

平成26年度第1回兵庫県後期高齢者医療制度懇話会 議 事 録

1 日 時 平成26年8月7日(木) 午後2時～午後3時50分

2 場 所 兵庫県後期高齢者医療広域連合 会議室

3 出席者

(1) 兵庫県後期高齢者医療制度懇話会委員 11名

(50音順、敬称略)

足立 正樹、荒木 育夫、北川 加津美、衣笠 葉子、久野 茂樹、島谷 俊秀、
前田 武徳、松本 卓、宮坂 淳一、山下 眞宏、山本 孝子

(2) 事務局 12名

事務局長 土井 義和 総務課長 堀 勤一 資格保険料課長 株柳 典昭
給付課長 北出 美穂 給付課課長補佐 堀 信也 他

4 議 事

(1) 平成25年度後期高齢者医療制度の実施状況等について

(2) 国に対する後期高齢者医療制度に関する要望について

(3) 保険料不均一賦課の現状と課題について

(4) ジェネリック医薬品の普及・啓発について

(5) 保健事業について

ア 歯科健康診査について

イ 重複・頻回受診者に対する訪問指導の実施について

ウ 保健事業実施計画の策定について

(6) 国保データベース(KDB)システムへの参加について

5 傍 聴 人 4名

6 議事の要旨

(1) 平成25年度後期高齢者医療制度の実施状況等について

資料に基づき、制度の実施状況として、被保険者数・医療給付費の推移(療養費の給付状況 年度比較、医療費 全国との比較)、保険料収納状況・医療費適正化(医療費通知、レセプト2次点検、ジェネリック医薬品利用差額通知)及び平成25年度後期高齢者医療特別会計決算(案)について説明した。

(2) 国に対する後期高齢者医療制度に関する要望について

資料に基づき、全国後期高齢者医療広域連合協議会からの国への要望内容について説明

した。

(3) 保険料不均一賦課の現状と課題について

資料に基づき、不均一賦課の現状と課題について説明した。

(4) ジェネリック医薬品の普及・啓発について

資料に基づき、ジェネリック医薬品の普及・啓発の取組状況や効果について説明した。

(5) 保健事業について

ア 歯科健康診査について

資料に基づき、歯科健診の実施方法や実施状況について説明した。

イ 重複・頻回受診者に対する訪問指導の実施について

資料に基づき、重複・頻回受診者に対する訪問指導の実施方法や実施時期について説明した。

ウ 保健事業実施計画の策定について

資料に基づき、保健事業の実施等に関する指針について説明した。

(6) 国保データベース（KDB）システムへの参加について

資料に基づき、国保データベース（KDB）の概要等について説明した。

7 意見等

(1) 平成25年度後期高齢者医療制度の実施状況等について

特に意見はなかった。

(2) 国に対する後期高齢者医療制度に関する要望について

（委員） 2025年問題だが、団塊の世代が後期高齢者に入るのを見据えて、今、老人計画とかなんとかをつくれという要請が結構出てきている。まさに、団塊の世代が後期高齢者に入るということは、この制度が続いていれば、非常に大きなショックというか、ショックという言葉はおかしいが、何か非常にこの制度の果たすべき役割は大きくなると思うが、そういうことは広域連合で余り議論はされていないのか。

（事務局） 今、委員の指摘のように、2025年問題ということで、いわゆる団塊の世代の方がこの75歳以上になられるということで、現在、66万人の被保険者の方が、2025年には100万人というところに達するのではないかと。

現在、兵庫県の人口が550万少しで、その11～12%の割合で75歳以上の方がいるけれども、総人口もちょっと減少するという予想もあるが、人口の2割に75歳以上の方がなるのではないかと、占める割合が増えるということで、そのところまでのいろいろな財政運営の試算までは正直してはいないが、やはりこの制度、広域連合という仕組み、私ども事務局も、県下の41市町からローテーションという形で派遣されており、この人数についても、今後、被保険者数が増えていくということで、運営体制をどうしていくのかなということもちょっと中長期的には考えておかなければいけないであろう。

