

平成22年度 山形県長寿医療懇談会 会議録

(注) この会議録は、発言者が省略している言葉等を()書きで補足しています。

開催日時：平成22年9月30日(木) 午後2時～

開催場所：山形県国保会館201会議室

【出席委員】 (会長) 貝山道博 渡部剛士 小野栄二郎 折居和夫 斎藤純一
北村光孝 菅原京子 本間富美勝 川崎正則

【欠席委員】 武田真理子

【事務局】 事務局長 事業課長 会計室長 事業課企画財政係長
資格管理係主査 給付係主査 総務課総務係長 総務係主事

【傍聴者】 なし

4 懇談

—事務局より説明—

(1) 平成21年度後期高齢者医療制度の運営状況等について

—事務局説明後、委員による意見交換—

【会長】 委員からの質問、意見はありませんか。

【委員】 ジェネリック医薬品(以下ジェネリックと略します。)を使っただくのはよいのですが、医者にかかった時、(薬を)医者から直接もらってくる方と、院外処方箋(により薬を)をもらう方がいます。

(院外処方箋の場合は)出来るだけ先生から処方箋の中にジェネリックを入れてもらうような方法でやっていただきたいと思います。

薬局に行ってからジェネリックに変更すると、第1回分だけは高い料金(情報提供料)になるので、出来るだけ先生の方から処方箋に直接記入していただけたらいいなと思います。

(ジェネリックは)確かに安く(先発医薬品と)同種同効と言われますが、(ジェネリックの)中には適応外があるので、その点をきちんと医師に判断してもらってから、ジェネリックに替えることにしてもらいたいと思います。むやみに安いからといっても、(効能が)適応外ということもあるので、ジェネリックを使うときに注意をしていただきたいと思います。

例えば(先発医薬品の効き目が)10mgで、調剤薬局の在庫にジェネリックが5mgしかない場合、ジェネリックを2錠差しあげる、ということになってしまうので、安心して薬を服薬する

ためにも、先生から処方箋に記入してもらいたいと思います。

【会長】 診療関係の委員の方がいますので、ご意見は。

【委員】 私のところでは、ジェネリックを全体の半分程度使用しています。先発医薬品だけ（しか使用しない）という考えも偏っていますが、医療費を抑えるために、何がなんでも（ジェネリックで）いいという訳ではありません。

厚生労働省は同じ成分だから同じ（薬効）だとは言っていますが、なかには効果が異なるものがあります。

よかれと思って同意の元に渡したが、（ジェネリックが）やっぱり効かないから前に戻してくれと言う方は少なくありません。と言うことはどういうことかと言うと、厚生労働省では主成分が同じだから問題ないと言っていますが、基材や製法によって微妙に差が出てきます。その検証が全くなされていません。現場や医師会では（厚生労働省が）チェックすべきだと考えているのですが、厚生労働省では（検証すべきだという意見に）のってこない。「同じはずだ、違いがある訳はない」と。

現場での混乱がありますので、大きな問題として今後（ジェネリックの成分と薬効に関する問題が）出てくるのではないかと思います。

（ジェネリックが）効かないからと言って（先発医薬品に）戻す人もいますが、逆に先発医薬品より効くという人もいます。心理的な影響があるのかとも思いますが。

具体的な例を挙げると、注射薬の場合に、ジェネリックの方が（先発医薬品と比較し）効果があつて、なおかつ痛くないということも現にありますので、ジェネリックの方が優れている場合もあります。だから、全く同列には考えていません。（処方を）出す時は、ある程度吟味して、（製造）会社、評判等を考えながらやっていますので、むやみやたらと（ジェネリックと）いうのは反対です。

（患者がジェネリック）カードを出しますが、意味がわからず出す人が多いのが現状です。理解しないで、ただ（ジェネリックカードが）あつたから出す。（ジェネリックを推進する）主旨はわかりますし、いいことだと思うのですが、現場での混乱があります。

【会長】 医療行為こそ、一番、安心安全でなくてはいけないはずなので、多少リスクは伴うけれど安いからいいということではないと思います。

ジェネリックの普及というのは、正に、診療所の方から正しく伝えていただかないと。

我々、診療を受ける側は専門的な知識がある訳ではありませんから。医療機関の言葉を信じるしかないので、正直にこれは高いけど効くんだよとか、これは安いけど効かないんだよとか、こっちは安いけどもっと効くんだよとか。きめ細やかな、患者さんが納得のいくような説明がほしいと思います。

