

平成21年度第2回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を()書きで補足している。

開催日時：平成21年12月17日(木) 午後2時～午後4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

五十嵐雄一 山田皓子 酒井俊昭

【欠席委員】 北村光孝 遠藤利之 武田真理子

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

【傍聴者】 5名

1 開 会

2 事務局長あいさつ

3 会長あいさつ

懇談に入る前に、一言挨拶申し上げます。

本日は、ご多忙のところ第2回山形県長寿医療懇談会にご出席いただき、お礼申し上げます。

この懇談会は、円滑で安定した制度運営を行うため被保険者や保険医療機関の代表者、学識経験を有する委員の皆様から、広く意見をお聞きし、ご助言をいただくことを主な目的として開催するということを、改めて確認しておきます。

新しい政権が誕生し、後期高齢者医療制度の廃止ということを出しました。

第2回の開催は、事務局と打合せを行い9月末に開催する予定であったが、制度の先行きが不透明になったことから、第2回懇談会の開催を本日に延期させていただいた。

廃止するには国会の審議も必要であり、法律改正を伴うことでもあるから、そう簡単に即廃止という訳にはいかない。

国では、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度について検討を始め、11月30日に厚生労働大臣の主宰により「高齢者医療制度改革会議」が開催され、高齢者医療制度改革の進め方等について話し合われるとともに、検討に当たったの基本的な考え方、新しい高齢者医療制度創設までのスケジュール等が示された。

本日の懇談内容は、平成21年度後期高齢者医療制度の運営状況、平成22・23年度の実施事業、及び高齢者医療制度改革について事務局から資料を作成してもらった。

委員の皆様を活発なご意見・ご助言をお願いします。

4 懇 談

- 事務局より説明 -

(1) 平成21年度長寿医療制度の運営状況について

- 事務局説明後、委員による意見交換 -

【会長】 委員からの質問、意見はないですか。

【委員】 2ページの低所得者が0.8%増とあり、3ページの収納率が44.51%となっている。2ページの数値は全国的に高いのか低いのか。山形県特有の問題はあるのか。収納率について教えてもらいたい。納められない人達はどのような人で、どのような理由なのか。この資料の数字からは読みとれない。

【事務局】 2ページ窓口負担の低所得者と3ページの繰越分の収納に関しては、現在のところ全国の比較ができる数値はありません。低所得者に関して言えば、全国的に高齢者の所得が下がっているというのは厚労省の通知から見ると分かります。山形県だけの話ではないと思っている。

3ページの繰越分の未納分の44.51%というのは、通常であれば未納の方というのは生活が苦しくなかなか払いたくても払えない方が多いと思っている。制度が開始されてから日が浅く、平成20年度分しか未納が発生していないが、今現在、平成21年度が数ヶ月残っている中で5割近い収納率というのは高いと思っています。

平成20年度の保険料の収納率は99.36%で全国3番目に高い収納率だった。その残りの0.64%の未納の方が、年度を越えて約半数近く納めていただいているということは、かなり高いのではないかと考えています。

【委員】 補足して説明します。

先ほど事務局から説明があったように、平成20年度全体の収納率は99.36%であり全国3番目で非常に高い。山形県の高齢者の皆様は、保険料を生活費の中から工面していただいている。市町村も働きかけをし、制度の概要等を説明して高齢者の皆様にご理解いただいたために収納率が高くなったものと思う。

委員の質問の3ページの収納率については、平成20年度の滞納分の半分近くが数ヶ月の努力で納入されたもの。年度を越えた段階では4500万円程の滞納があったものが、2000万円も解消されたのは、市町村と広域連合で収納に動き、滞納された方に事情をご説明してご理解いただいで、ここまで納められた。

全国の数値は持っていないが、かなり素晴らしい成果ではないか。高齢の方々のご理解をいただきながら納めていただいたのではないかと考えています。

【委員】 市町村と広域連合の保険料の収納努力はわかるが、高齢者の生活が苦しいなど、納められない理由とは関係なく収納率が向上したのか。

【委員】 広域連合で収納率向上対策の実施計画を作り対応している。納められない所得の場合は、事前に保険料が軽減されているケースが多いが、どうしても駄目なときは分割納入や減免の制度