ただ、国民健康保険のほうが、冒頭申し上げたように、都道府県が財政運営を基本的に担って、あと適切に市町と役割分担をしていくと。特に、保険料の徴収関係、あるいは保健事業、ヘルス関係事業、これは市町でということの仕切りが今なされ

ているので、そうすると75歳以上についても、都道府県単位の運営ということであれば、このまま広域連合の形がいいのかというのは問題意識として持っていて、これは全国で同様の考えで、これはそれを見据えて運営主体というのは、やはり考えていく必要があるだろう。

(委員) 給付費も非常に増えている、それから、その方々が負担される費用は、1割の保険料しかないので、あとそれをどこで賄うかというのは、どこかで議論していかないといけない。ただ、確かに運営主体を明確化せよという要望というのは非常に重要で、この後期高齢者に対する医療供給体制を、どうすれば確保出来るのかというような議論をしていかないとそのうち時間が足りなくなるのではないかと。何か機会があれば、そういうことを訴えかけていただきたいが、差し迫った話ではない。10年間ほどやってきた余裕があるので、恐らく今のままのこの制度では、やっていけないというのがそのあたりで明確になってくるのではないかと。

(3) 保険料不均一賦課の現状と課題について

(委員) 資料の20ページの資料2の③のところ、地区の限定のときに一人当たりの医療給付費と外来の受診率、ここの③のところ一人当たりの外来受診率と表記されているが、その資料3のところにもあるが、一人当たりの外来受診率というのは、基本的に、何かの資料にある認定基準そのままのコピーなのか。

というのは、外来のレセプトの枚数を対象者数で割ると、これは一人当たりの件数である。一般的に、外来の受診率と言っているのは、このレセプトの枚数を対象者数で割って、それを100倍したものを一般的には受診率と言っているから、一人当たりの外来受診率という言葉、これは余り聞いたことがない。

この括弧の中でしているのは、レセプトの枚数を人数で割ったら、それは一人当たりの件数で、実際、入院なんかの場合は、非常にこの数値が小さくなるということもあって、通常、外来もそうだが、100倍。だから、受診率というのは、通常では、被保険者100人当たりの受診件数のことになるので、ちょっとその前に一人当たりの医療給付費とかが続いていたから、その流れで来ているのかなと思う。これは割ったものは件数であるから。

(事務局) ご指摘のとおり、一般的な用語の使い方ではないかもしれないが、ここでの基準としては、外来レセプト枚数を被保険者数で割ったもの、一般的には件数ということが用語としては適当かもしれない。そういったものを用いているということである。

(委員) 一度確認してもらえれば、一人当たりの外来受診率という言葉自体は考えられない。確認しておいてほしい。

(事務局) 1点補足すると、これは国基準等ではなく、特に③の外来受診率の部分については、兵庫県オリジナルで規定をしているので、用語については不相当なところがあるかもしれないが、こういう基準ということでご覧いただきたい。

(委員) この引き下げに関してだが、同じ市町内でも地区によって差がある。また、その負担が公費であれば、まだ公平性は保たれるかと思うが、他の被保険者の保険料でその差額分を賄っているという点で、事務局がいうように、公平性は余り担保されていないのではないか。

また、今、委員が言われたように、基準そのものが、兵庫県としての基準そのものに疑義があるということであれば、この制度を、まず全体を見直すという方向性が妥当ではないか。

その上で、ただ、今は既に軽減を受けておられる方というのは、やっぱり既得権的な、これをなくすということに抵抗を感じられる方も多いかと思うが、例えば何らかの、仮に廃止という方向に持っていくとしても、一定の措置をとるといえるのは何か考えられるか。緩和措置というか。

(事務局) 緩和措置も含めて、今後検討する。ただ、まずは廃止に向けて検討を進めたということだが緩和措置ということも考えることはできる。そういったことを含めての検討ということにはなる。