【委員】 解説書のなかで、絶対ダメだという専門家の先生もいますが、使い方を少し勉強していただいて。意識を何とか変えていかななくてはいけないと思うのですが。

【委員】 資料（成果報告書）の8ページをお開き下さい。健康診査（以下発言により「健診」と略している場合があります。）の関係では、前回（平成20年度）も予算に対して約2分の1の執行率となっています。これは、（健康）診査が増えて、なおかつ（補助金を）返還するという事なら（執行率が約2分の1でも）やむを得ないけれど、集団健診、健康診査は残念ながら非常に少ない比率（予算執行率）です。

21年度の報告も（20年度決算に比較して）余り大きな変化がありません。保健事業は重要だと（広域連合、市町村で）は理解しているけれども、なぜこういう結果が出ているのでしょうか。今まで（老人保健時代）の（実施）義務が努力（義務）に変わってきているということと、市町村によって違いますが、山形市の場合を例にとると、申込みを電話ですてからというのが（手続き上）億劫であるということもあるのかどうか。残念ながら（電話して受診するためか集団健診の）利用率が低いんです。集団健診そのものが、お互いの元気を確認し合い、（健康を）チェックしていただく（場です）。また、私自身のコミュニケーションの場でもあります。集団健診というのは全体の80%ですよ。政策的にもっと（集団健診の受診）率を高めていくようなやり方を工夫していくことが必要だと思います。20年度と21年度で（予算の執行率）が変わっているのでしょうか。変わっていません。1億円近い金が余っているということです。原因というのは一体どういう事なのかを精査していただいて、次の手だてを講じていただきたいと思います。

【事務局】 健診について説明します。健診につきましては、国では生活習慣病にかかっている方については、特に希望がない方は受けなくていいと言っています。ですから、山形県では忠実に守っている市町村が多いということで、電話で申込みを受けた時「血压等でお医者さんにかかっていますか」、「かかっています」と返事が貰えれば「受けなくていいですよ」と、国の指導を正確に守っているがゆえに受診率が低いということもあるようです。

生活習慣病（の高齢者が除外されるという基本フレーム）を除いて（健診を）すれば、もう少し（受診率が）高くなると思います。

【会長】 素人目で考えて、お歳を召せば病院に何かしら通わなければいけない事情があるとすると、病院に定期的に行っているから健康診断はいいやという（国の）判断（なのでしょうか）。

【委員】 そういったこともあるでしょうね。

しかし、世帯構造が変わってきています。老夫婦だけ（の世帯）が多くなってきています。そういう方については、集団健診を電話してまでは・・・という方がいるのではないのでしょうか。これまで以上に親切に対応していただければ、集団健診がもっと増えてくるだろうと思います。

前と違ってお年寄りがいる世帯の核家族化が進んでいるので、病院に行っている方なら（集団健診へのアクセス上の問題は）別ですが、そうでない方々もかなり地域にはいます。いわゆる介護の難民と言われる時代です。その方々にもっと手立てを講じていかないと（健診に）集まってこないのではないかと思います。

【会長】 2億円ちょっとの予算で半分残っているのですが、もう少し制度の周知に努めていただきたいと思います。

【委員】 山形県は（高齢者の）受診率が低くて、（資料のデータでは）一人当たりの医療費が低くなっています。結局、山形県のお年寄りは早く医師に受診しているからなのか、そうではなくて家にいて（医師にいけない高齢者が）潜在しているのか。または、山形県のお年寄りは皆さん健康なのか。どう解釈するのでしょうか。

【委員】（老人クラブ入会者が）県全体では約8万人位。一人ひとりどういう状況かは分かりませんが、老人クラブに入っている方は皆元気です。健康診査などには積極的に行っていると思いますが、8万人と言うと、（県全体の老人が）35,6万人。山形県全体の中、（老人クラブ入会者が）約2割。そういう方々については、自分のことで自分のためになることですから、（行政が）組織的に対応の仕方を工夫していけばと思います。