もあり、ご理解いただいた結果ではないかなと思っている。どうしても払ってもらえない人から無理やり徴収することはしていない。

【委員】 2ページの低所得者の構成率が高くなれば保険料が低くなるけれど、低所得者が少なくなれば保険料は（多く）入ってくる。

【会長】 そう。保険料収入は低所得者の層が薄くなっていけば上がっていく。

【委員】 低所得者区分だが、所得が低ければ軽減措置がある。7割軽減、今は、9割軽減までである。軽減の割合は、平成20年度における被用者保険の被扶養者の9.5割軽減、9割、7割、5割、2割。

低所得者が多ければそれだけ軽減が多くされており、軽減した額の4分の3は県で負担している。県を含め、皆でフォローしているのが現状です。

【会長】 制度開始当初と比べ、いろいろと軽減措置を導入した。本当にお金のない人から無理矢理、お金をもらう制度ではなくなったと思っている。

【委員】 低所得者が財源の点から見ると増え、3割窓口負担者というのは減っている。しかし、生活保護、子どもの準要保護適用は元々全国的にも低い。世間体というものがあるし、我慢している部分もある。保護率が大阪や福岡は高い。

山形県民性、特に高齢者の方々というのは耐える力があり、我慢強いと思っている。私たちは我慢強いなということ。だから所得は低くても我慢をして生活を切り詰める。

経済的な自立というのはなかなか困難だから、ある程度抑えられるところは抑えないといけない。しかし医療関係だけは命に係わるものだから何とかしないとけない。

保険料の滞納というのはそれなりの理由があつてのことだろう。民生委員の方々は個別所得をかなり把握している。私は民生委員をやっていたが、子供の準要保護のケースと比較し、悪質な高齢者というのはあまり見かけなかった。

子供の準要保護の場合は、子供の給食費も払えないことを承認することも、ある程度校長の判断でできる。私は民生委員を出来るだけこの中に介入させて、悪質な親については、それなりの措置があると思うが、医療は命に関わることだから、可能な限り講じることにしないとけない。

【委員】 一人ひとり、いろいろな環境がある。そこを汲み取りながら（児童保護については）今進めていると思う。実施要綱もそうになっていた。

後期高齢者医療は最近の制度であるが、類似した制度で国民健康保険制度がある。滞納されている方に対しては、民生委員の方々、教育委員会の皆さんが総力挙げて、相手方の置かれている環境を踏まえて対応するようにしている。おそらく広域連合もそうであろう。相手方の状況を見て、無理なことを言っても無理なので、理解を得ながら納付を促すのが基本と思う。委員のご指導のとおり、今後も民生委員の協力を得ながら進むことになるのではないかと。

【委員】平成21年度の経過報告を読ませていただいた中で、非常に大事なことというのは前回は申し上げたが、保健活動である。保健活動の中で、実は集団健診は残念ながら非常に（受診率が）低い。これは努力義務ということだから。積極的に市町村でやっているところと、そうではなくあくまでも受動的な形でやっているところがある。山形市の場合は電話をして申し込んで対応するというやり方をしているから、面倒臭いからやらないというケースも出ている。前年対比でものすごく低い。

【会長】今の話は次のところで改めてお願いできれば。

【委員】平成21年度の保健事業についてはどうなのかなと思って。

【事務局】（平成21年度の受診率は未確定だが）健診の受診状況については、（平成20年度は）被保険者に対する割合で14%というような数字になっている。全国的な傾向でもあるが、受診率が下がっているのも、委員のおっしゃるとおり制度改革によって受診されない方も増えたのかなと思う。平成22、23年度の健診においてはその点十分に配慮して事業を組んだ。それについては次の話題で詳しく説明します。

（2）次期特定期間（平成22・23年度）における保健事業及び長寿・健康増進事業の実施について

- 事務局説明後、委員による意見交換 -

【会長】平成22、23年度の保健事業、長寿・健康増進事業の計画について説明してもらった。

第1回目の懇談会で、そもそも後期高齢者医療制度は制度上、医療費がどんどん増えていく。これをどう解決するかということ。健康を保つ、これが究極の医療費削減につながるということをご皆さんで確認をしていただいたかと思う。