(委員) 制度が発足する時点、平成20年度だと思うが、このときに条例で規定したということだが、条例で規定したのが、兵庫と福島だけだったと。福島は実際に規定したけれども、その事例がなかったのも、実質はもう兵庫だけになったということだが、47都道府県の中で、何で兵庫だけがこういうようなことを規定したのか、そこが不思議でならないが、この制度発足時点での議論で、一体どこがこれを決めたのか、どういうところで議論されて、こういうことに相なったのかというようなどころのいきさつ、そこら辺がもしわかったらお聞かせいただきたい。

(事務局) 一つには、数値的なものを調べて、各都道府県ともに、こういったものを採用するかどうかということ、当初、平成19年度に検討を進めたということ、聞いています。

また、制度発足前に、この懇話会の意見もお聞きしているというふうに聞いている。

各市町、無医地区のある市町の意見、また数値的な分析、それから懇話会等での意見を踏まえて、兵庫県では実施をしたというふうに聞いている。

(委員) その時点で、横にらみというか、よその都道府県がどういった議論の状況になっているかというのは、兵庫県としてわからなかったのか。

(事務局) 最終的に実施をするときには、当時の記録等、メモ等も見て、他の都道府県で実施するところはないが兵庫県では、いろいろ検討した結果、実施するというふうな記載もあったので、兵庫県のみということは、当時も認識はしていたかと思うが、ご意見、それから状況等で、当時は実施をするという判断をしたのだろう。

(委員) 手続的には、やっぱり議会に提案して、そこで採決をするということになるのか。

- (事務局) 条例で規定しているので、制度を変えらるとなると、条例改正という手続をとることになる。
- (委員) その場合は、極端な話、当該市町の拒否権みたいなものはあるとみるべきなのか、あるいは多数決で押し切ってしまうのか。
- (事務局) 条例改正であるから議会に諮るということになる。
- (委員) 多数決ということか。
- (事務局) 議会の議席が、広域連合4市町それぞれに1議席、一人議員が出ており、対象となっている豊岡市、香美町もそれぞれ一人議員がいるので、そのときに可否を表明していただくことになる。
- (委員) 今、事務局は廃止を含めてという言い方をしているのは、基本的には、6年も経って、そろそろ廃止の方向でという基本方針のように見受けられるが、これに関してどうか、その方向で進めるべきか、あるいはやはり何らかの理由でこれは存続すべきだとか、そういう意見の分布というか、そういうことをいっていただくと、事務局としても方針をまとめやすいと思うが、なかなかはっきりこうだという意見というのは言いにくいかもしれないが、何かもし意見があればお聞かせいただきたい。
- (委員) 不均一賦課の対象地区の既に8割以上の方が軽減措置を受けた上に、さらに軽減されているということで、それぞれの方の保険料は非常に安いのではないかと推測され、それから対象人数も非常に少ないが、何事も激変緩和という観点から、急に変わると、個人の方に非常に影響が大きいということで、実際、どれぐらいの額がこの方たちに、例えば2割の軽減をやめると影響があるのか。ざっくりしたお話でも結構なので。
- (事務局) 対象者は、2市町で230人程度である。平均すると、一人当たり保険料の年額で5,680円程度、月額に直すと、470円余りの影響額がある。
- 所得の低い方については、低所得軽減がある。詳しく言うと、約46%の方が均等割9割の軽減に該当する。この9割軽減に該当する方については、少し実態が変わってくる場合もあるが、試算で年額1,061円、月額にすると88円の増額、26%の方が8.5割軽減に該当し、試算で年額1,761円程度の増額。月額で147円程度ということで、実施地区の被保険者の軽減全体は8割程度と申し上げたが、9割と8.5割、合わせて7割程度の方が、月額に直すと100円前後から200円を超える程度の増額となる。保険料の平均が5,680円になっているのは、被保険者が非常に少ない地区が多く、なかには所得が高い方、保険料が高い方もいるので、それが全体を引き上げて、平均にすると5,680円程度ということになる。
- (委員) 大多数の方は、影響額としては非常に少ないと。それから、もう一つは、(2)の①にもあるように、50人未満のところはもともと対象になっていないと、この不公平感もあるので、このあたりを考えて、順次、修正する必要があるのではないかと。