市町村は（広域連合からの）委託だから、機械的で積極的ではない。その辺が（受診率が低い原因として）あるのではないかと思います。

【委員】 毎年、大学では市町村に地域保健活動の実習に伺っています。

20年度に健康診査については制度が変わったということで、問い合わせが非常に多かったということ（市町村保健師から）実習生に説明をしていただきました。

20年度は、保険者別の健診になったので、どこで健診を受けたらいいとか非常に混乱していたのが現実だと思います。21年度は多少落ち着きましたが、それでも、委員がおっしゃるように（受診率が）同じだということになってくると、20年度は混乱したから多少いろいろあったかも知れませんが、21年度は制度が2年目に入って落ち着いたというならば、（受診率が）上がってもいいと思います。しかし、（受診率が20年度と）ほぼ同じだということは、委員が言うことも原因があるのかもしれませんが。一方で、山形県は全国的には健康診断の受診率が（過去には）非常によいところで、今まで（老人保健時代に）かなり努力をしているようです。今までの努力と（後期高齢者医療制度においても）同じ程度でやっているかもしれないので、（努力の度合いがどうなっているかとともに）その辺（受診率が低いこと）を少し分析し、受けやすい環境をどうつくるかということを考えなくてはならないと思います。

【委員】 20年度から新しく（後期高齢者医療制度が）はじまる前までは、その当時の40歳以上のデータ（老人保健時代のデータ）を見ると山形県の老人医療費も下から2番目ということで、健診受診率が高いと医療費が低いというのは、47都道府県（の受診率）を比較してみると（わかるので、受診率を高めることは医療費抑制に）概ね効果があることと思います。先程、委員の発言のように、健康だから受診しないということもあるかと思います。その他の要因は色々あったかとは思いますが、20年度から制度が変わりましたので、その後のデータは1年位しかでていません。（新しい制度のもとでの健診受診率と医療費の相関は）よくわからないのですが、健診を若い時からやっていたら、高齢者になってからも（健診が）功を奏して健康でいられるということかと思っています。

【委員】私はむしろ山形県は我慢するお年寄りが多くて（健診の）受診率が低く、（結果として、一人当たりの）医療単価が高いように思っていますが。

【委員】（一人当たりの）老人医療費は以前から低く、全国最下位のときがありました。その後もずっと下から2番目です。

【会長】たしか去年のこの時期に（長寿医療懇談会が開催され）この問題について、一人当たり医療費が少ない＝元気な県だ、と言ってお叱りを受けましたが、医療機関へのアクセスの問題が絡んでいるはずだと思います。行きたくてもなかなか行けない、というアクセス抵抗みたいなものが実は山形は高く、結果としてこういう数値（一人当たりの老人医療費）。潜在的にはもっと（医療費が）高い数値になるべきところが、アクセス抵抗などにより抑えられていることもある、ということをお前回議論しました。

【委員】健診をずっと受けている方々が、20年度の（健診制度変更による）混乱で離れていったという人がいます。もう一つ（受診率が低下した理由）は健診項目が少なくなったことです。「俺たちは、後は死ぬだけだから（健診が）要らないのか」と怒りのような印象を持たれていた（高齢者もいました）。手続き的なことについても（若い人とは別に細やかにするなど）検討の余地があるのではないかと思います。

【事務局】この健診に関しては、新しい後期高齢者医療制度では、全国的に見て（受診率が）下がったと厚生労働省が非常に問題にしており、元に戻すような形で受診率を高めないと駄目だという話がありまして、「努力をなさい」というような通知が届いています。

この次の話になりますが、新しい制度では（後期高齢者医療制度に加入している人の大部分が）国保に戻りますので、今回（現行制度）の努力義務ではなく、完全に義務だということに新しい制度では切り替えていくという話が（高齢者医療制度改革）会議の中で出ているようですので、間違いなく25年度4月に予定されている新しい制度では、国保に戻って市町村が義務として健診をやらなくてはいけなくなってくるという話に進みそうな状況です。

これは今回の懇談会でも議論されていますが、「努力義務ではまずかった」という反省が（厚生労働省からも）出されています。

【委員】次の新しい制度についても、今話がありましたので、次に移りたいと思いますが、（新しい医療制度が始まる）25年度までの2年間で受診率を高めさせていただくように努力をしていただきたいと思います。