説明資料の中では、2つの大きい事業がある。

一つは、通常健康診査項目。これまでの項目に新たに加えて展開して実施すること。もう一つは歯周疾患検診を新たに行おうということ。

説明にあった参考資料では、保健に努めれば一人当たりの医療費が減ってくるとはっきり表れている。これに基づいて行われるということなのだが、健康診断項目を追加することはお医者さんが事業に係わることなので、（医師に）補足説明とご意見をお願いしたい。その後、歯に係わることなので歯科医の先生よりお願いしたい。

【委員】健診項目が増えたことに関しては素晴らしい事だと思っている。高齢者の方の中には「私、年取ったら要らないんだべ」と、項目が減ったことに落胆した方も多かったが、これにより多少（不満を）軽減できるかなと思う。しかし、これで全てではなく、肝機能も3項目あるが、ヘモグロビンA1Cが今回欠けている。いろんなところで項目がかなり減っている。これで全て（の健診項目を網羅している）とは思っていないので、更に努力していく必要があるのかなと思う。

特に我々が考えているのが、クレアチニンとアルブミンという項目は健診項目にないが、特定高齢者の場合は、アルブミンは栄養状態を反映するという事なので、若い人よりもむしろ後期高齢者の方に非常に重要な項目かと思っているので今後検討いただきたい。クレアチニンは老人保健時代には健診項目に入っていたが、現在は入っていない。腎機能はだんだん落ちてくる。そういった項目は逆に高齢者だから必要だと思う。高齢者だから要らないじゃなくて、若い人に比べて、むしろ大切な項目があるわけだから、削るという方向だけではなくて、高齢者の特徴というか、そういったものを勘案した上で健診項目をプラスするといったことも必要なのではないかと思う。

健診というのはどちらかと言うと早期発見して治療するという事で、二次予防という言い方をされているが、健診の中で成人病の発見から生活習慣病が着目されるようになったのは、二次予防も大事だけでも、もっと一次予防が大事だと思うからだと思う。健診をきっかけにして病気を早く見つけて早く治すと医療費が安く済むではなくて、むしろ（健診を）意識付けにして日頃の生活習慣を見直していく、そういったことが次に健康増進事業という形に繋がってくると思う。意識付けとかそういった方に事業としても取り組んでいただければ。二次予防も大事だけでも一次予防にも力を入れるということ、ぜひ（取り組みに）入れていただきたいなと思う。

最後のページ（参考資料）だが、受診率が高ければ医療費が低いということだが、いろんな要因がある表かなと思う。西日本の場合には医療機関数が多いこともある。

それに比べると山形県は、受診抑制やアクセスの悪さにより医療費が低い。保険診療の審査の厳しさも全国有数となっている。そういった意味で医療費が低いのは単純に受診率だけではない、といった違う問題も絡んでいる。私が特に言いたいのは、受診アクセス絡み（の問題）と所得が減っているのに、どんどん高齢者の方の自己負担が増えてきた、という歴史がある（ということ）。それらのために、受診を抑制し重病化になったという方もいる。

また、介護保険に携わっている方にお聞きすると、（月額で）国民年金（から保険料を差し引いた）差額3万、4万円で生活している方がいる。

そうすると、介護保険を申請して認可されても介護保険の1割が負担出来なくて使えないという方も現実にいる。それから医療費抑制というのが出てきているのではないか。医療費はどんどん増えていくから、受益者負担や自己負担を上げて何とか維持していこうという考え方は確かに理解できるが、あらゆるところから（財政再建を）やっていくという小泉さんの時期もありましたけど、医療とか福祉とか教育というのは、私の持論では（小泉さんの言う）聖域だと思うので、低所得者の方々が、安心して医療、福祉が利用でき、生活そのものを送れるような温かな政策といったことを、ぜひぜひ実現して欲しいと、現場にいる我々は強く思う。

【委員】 歯の検診に興味をいただいてとても感謝している。

受診率を対象者の15%と見込んでいるが、いかに皆さんに周知するか。ただ広報誌に載せただけでは（受診率は）上がらない。個別に連絡を取らないと受診率はなかなか向上しない。せっかくの制度なので、ぜひ受診率向上のためにやっていただきたいと思う。