(委員) 今の質問と回答に加えて、18ページの財源のところ、この制度を実施している限りにおいては、他の被保険者の負担に転嫁されるということ。それであっても、なおやらなければならないという要素があるのか。それに関しては、特にこのページの(3)のところ、医療給付費と保険料のバランスというところで、2行目、県平均を100とした場合の医療給付費が44から79と、確かに医療を受ける割合が50前後と低いが、それ以上に保険料の負担については、この不均一賦課をしない状態であっても、9から53ということで、非常に保険料の負担が低い。医療給付費の恩恵以上に保険料の負担が低いと、そういった対象者を他の被保険者の保険料で負担するということには、その1点に関しても、公平性の観点から少し継続するのは非常に疑問があるというように私は理解をしている。

(事務局) 委員の指摘のとおりである。冒頭申し上げたが、この医療保険は、出来るだけ制度の安定から言うと、規模が大きいほうが良いということで、都道府県単位で運営されている。県下でどこに住んでいても、所得が同じであれば同じ保険料ということでスタートしている。

別の委員から質問があったように、当初、なぜ兵庫だけだという話であるが、そのときには、今日参考資料でも示しているようなデータがなかった。市町ごとの一人当たりの医療費、あるいは一人当たりの保険料という数値がない状況でございまして、一旦、法律で、条例で定めればできるということになりましたので、兵庫広域としてはそれでスタートとした。

その時点においても、軽減するにしても、県の均一保険料率の50%を下回らない、軽減しても半分までという一つの制限があった。

ここ6年間の状況は、今日示したのは25年度の状況だが、先ほど申し上げたように、実際には、軽減後の一人当たりの保険料の水準が、県平均一人当たりよりも半分以下、50%以下になっていることを見ると、もともと制度として想定していた、減額しても半分までというのを超えた形になっているので、やはり当初想定していた軽減の割合よりもさらに大きくなっているということで、委員が言われたように、保険料でその部分までさらに特例的に軽減することの公平性、合理性がどうなのかなということが今回のそもそものきっかけである。

これが、国制度の経過措置と同じように、一定の期限が来れば終了ということであればいいが、これは恒久措置ということになっており、見直しをしなければずっと続くという形になるので、この時期に、経過措置が終了した時点を見直して見直しをしたいという考えである。

(委員) 大体、以上のような意見の分布なので、事務局はそれを参考にして、今後の方針、具体的なところを詰めていただきたい。

(4) ジェネリック医薬品の普及・啓発について

(委員) いろんな医療保険制度があるが、ジェネリックの普及率に差はないのか。ほ

ば、大体同じ率で、例えば後期高齢者医療や国保、健保などで、ジェネリックの普及率の差は余りないのか。それぞれジェネリックの普及というのは努力されていると思うが、その努力の熱意の差みたいなものがあるのではないか。

(事務局) 今持っているのが平成25年度の協会けんぽのデータで、1回目通知の切り替え率として24%、軽減の効果額として約4億4,000万円ということで、こちらはホームページからデータを確認している。

市町の国保のデータは持っていない。

(委員) 今の率から言うと、かなり協会けんぽと国保と差がある。今聞いた数値では、やはり、そういうほかの制度における成果というか、取り組みの参考にすべき点は、相互に交流するとか、それが必要ではないか。出来ればであるが、また、かなり煩雑なことかもしれないが。

(事務局) 当広域連合としては、ほかの健保と比べることがなかったので、今後その辺も考慮していきたい。

(委員) 国保も各市町によって取り組みがやはりまちまちだと思う。当市の国保のジェネリックの取り組みを参考までに話しておく、我々も2年前からレセプトデータの電子化ということで、いろいろと委託でデータ分析をしているが、その中のデータを使ってジェネリックもやっている。例えばアレルギー性の鼻炎とか、季節性によって、当然、シーズンがばらついている。そういったものをターゲットにして啓発すると、非常に効果が出やすいとかというようなことも経験もしているので、そのあたりは、レセプトのデータ化、そういったことでいろいろ参考になるケースもあるので、また後期高齢ともちょっと情報交換すれば、いい取り組みもできるのではないか。