（2）高齢者医療制度改革会議「中間とりまとめ」について

—事務局説明後、委員による意見交換—

【会長】ある程度新しい制度の概要については、事前に資料が送られたかと思しますので、目を通し

てきたかと思えます。

ご意見を伺いたいとは思っておりますが、『新たな高齢者医療制度「中間とりまとめ（案）」についての意見調査票』というものをいただきまして、私が記載したのは、(新しい医療制度は)まったく同じ姿で(被保険者が国民健康保険等に)戻るということではありませんが、結局元の制度に戻ることになります。しかし、国民健康保険等の財政問題はどのようなふうになるのか、(「中間とりまとめ」等では)何も示されないで進んでいます。本来、新しい制度を検討する時は、当然将来的にどうなるか普通はシミュレーションがあつて、それが国民に示されて、新しい制度はいい制度だと理解を得て初めて制度が施行されると思いますが、どうもこの政権というのはコスト意識がほとんどありません。「新しいから、いいことだからやろう」ということで、それがどれだけのコストを伴うのか、コストベネフィット(分析)が全然示されていない。そういう傾向があります。今の若い世代の負担がどのようなことになるのか、懸念があります。

インターネットで調べましたところ、同様な意見は多々寄せられているようで、「改革会議では新年度移行時と将来的な財政移行試算を提出するよう求める委員が多く、厚労省側は遅くとも11月の会合までにこれらを提示する」となっています。これでひどいシミュレーション結果が出てきたらどうするのかと思っています。今よりもましな制度になることを期待してやまないのですが、この懇談会で皆さんからいろいろなお質問・ご意見・ご助言をいただきたいと思っています。

【委員】健康保険組合についてですが、後期高齢者医療制度に関わっていると、いろんな財政的な問題が出てきています。

調べたところ、健康保険組合は全国で1473組合あります。山形県内は5つしかありません。5つでも(全国で)決して少ない方ではなく、県内で2つしかないところもあります。

1473組合全部の決算を合算した21年度決算は5235億円の赤字です。前年度と比較すると、さらに2046億円の赤字(の拡大)ということです。赤字組合は約8割、1200近くの組合が赤字になっています。(健康保険組合の)赤字の要因は、後期高齢者、前期高齢者への支援金が重くのしかかっていることです。健康保険組合は保険料で運営していますが、その保険料収入の約半分近く(45.6%)が支援金に取られます。健康保険組合は企業の組合ですが、企業の業績が伸び悩んでいて、従業員の給料も上がりません。ボーナス等も同様です。給料から保険料をいただくことになっているので、保険料収入自体も減少傾向にあります。収入は横ばい、または減少しているのに、負担金がどんどん大きくなっています。現状でいうと、保険料収入で(支出を)賄えなくなっているのが実態です。

健康保険組合は厚労省の管轄ですので、予算等も作成して厚労省に提出するわけですが、22年度の健康保険組合の合算で、6605億円の赤字予算です。21年度決算に比べてさらに約1400億円悪化します。赤字でやれるのかという話がありますが、予備費がありまして、(健康保険組合は)今まで蓄えていたものを取り崩して運営しているのが大半の組合で、底をつけば収入で支出を賄えないということになり、組合が解散せざるをえないことになります。

健康保険組合が解散すればどうなるかという、だいたいは「協会けんぽ」に行く訳です。「協会けんぽ」は中小企業の健康保険組合です。

健康保険組合のメリットは、保険者機能が高いことかなと思っています。(健診)受診率の話

にも出ましたけれど、(委員が加入している健康保険組合)の受診率は94.6%で、全国で第2位でした。全国のトップ10は健康保険組合で占めています。国保等とは組織が違いますので比較にはならないのですが、健康保険組合は単一の企業の中の組合ということもありまして互いの顔がわかるということもあって、いろんな意味で連携が取りやすくなっています。

例えば健診で言いますと、全部のスケジュールを割り振りして通知をしております。当然、仕事が忙しくて行けない、ということがありますので、(健康保険組合の仕事の)大半がスケジュール調整に費やされます。スケジュール調整をしっかりやればかなり受診出来ますので、それも受診率のアップに繋がっているのかと思います。組合員(の受診率)は100%だと思いますけれど、被扶養者のところで若干下がりますが。健診をして、二次健診・精密検査が必要であれば、それも(委員が加入している)健康保険組合から費用を出します。

このように、保険者機能を健康保険組合は発揮できる立場にあると思います。健康保険組合がこれから存続していくためには当然、新しい制度のもとでは、財政的などころをしっかりとやっていかないと、どんどん解散しなくてはいけないこととなります。健康保険組合自体が壊滅しかねないこととなります。