12ページの下から4行目の、「残存歯数0本の場合と25本以上の医療費を比べると年間12万円以上の開きがある」というのは兵庫県の5万人の国保のデータで、外来でも入院でも同

じ様に2割くらい医療費が違うというのが出ている。東北地方では福島県で一度データを出した。宮城県でもデータを出している。今度76歳のせっかくのデータを取るわけだから、「7620」として76歳の20本以上ある人と20本ない人との医療費のデータを比較すれば山形県独自のデータが出来ると思う。そのためにも受診率をぜひ高くしていただきたいと思う。

「8020」というと、例えば60歳の時に総入れ歯にした人は、『私は「8020」に関係ない』となるが、入れ歯を入れて噛める、それだけでも違う。食べられる物も違いますし……。今病院や施設に入所している方は入れ歯が痛いとうるのかというと、殆どは外されて終わりになる。じゃどうするかというと、お粥より軟らかいものを食べさせる。それだけでも一日あたり140キロカロリーの栄養の差が出てくる。毎日140キロカロリーの低栄養を続けていけば、生命上そんなによくないのは明らか。

今、東京の多摩地区で、健康で長寿の一番の因子は何かというのを、首都大学の先生がいろんなところで発表しているが、かかりつけ歯科医がいる住民が一番長生きする。そういう結果が出ている。

かかりつけ医も大事だが、病気があってもう(既に)かかりつけ医に行っているわけだから、かかりつけ医のいる人は、データでは、わりに長寿の方には反映しないことになっている。

歯の健康というのは非常に重要な、私たちも間もなく後期高齢者に後20年位でなるので……。お年寄りになってから食べるのが一番の楽しみ。食べられないということは悲しいことのようにだ。少しでも社会生活をするには、食べる機能をいつまでも長く維持できるような体制にしたいと思うので、ぜひ歯周疾患検診だけではなく、入れ歯の検診も付け加えてもいいのかなと思う。入れ歯も、この辺では一生ものという考え方の方も沢山いるが、車も車検があるし、入れ歯も1年2年で合わなくなる。そういう意味では入れ歯の人も健康増進法の対象になるので、入れ歯の人も受診者に加えていただけたら(入れ歯が合うかどうかの検診も検討できないか)と思う。

それと、周知もよろしくお願いします。

【会長】 歯科検診、健康診断ともに言えるが、受診率が低いということでは、いい制度を設けても効果が出てこないことになるので、受診率の向上も努力をしていただきたい。

【委員】(平成22年度に)健康診査の項目が増え、歯周疾患検診が新たに実施されることはいいことだと思う。話題のなかに出てきたように、健診受診率が低い問題に関して、山形県は医療費が安い、高齢者の医療費は安いということは、データ上では評価されているが実際は受診しない人が多いとなれば、これはまた別な問題となる。

アクセスが悪い、過疎で出にくい、高齢者だけで住んでいけばなかなか(遠くに)出てこられないといった問題があると思う。アクセスが悪いということだったらいくら宣伝しても人が来ないので、小さな村とか小さな役場などに、こちらから出て行って、健診を受けやすいようにするというような努力は必要なのではないかと思う。「来い」という待ちの姿勢ではなく、こちらから行くということ。

高齢者の国際比較の研究をやっているが、フィンランドでは予防訪問で成功している例がある。確かに医療にかかるのを健診で(事前に予防する)というものもあるが、高齢になってく

ると何かしらの不都合が出てきて、いつでも具合が悪くなっていく。その可能性を先に調査するとか、予防訪問することによって、お達者ですか今、元気に暮らしていますか、ということを知るといことも今後検討してもらえたらと思う。

【委員】夫婦2人暮らしで、2人合わせて165歳。私は脳内出血をしているので、半身不随で後期高齢者障害者老人家庭となっている。天童市の歯科に行く時、バスが片道260円。薬代より高くなるんじゃないかと思うと、1ヵ月1回のところを2ヵ月1回にする。だんだんと（通院する回数が）少なくなってくる。山形まで行くと往復が900円ぐらいかかる中で、今3つの病院に通っており、この医療制度は何だろうと考える。

