼玉県で356億、全国ベースでは3,700億円ぐらいあったと思いますが、県が運営主体を受けたくないというのはこのような繰り入れが必要となるからですか。

オブザーバー よく3,000億円の赤字があるといいますが、実は47都道府県の全部が赤字ではありません。平成19年度で3,800億円でしたが、3,800億円のうち上位8都道府県で3,000億円を占めています。その8都道府県の中に埼玉県も入っているわけですが、西日本のほうは赤字がありません。東京と神奈川、千葉、埼玉、それに愛知などで大体3,000億ぐらいとなってしまいます。

つまり赤字のところはすごく赤字ということです。しかし、赤字ではないところもあるわけです。ですから、西日本の知事さんたちは県が全部受けてやるよと元気がいいです。それは赤字がないからです。

ただし、ちょっとカラクリがありまして、埼玉県もそうですが、関東の人間は正直に赤字を出しますが、別に西日本の人間がどうだと言っているわけではないですけれども、繰り上げ充用という方法があって、翌年度の保険税を前年度の借金に充ててしまっています。そういう財政上の仕組みがあって、そうすると一般会計から繰り入れなくても済む。結局、自転車操業なんですけれども。

つまり、埼玉県の場合は特別会計である国保会計に不足が出ると一般会計から住民税などを補填して持ってきますが、西日本はそうではなくて、特別会計の中だけでやりくりして、本来今年度の分は今年度に賄わなくてはいけないところを翌年度の分を前倒しで持ってきているということです。

ですから、国は3,800億円の一般会計繰り入れもそうですが、西日本でよくやっている繰り上げ充用もあわせて止めましようと言っています。ただ、マスコミが一般会計からの繰り入れを「赤字赤字」と言うので、我々8都道府県が悪者にされています。

○会長 そうすると、後期高齢者医療と国保がドッキングしたときに、西日本は繰り上げ充用を各都道府県がやっていく。埼玉県は正直だから、繰り上げ充用はどうするのか。

オブザーバー 恐らく国が考えているのは、資料の中にもありましたが、財政運営と標準保険料の設定は県が行い、実際の賦課徴収は、市町村が集める保険料の設定は市町村が決め、徴収も市町村がやるということになっていますので、そこに一般会計をどういうふうに入れるかは首長の判断がそのまま残る。ですので、やり方はあまり変わらないんです。

○会長 それでは、議題の(3)その他ですが、事務局から連絡があるようなので、お願いします。

○事務局 連絡といたしますか、御礼のあいさつを申し上げます。

大塚会長、福田副会長を初め、懇話会の委員の皆様方にはこれまで21年度、22年度の2年間にわたり、まだ制度創設当時の色々と課題の多い中で大変積極的にご議論、ご検討をいただきまして、誠にありがとうございました。この2年間の任期は3月31日で満了となりますが、本日が皆様の任期中の最後の懇話会ということになります。本来ならば広域連合長である新座市の須田市長があいさつすべきところですが、本日は全国市長会で会合がございますので、くれぐれも皆様方に御礼を申し上げよう言いつかっております。委員の皆様方の御労苦に対しまして事務局を代表して御礼申し上げます。

この2年間には健診事業や保険料改定など色々なご提言をいただきました。平成22年度、23年度の保険料の改定をめぐるしましては、いただいた、現状維持との提言を、私どもの予想が甘く、結果的には引き下げることになり、皆様方には大変ご迷惑をおかけしたこともございました。次回の保険料改定は、このまま制度が続くということになりますと、平成24年度、25年度の2カ年間になりますが、その節には委員の皆様新たに委嘱をお願い申し上げた後、ご議論をいただく機会を持っていただければと思っております。

今年は国民皆保険制度が50周年を迎える中で、後期高齢者医療制度も含めた新たな国保改革元年の年になると思います。そうした中で皆様方から今後ともぜひ貴重なご意見、ご提言をいただけるようお願いを申し上げまして、2年間のご労苦に対しまして重ねて御礼を申し上げ、ごあいさつとさせていただきます。本当にありがとうございました。

**○会長** どうもありがとうございました。

本日の会議はこれで終わりにしたいと思います。ご協力ありがとうございました。

**司会** 長時間にわたりましてご審議ありがとうございました。

**閉会**