【会長】 委員は、被保険者の代表として厚生労働省のグループ討議も参加されたと聞いていますが。

【委員】 公聴会は8月7日の日に100人の方々が集まりました。100人が一度に意見を述べるというのは、なかなか容易ではないので、6つに分かれた分科会を行ないました。後期高齢者という立場では全国から6名参加していました。ひととおりの説明をいただいた後に、それぞれの分科会の中で意見を述べることになっていて、その時に申し上げたのは、2分間という制約がありましたが、新しい高齢者の医療制度というのは高齢者のためだけではなく、全世代に関わる制度として欠かせないから、全世代に理解されうるような制度にしていきたいというのを一つの意見として出しています。もう一つは、高齢者の方々は年金生活の方が多い訳です。一部にそうではない方もいらっしゃいますが。保険ですから当然のこととして応分の負担として、保険料は出さないといけません。低所得の方・低年金の方にはこれまでのとおり軽減措置等の暖かい措置を講じてもらわないと、早く死になさいということにもなる訳ですから、(新しい医療制度になっても)軽減措置は継続して配慮をお願いしています。

そして、今までの後期高齢者の制度で採られている国の税金を5割・現役世代が4割を持っていただき、高齢者の負担が1割という線は守っていただいて、医療費のアップ分についてはスライドしてアップするというのではなく、出来るだけ税金でカバーするような方法をお願いしたいなと思います。今は高齢者と現役世代が対立するような報道もされるし、行政の説明もその様な説明をされている訳です。

「現役世代が高齢者を支えている」という言葉を使っている訳です。やがては(高齢者と現役世代の比率が)1対1になるという。皆がやがて高齢者になるので、対立するようなものの考え方は変えてもらいたいという注文をしております。新しい制度において国保に入っている75歳以上の方(高齢者医療の被保険者)というのは、財政運営上、二重構造になっていて分かりにくい。所得に応じて多くの負担をしていく訳ですから、都道府県レベルでやっていただける方法に考えてもらいたいという注文をしました。あわせて介護保険の保健事業は、もっと強

力にやっていただきたいと注文しておきました。

【会長】 たしかに、お年寄りの方と若い人の対立の構図というのは非常に悲しいことです。若い人もいずれ年寄りになって行く訳ですから。明日はわが身という気持ちを持ってこの問題は考えていかないといけないと思います。

介護保険なり国民健康保険なり、いろんな保険制度があって「ここに綻びがあるから、ここを修繕しよう」というのは分かるのですが、もし、この問題をきちんと考えるのなら、健康保険制度・社会保障制度全体を見直さなければと思います。健康保険組合が潰れていって政府管掌になるのかは分かりませんが、結局（国は）財政負担をしていかななくてはならない。これは避けて通れません。そうすると、財源をどうやって確保するのかを正面から議論していただかないといけません。

菅総理大臣になった時に、強い経済・強い財政・強い社会保障と（いう発言をしていて）、この人はいいこと言うな、この人は本気でやってくれるだろうと思ったら途中から何も言わなくなりました。

【委員】 厚生労働大臣は、今の財源問題が壁になっているから議論すると大変なことになるので、消費税の問題は税制改革の中で取り上げざるを得ないとはっきり言われていました。ただ、票が関わってきますから。国民の声は、総論は賛成だけど各論は反対する方も多い訳です。税制改革の中で大胆にやらざるを得ないだろうと思います。

【会長】 市町村から都道府県に仕事移って行くかもしれないことに事務局としてはどう考えていますか。

【事務局】 今の運営が表（資料「後期高齢者医療制度と新たな医療制度（中間とりまとめ）の比較表」）にありますように、とりまとめ表では「運営主体」という言い方をしています。今の運営主体は後期高齢者医療広域連合で、いろんな仕事をやっている訳ですけども、新たな制度は、「県単位の運営主体」ということで、皆さんが思う「山形県庁が」という意味ではありません。

（新しい制度では高齢者医療制度は）国民健康保険につながりわけですから、75歳以上の方々の手元に行く保険証の「保険者」という欄は、それぞれの市町村の首長、市長なり町長なりの名前前で保険証が届いていく訳です。市町村ごとの色の保険証が行くかと思います。