生活習慣病（の予防により）受診料が影響する。医療制度を教えるだけではなく、同時に生活習慣を改善する対策を合わせてしないと、制度本来の目的が達せられないのではないかと思っている。

地域の中で受診率を高める対策等を講じることなどをしないと、制度だけを一方的に伝えただけではなかなか住民、県民が（制度に）飛びつけないという感じがする。

【会長】私の挨拶のところで、11月30日に厚生労働大臣主催の高齢者医療制度改革会議で、本来、お金をどういただくかを含めて、今言われたようなことを総合的に議論してもらわないといけない。

【委員】後期高齢者広域連合も今後の見通しをたて、平成22、23年度の事業が決定されていくが、平成25年度は見直されるだろうと言われている。その見直しにおいても、こちらの方の意見も政策に反映されていくものだと思う。山形県固有の特性をもう少し打ち出して行くことも必要ではないかと考える。

【委員】おっしゃるとおり制度自体は必要。ただ額面どおりに守るだけでなく、山形県の特質をどう踏まえて（健診受診）率を上げるか。そうすると先程も申し上げたように、健診に来てくれる人を待つのではなくてこちらから行く。アクセスするのにお金がかかる高齢者のために、巡回検診車を出して健診を受けてもらい、なおかつ健康教育もそこで同時にしていくような、山形県独自のプラスを考えて行くということがいいかもしれない。

【委員】通年の健康づくりの活動というか、意識を高めていく活動が組織的に展開されて行くこと。もう一方は年に1回の健診というものをそれに結びつけていくこと。集団健診の場合は、高齢者にとっては健康を確認する場である。そして新たに、何をこれから注意しないといけないのかをそこから知っていく。そういう意味でも非常に大事だ。14%という数値は平成20年度の健診受診率だが、これは平成19年度と比較したら非常に低い。平成19年度は高い。山形市も平成19年度は高い。私は80歳を過ぎているが、かなりの方々が健診を受けている。私が思うのは、14%というのが前年対比ではものすごく低くなっており、後期高齢者だけの健診受診率（が低くなっている）ということ。市町村ごとに、どういう問題があるのか、ということをもっと少し精査していただいて、何が問題で（特定健診と）差が出てきているのか。

(平成21年度の山形市の)集団健診の項目の中に新たに(詳細項目が)加わった。私も受けましたが、流れ作業のように65歳以上の方々と一緒になってやる。眼底検査、心電図検査もあったが、終わってから、これは「有料ですよ」「お金がかかりますよ」とのことだった。無料の感覚で来たのに、実は・・・ということがかなりあった。案内の中にはそういったことは載っていなかった。料金がかかるからしないことにしてください・・・と。だから今回、新たに平成22年度(に詳細項目が加わって)大変結構なことと思っている。

(詳細項目がないことが)差別になる。75歳になったとたんに健診項目も差別される。これは悲しいことだ。一番とチェックしていかななくてはいけない高齢者の方々が、「なんだこれは」となりますから。同じ様に(75歳前と同様に健診項目を)やっていただく。

出来るだけ集団健診を受診できるようにさせ、市町村ごとに(受診率の)調査をしていただいて、低いところについては、新たな手立てを起こしていただきたい。それからこの健診という保健事業は保険料の中に入っているが、昨年度に不用額がでている。不用額が出るというのはおかしいこと。不用額を出さないように全額使うような手だてを講じていただきたい。出来るだけ要介護にならないように健康を持続していただく、そのための活動として予算化されているものを有効に使う様な手立てをお願いしたい。余ったお金を返上するようなやり方は好ましくない。平成20年度は大分余っている。もっと有効に使っていただきたいと思っていた。そういう意味で生活習慣病の早期発見だけを目的とした健康診査ではなく、もっと広い視点でいいのではないか、健康意識を高めるものの活動についても、市町村は努力義務だが、日常的な活動までに意識アップを図るように。