(委員) ジェネリックに関しては、不信感を持たれる方も非常に多いようなので、そういう面での啓発を進めるということがやはり必要である。被保険者からもどこまで信用できるのかという声が出るので、医者の方でも、そういう面での問題があるということを時々聞くし、やはり安心感というのが重要である。

(委員) 啓発については、よくやられている。しかし、まだもうちょっと時間がかかるのでは。どちらかと言うと、薬屋も医者も金もうけが忙しいので、なかなか浸透していかないのではないかなと思う。ただ、ジェネリックをくれという人も、ちょっと最近増えているようだ。

(委員) ジェネリックを使うことそのものは問題ないかと思うが、このジェネリックの影響額というのは、後期高齢者の総医療費全体が6,000億円で、ここで5,000万円ほどだということなので、年額で言うと1億2,000万円ということで、これをやった総医療費に対する影響額は0.02%になっている。もちろん、その努力は非常に大事だと思うが、国の医療政策の根幹として、特許期間が切れた先発薬を高値のまま置いておくことが、そもそもの問題である。だから、ジェネリック規格を使えということよりも、国が薬価を決めるときに、先発薬が特許を回収して、もう特許期間が切れても、そのままの値段と

いうか、高いままで放置されていることのほうが問題で、消費者側の立場に立って物を考えると、ちゃんと先発薬の値段を下げてください。そこが一番大事なポイントだと私は思う。高いままである理由が、はっきりわからない。それは、その製薬メーカーの利得か何か知らないが、その薬が先発薬という名のもとに高い値段で放置されている適切な理由がない。もう特許期間が切れているわけだから、薬品別収載にして、本当は全部同じ値段にしてもいいぐらいである。そうすると、ジェネリックと先発薬の値段が一緒になれば、もっと使いやすくなるというのが一番の根幹である。

(委員) 先発薬に対する信頼感というか、それを優先的に使いたいという、つまり本来、ジェネリックと質が一緒であるならば、高い値段をつけているものは売れなくなるはずであるから、競争の場面から言うと。そういう意味で、ジェネリックに対する不信感というのが、先発薬に比べるとこちらは劣るのではないかというのが、まだ払拭し切れていないのが、先発薬が高い価格で行ってもそのまま売れるということの背景があるのではないか。

(委員) ちょっと余談になるが、国家の施策でものを考えるときに、国が同等のものを保証している、ジェネリックというのは。そしたら、同等のものを保証しているものに、なぜはるかに高い価格、二重価格の体系をつけるかというの、やはり国家の医療政策の一番の間違いというか、根幹的な問題である。

(委員) いろんな問題があるが、急いではいけないと思うので、啓発も含めて着実な努力をしていく必要がある。

(5) 保健事業について

(委員) 私ども、今、実は健診受診率と、それから医療費の相関関係についての分析に着手したが、なかなか難しく、必ずしも健診受診率が高い所の医療費が安くなるという理屈どおりはいかない。ただ意外とやってみると、相関関係というか、逆の相関というか、健診率が高い市町は医療費が低いというのは、意外と傾向としてある。これを深掘りしたいと思っている中で、受診率を見れば、例えば明石市の2.6%、これは決して健診機関が極端に少ないとも思えないし、逆に言えば、西宮との差はどういうところにあるかというか、情報があれば教えてほしい。

(事務局) 健診内容というの、各市町で実施しているので、それぞれいろいろある。健診内容であるとか、こちらで詳しく分析ができていないわけではないが、病院に既にかかっておられる方が多いかもしれない。推測の域ではあるが。