「運営主体」はどうかということは、資料の半分下にありますが、「標準保険料の決定だけは運営主体がしましょう」と「市町村ごとの納付すべき額の決定も運営主体がしましょう」ということになります。「保険料等の歳入歳出処理も運営主体がしましょう」ということになります。仕事の分担をするわけですから。そういった意味では、実際の事務のほとんどが市町村に戻っていきます。国が言うには、広域連合は解散ということです。残務処理があるので職員は残るかもしれませんが、今の予定で行くと「25年の3月には広域連合がそのまま仕事を引き継ぐといった決定がされない限り解散ですよ」という話が出ていますので、市町村が75歳以上の国保の人達と75歳未満の人達の2つの国保を運営していかななくてはならなくなります。我々職員はそれぞれの市町村に戻って行くことになります。複雑な運営が市町村にかかってくるのかなと

思います。

ただ、健康診査に関しては、現行の後期高齢者医療制度では努力義務、新たな医療制度では実施義務ということで市町村が全部やらなくてはいけない、ということが打ち出されています。

最初は、ここ（「山形県後期高齢者医療広域連合」事務室前）にある看板が「山形県庁」に変わるかと思ったのですが、そうではなかったようです。12月（の「最終とりまとめ」）までは、どうなるのかはまだわからないというところに（立場が）置かれているようです。

【会長】 国民健康保険の保険料率というのは市町村ごとに違いますよね。

【事務局】 はい、そうです。財政状態に反映して違います。

【会長】 保険料率を一律にするというのだから。

【事務局】 市町村に戻るときに75歳以上の方達の保険料については、賦課の標準保険料率決定があり、各市町村バラバラではなく県標準で決め、35市町村全てがその保険料率ですか、例えば保険料の収納率が高い市町村は少し下げてもいい、ということになります。何故かというと、（資料の）⑫に「財政運営」という項目があります。（「業務」の欄に）「市町村ごとに納付すべき額の決定」というのがあり、例えば米沢市の場合、米沢市の75歳以上の保険料は〇〇円ですよ。（納付すべき額は）総額10億円ですよ、と「運営主体」が市町村ごとに決定します。

それを全部集められるなら（市町村は）安い保険料で集めてもいいことになります。標準保険料の前後で（実際の保険料は）幅が出てくるのではないかとされています。現行の制度では（同じ所得水準であれば）75歳以上（の保険料）が一律、同じだったのが変わってくるだろうとされています。

【会長】 今の制度も県内の市町村間での（保険料納付についての）財政力格差の是正はやっているのですか。（新しい制度の「標準保険料率決定」と同じく）拠出する額が市町村によって違ってくるということでしょうか。

【事務局】 現在は、個人単位で同じ収入であれば同じ保険料になります。県内は一律の保険料率です。新しい制度に移れば収納率などに影響されて少し多めにいただかないと、先程の説明のように運営主体に納められないことになるので、保険料率が若干上下してくるだろうと考えています。

【会長】 おぼろげながら、分かったような。財政力の弱い自治体は大丈夫だろうか、という懸念をもっているのです。

「中間とりまとめ」ですから、これからさらに議論していくのだらうと思いますが、この懇談会で意見が出たら厚生労働省に伝えるということになっているのでしょうか。

【事務局】 新しい制度に関しては（高齢者医療制度改革）会議が月1回のペースで開かれています。「中間とりまとめ」に関して、厚生労働省は、（広域連合の）外部に委員会がある場合は、委員から

直接意見を聞きたいということでしたので、(21年度から)委員として継続された方については直接、個別的に意見を送付しています。それと、(高齢者医療制度改革)「会議の資料に対して意見はありませんか」との問い合わせが毎回投げかけられています。我々が気づいた範囲で資料に関して、要望・意見をその都度届けています。

今日いただいた意見は、今後(厚生労働省からの)照会が10月にあると思いますので、懇談会の委員から出された意見を併記して出して行きたいと考えています。

【会長】 さらに厚生労働省に伝えていただきたい意見がありましたら、会議が終わった後でもいいです。後日、事務局の方に意見をお伝えください。

【事務局】 こちらの方に寄せていただけましたら、そういった機会に我々の意見と一緒にお伝えします。

【委員】 (新しい)制度の中では、医療の仕組みはどうなっていくのか、(新しい高齢者医療制度と)介護保険との絡みはどうなっていくのかについては、まだ検討という段階でしたよね。