老人クラブは8万人いるが、後期高齢者が約6割となっている。そういう方々が要介護にならないように健康教室なんかも医師会からのご協力をいただいてやっている。そういうことを徹底していただくようにしていただければ。

公民館を通じて催しをやるということになったが、なかなか(人が)集まらない。だからなんとか老人クラブの方でやってくれないかと、市の方から連絡があって、山形市では老人クラブの方が中心となって、医師会から講師が来てご指導いただいた。

老人クラブという組織をフルに活かしてもらいたい。付け加えてお願いしたいと思う。

【委員】山形県の受診率表(参考資料)の左3つ脇に長野県がある。長野県も、ほぼ同じ位置にあるが中身が全然違うと思う。医療機関から行政から一緒になってやっている。予防訪問もどんどんやった。県全体を動かして、市町村だけではなく県を挙げての長野県らしさ、長野県方式ということで成果を上げた結果だと思う。ここに並んではいるが、中身が全然違うと思って見ている。

この場合は、保険料とか医療費を中心にしての会合ではあるが、それだけでは非常にもったいないので、県を挙げて、市町村だけではなく県が音頭を取って、いろんな連携をしながら、医療費だけの問題ではなく介護予防も含めて議論しなければならない。介護予防も特定高齢者という制度を作ったが、全然機能していない。実をもっと上げるような策を、山形県らしさとして大きく掲げていかなければならない。山形県らしさというのはマイナスも一杯ありますけど、プラスもある。マイナスがプラスだという面もあると思う。アクセスの悪さというのは逆に地域のつながりが強いということになる。そういったことを総合的に見ていかなければ、環境は

どんどん悪くなる。総合的な政策をやっていかななくてはと、危機感を非常に強く持っている。

【委員】委員がおっしゃったとおり、大切な視点だと思う。ご指摘のとおり、長野県は頑張っており、山形も歴史があるのだが、医師会さん、歯科医師会さん、学者先生、皆を力づけることになるかと思うので頑張りたいと思う。

【会長】教育では、「理念の長野、実践の山形」と全国的に有名で、山形は教育の実践について全国的に目を見張るようなものがある、と高い評価を受けている。県、市町村が重要な役割を果たすことになると思うが、医療の方もぜひそのように。

【委員】長野県の場合は、非常に運動熱心だ。病気の原因をなくしていこう、ということで協働的な組織と市町村、医療と行政と民間団体とが一緒になって（介護予防等の）運動をやっている。長生きをし、医療費も大変だが、健康寿命が延びるということになる。山形もそれに倣うべくやってきたが、今後の介護予防関係のやり方等についてもいろんなことを吸収し、山形らしさ・山形としてどういうふうにやっていくか、ということを考えていかなければならない。

【委員】今日、制度フレームの説明もあるとお聞きしたのだが・・・。

【会長】時間が90分では・・・。「懇談」の(3)の事務局説明とあわせて、関連しているので委員が今日手持ちでもってきている資料を委員から説明願いたい。

(3) 長寿医療制度の見直し経過及び制度廃止と高齢者医療制度改革について(事務局資料)

- 事務局説明と手持ち資料による委員からの説明後、委員による意見交換 -

【会長】新しい制度に作り直すというのは、いい制度が出来ればいいと思うのだが、1年間という短時間で、いろんな問題が含んでいるのでそう簡単には出来ない。財政学を大学で教えているが、国にももうお金がない。財政安定化基金に手を出したら一時しのぎは出来るが、この制度は持続しなくなる。このお金をどうやって確保するか。皆さんから保険料をしっかりともらうということも一つのやり方だが、例えば消費税とか、そういうところの税源、安定的に財源を確保しつつ制度を持続させないと。そのことをいつ政府が国民に対して正直に問いかけるのかということ。打ち出の小槌があるかのごとく、あそこから引っ張り出せば何とかなる、というのは国民の方が騙されているのではないか、という印象を持っている。健康で、いつでも病院に行っただ診てもらえる、安心して暮らせる、これが一番大切な事だと思う。何よりも安定的な財源の確保はきちんとやって下さい、というのが僕の考え方。