(委員) 私どもも、まだ分析を始めたばかりで、ぜひ情報交換をさせていただき、御指導いただきたい。

(事務局) 少し補足すると、この制度変更は、高齢者の医療の確保に関する法律、いわゆる高確法が平成20年に施行されて、後期高齢者医療制度が始まったときに、あわせて行われた。それまで老人保健法の時代には、基礎自治体が高齢者について健診をやっていた。20年度の新たな法律により、各保険者が特定健診をするというのが法律で義務づけられ、74歳以下について、それぞれ管理されている保険者が実施をし、そのデータも保存するという事になった。75歳以上をどうするかとい

うことについては、これが義務ではなく努力義務ということで広域連合が実施をすることになった。ただ、実際、私どもの事務局では、保健師、あるいはそういう部門がないので、実際には県下の41市町に老人保健法当時と同様にやっていただき、それについて補助をするというやり方である。それまでは、老人保健法に基づいて市町が義務としてやったものが、ちょっとニュアンスとして下がったこともあり、補助制度も、それまで国・県、市町は、義務負担ということで、3分の1ずつあったのが、法律が変わり、努力義務ということになったことによって、国が引き続き3分の1を、義務じゃないけれども、補助しようと。兵庫県は、努力義務になったので、補助をやめるということになり、残りは、財源的には保険料でそれを行っているが、各市町としては、今までとは違った形で、広域連合から一種委ねられている形になっている。やればやるほど、その市町の財政負担も出てくるというようなところがあり、各市町によって、ちょっとそのあたりの事情があるのではないかなと思う。一方で、特定健診については、各市町とも、国民健康保険で特定健診の実施義務があり、財政面で後期高齢者医療制度に対する支援金、各保険者が負担するが、特定健診の率によっては、加算したり減算したりという制度があり、一種のペナルティーがあるので、あまり低い率では支障があるということで、30%ぐらいの数値が出ていて、特定健診の場合は、75歳以上の健康診査ほど各市町のばらつきがないような現状である。

私どもとしては、県平均では15%ほどなので、出来るだけ各市町足並みを揃えるような数字にさせていただけるようお願いをしていきたい。

(委員) 基本的には、各市町の熱意の差がここに出ていると見ていいのか。

(事務局) 熱意はそう変わらないと思うが、財政面での違いがあるではないかと考えている。

(委員) いわゆる老人保健の政策、介護なんかに関して言うと、地域包括ケアとか、あるいは予防事業が市町村事業に変わっている。だから、これまで国が一律で決めてきたものが、市町の独自の判断で出来る要素がだんだん増えつつある。これも、そういう形で表れているのか。

(事務局) 財政事情ということで、一律には申し上げにくいですが、実施率が違うのは、一つは、個別に対象になる方に全部郵送して、受診券を全部送るというやり方をとると、受診率が高い傾向にあるようだ。やり方は、各市町で違うので、なかなかそうすると郵送費がかかるので、どうしても財政面の苦しいところは、広報紙とかに載せて募集をして、希望者に受診券を送るといった形をとることになるので、どうしても受診率が下がってくるというふうなところがある。このあたりが、熱意というところで物差しになるかというところはちょっと難しいが、それぞれ市の財政事情もあるので、どれがいいかというのは言いにくいですが、効率的なやり方ということでやられているところである。ただ、何度も申し上げてくどいが、出来るだけ全体の率にばらつきがないような形をお願いしている。そういう意味で、今回から市町ごとにも数字を示して、各担当課が財政部門にも言いやすいように支援をしていこうという気も一部ある。

(委員) この数値を多くの方々にわかるようにすれば、自分のところは何をやっているの

かという、市に対する圧力になればいいわけだ。

(委員) 保健事業の今の内容と今後の流れを見てみると、35ページのところの保健事業の内容で、こんなことをやっていきましょう、データヘルス計画をよく見ると、これは今も話が出ていたように、高齢者の医療確保、要するに後期高齢者医療制度のものの老健法から移っているが、老人保健事業そのものは、老人保健法のなかの保健事業のなかから機能訓練を抜いているだけで、結局、これは今度の県で移管のところを見たような格好で、それとまた、こんなことを言ってもしょうがないが、なぜまた訪問指導なんかというのものもある。