仕組みだけが先行していて、医療関係以外でこういった形があるのか。地域医療との絡み、介護保険との絡みはどうなるのか。県レベルで(新しい医療保険制度の運営を)やっても直接関わる住民とのことは、(新しい制度では基本的に)市町村レベルだから市町村にかなりの機能が集中する。(市町村は)受託と主体とは構えが違うわけですよ。本来は、保健事業は市町村が責任を持って積極的にやっていけばいいのだけでも、県から、広域連合からの枠の中でやりなさいと言われて忠実にやっている。それ以上のことはやらない。市町村には直接関わる住民に関してのことなので、(保健事業等について)多くの機能を与えていくべきです。(行政は)縦割りで、我々住民は「横」なんです。それを縦の線で繋げようとする、余りにも制度が複雑になって分からない。だから振り回されている。(行政は住民への制度に関する理解を)これから知恵を出して考えてもらうことです。高齢者は年々増えてくる。高齢者(の世帯)も単身、夫婦世帯、高齢の親子世帯が増えています。医療保険、介護保険のお世話になりますが、(高齢者自身による)手続きが大変になる。しかも、地域社会の人とのつながりは昔のような支え合う文化は廃れてきている。機能が弱くなってきている。頼れる人が誰もいないということです。これが現実です。医療関係・介護関係についてはもっと親切な対応をして欲しいと思います。

【会長】 もう少しで高齢者となるので、私からもよろしくお願ひしたいと思います。

【委員】 国民健康保険の歴史では、保健婦(師)の活動が、国保の医療制度と一体となって動いていた時期があったように思います。国保と後期高齢者医療制度が一緒になった時、保健師と(医療保険)の関係はどうなるのでしょうか。

【委員】 昭和53年の「第一次国民健康づくり(対策)」の段階で、国民健康保険の保健師は市町村保健師に身分が移管されました。今は、全部市町村の保健師です。市町村の保健師として国保の事業もする身分の関係になっています。

現在そのようになっていますけれども、そこから先どうあるべきか、ということになりますと、医療保険と介護保険の方にも今配置していますし、昭和 53 年から何年も経ちましたので、これからどうあるべきかを制度的に考える時期なのかもしれません。

【委員】 行政が広域化すると、だんだん保健師もケアワーカーも中央に寄せられてきて、地域の中における健康、福祉対策というのはどうしても抜け落ちてしまいます。

【委員】 医療と介護の役割分担も変わってきている時代に入るので、(狭い意味の医療) 保険だけではなくサービスの部分も含めて全体的な構想が必要かと思うのですが、個人的な思いは、(制度改革にあたり) 後期高齢者の方の医療の相談だけになり、「さて全体 (の社会保障制度) は……」となっても、ここ (高齢者医療制度だけの議論) だけとなり、全体が見えない中での相談することは、どういう高齢者医療制度が見えてくるのか若干の疑問をもったところです。

【委員】 トータルとしての地域の中における老人だけじゃない医療保険。高齢者層だけ動かさないで制度の変革期なのだから、子供から高齢者まで一緒になれる仕組み (社会保障制度) を思い切って作らないといけないと思います。

【委員】 長野県は協同組合と行政が一緒になって「健康づくり運動」というものを組織的にやってきたというのが土台になっています。治療中心だけではなく、病気にならない健康づくりをしていかなければいけないと思います。そういう組織をあらためて作っていくべきじゃないかと私は思っています。

【委員】 どうやって作っていくかは難しいですね。行政の方々には枠組みとかチャンスとかをどんどん提供してもらい、出来るようになればよいと思います。

【委員】 健康づくり推進協議会のメンバーの中に入りやっていましたが、縦割りがあまりにも強すぎて。

【会長】 市町村が住民に一番近いわけですね。住民のニーズに適った構想のために市町村の権限・意思は尊重されるべきだと思う。残念ながらお金がありません。もう少し、国の方からお金が下りてきて、あるいは財源が (国から) 委譲されてきちんと (保健事業等を) やっていただけるようなベースを作ることから始まらないと (充実した保健事業等は) 出来ないとなってしまうということでしょうか。

【委員】 かつては (保健事業の) カリスマがいましたが、今後は期待できないので、こつこつと現場 (で保健事業を行い)、なおかつ、行政の支えが必要になっています。

【会長】 予定の時間がオーバーしたので特に「まとめ」はいたしません。その他にかございませんか。なければこれで終了いたします。