この訪問指導というのも、老人保健法のなかの保健事業のなかの一つ。老人保健法のなかで、訪問指導が出来た後、在宅の重症化もあって、訪問指導のほうから、老人訪問看護制度、要するにナースステーション、訪問看護というのをその後に設けた。普通なら、老人保健法のなかでナースステーションをしてもいいが、訪問指導と訪問看護とは違うので、またこれある意味、回帰みたいなどころがある。

それと健診の受診率と医療費の話があったが、9ページの表にあるようにばらばらで、その健診の対象者は把握しているのだが、健診の受診率というのは、老健法の場合は、もう法律で「がちっ」とある意味していたからやらないといけませんが、今は個々の市町で、というのと、老健法のときも、その健診の受診率の値というのは非常に眉唾物と言ったら悪いが、市によって対象者の捉え方が違うので、問題になっている。だから、今回のこれというのは、このようなことをやっていますよというようなレベルの話だと思う。それと、ちょっと古いので、健診の受診率、普通、受診率の向上を一生懸命やったら、保健事業をよくやったら、医療費にどんな効果をもたらすかというのは、結構、保健事業とかヘルスというのは、ちょっとマジックターム的なこともあって、こういうことをやれば非常に医療費の削減、適正化につながるというので、実際、結構、これ長いところ、私自身も全国の市、今じゃなくて、老健法の時代のもので見ていて、やはり健診の受診率というのは、外来の医療費にはプラスというか、逆に言ったら、相関で言ったらマイナスなのだけれども、受診率が高ければ医療費の適正化につながるというようなデータはある。けれども、今はちょっと本当、健診の受診率のつかまえ方は非常に難しくなっている。

(6) 国保データベース (KDB) システムへの参加について

(委員) なかなかイメージがつかみにくいが、どういう成果が出るか、ある面、雲をつかむような話などころがある。今、こういうのが一つの体制になっており、いろんな各制度、皆、こういう要請が求められているようなので、そこから何が出てくるかというのは、多分、可能性はいろいろあるのではないか。具体的には、これからの展開を見ていかないといけない。

(委員) 本日の内容をもう一度ここで確認しておきたい。

まず、本日の会議において、平成25年度の制度の実施状況等について、事務局から説明があった。制度発足から6年が経過し、収支状況を含めて、安定的な

運営がなされている。引き続き円滑な運営に努めていただきたい。

また、本日、初めて出た保険料の不均一賦課については、事務局から制度の実施の現状や課題事項について説明があった。制度実施から6年間が経過し、地域ごとの一人当たり医療費や保険料などの数値が明らかになり、低所得者等を対象とした保険料軽減制度もあることから、実施地区の医療給付費や保険料などの実情や他の広域連合の状況を踏まえて、公平性の観点から廃止を含めた見直しを検討していきたいとの説明であった。

また、医療費の地域格差にかかる6年間の国制度の経過措置を終了するとともに、国においても後期高齢者医療制度の存続に伴って必要な見直しを行うとしていることから、見直しの時期としても適当である。

本日も、各委員からいろんな意見をいただいたが、基本的には廃止の方向で検討するという事務局の方針に賛同する意見が支配的であった。

これについては、引き続き検討を進めていきたい。については、先ほども説明があったが、本年11月下旬から12月を目途に本件に関して、懇話会を開催する予定であるので、その際、よろしくようお願い申し上げます。

次に、保険給付の関連であるが、急速な高齢化に伴って医療費がますます増大し続けている。後期高齢者の生活の質の維持向上を確保するために、ジェネリック医薬品の啓発や、重複・頻回受診者に対する訪問指導の実施、健康診査や、今年度から実施の歯科健診の受診促進など、効果的な取り組みに努めていただきたい。

大体このような経過であったが、本日のまとめとしては、このようなことでよいか。

(異論なし)