【委員】社会福祉の場合も同じことになっている。制度のひずみがあって、なかなか修正できないでいる。

厚生労働省は「これからの地域福祉のあり方」というものを出した。

それを見ると社会保障制度は行政の政策をつくる過程が駄目なのだと思う。住民、民間の動きと合わせてこそ制度が成り立つ。後期高齢者医療制度というのは、医療制度の中で考えるの

ではなく、社会保障制度の中で考えるべきだと思う。

社会保障制度の場合、自己負担、地域の負担、行政の負担、という三つの原則がある。しかし、党の再編で制度だけが討論されている。地域や家族や個人がどうあるべきか、ということが、一般論として自己決定の原理のようになっている。責任を負いなさいというように。

政策と合わせて、地域のあり方、家庭や個人のあり方も含めて総合的に健康を守る体制・総合的なプランが出来てこないとなかなか（後期高齢者医療制度を廃止して、新しい制度になっても制度に）賛成出来ない。

総合対策を打ち立てて、「山形県ではこういった対策ではなくては駄目だ」といった意見を出して行かないと、また同じようになる気がする。

【委員】 国保制度が出来て50年になる。制度疲労が激しくなり、年齢構成や入っている人の職業構成からひずみがきている。現行の国保医療制度は、このままでは持っていけない状況も出ている。今回、新しい制度（後期高齢者医療制度）が出来たが、それもまた問題点がある。委員のおっしゃるように、地域・家族・個人の関わりの中でどうしていくべきか。医療というのは最低限の守らないといけないセーフティーネットなので、それをどうやっていくか、が課題となる。

私たちはそれを担当し、一所懸命考えてやっているところだが、ご意見を聞かせていただければと思う。

【委員】（社会保障費は）会社が賃金の中で行うべきだと考えられてきたが、だんだん（会社の保障する）機能が衰えてきたから個人のほうに、高齢者の方に下ろしてきた感じだ。本来なら社会保障費は、当然、労働者の賃金の中に入ってなくちゃいけなかったのに（個人、高齢者に）下ろしたわけだから、下ろしてきた社会保障を制度の面でも最低限度の保障をし、自己負担の位置づけを明確にして、地域の中でどうささえるか、とういことを考えないとだんだんと矛盾も負担も大きくなる。

【委員】（後期高齢者医療制度を廃止し）新しい制度の改革について、年齢差別はしないことなど、いろんなことについて（厚生労働省が基本的考え方として）提供されたことをもとにして考えた時に、委員が言われるようなこと、地域福祉という視点、医療の位置づけだとか介護保険だとか、総合的に考えるため、平成23年度までの2年間の猶予期間を提供している。

高齢者の方々はいろんな面で振り回されている。地域包括支援センター（の運営）をもっと地域の方々が協力し合わないと、これからの介護保険というのは維持できない。

具体的にどういう協力の仕方をするか、というと形というものはない。精神的に何となく、みんなが地域包括支援センターのネットワークの中で役割分担をしている。

現実においては（介護）保険料が上がってくる。虐待の関係も生まれてきている。いろんな問題を地域の中で抱えている。セーフティーネットの機能というのは本来なら町内会でもっていた。昔なら運命共同体的な要素をもっていたのが、残念ながらそうではない状態となっている。

むしろ地域包括支援センターよりは、老人福祉法の中に位置づけられている老人支援センタ

一の方がエリアが狭いし、高齢者の方々がそこに行って相談をしてくる。介護の（メニュー）作りなどについての相談にのっていただける。それが包括（支援センター）で括られて1万5千、2万人のエリアになっている。3人から4人のスタッフで、（包括支援センターは）十分な機能は果たしていない。

平成22、23年度に後期高齢者の保険料が全国の話だと13.8%くらいがアップになる。アップしないで財政安定化基金の拠出により、安心していられるのか。ツケが後からまわってくるのか。

【委員】これは今困っている。まず保険料が上がる事は望ましいことではない。ただ財政安定化基金を全部使うわけには行かない。元々基金本来の目的もある。

だから国の方では5%を越える上昇率の時は、何とかうまく抑えるように基金の一定の部分を残しながらやっではどうだと一つの見方を出している。他県も悩んでいる最中で、他県と連絡をとって調整しているのが現状となっている。

【会長】失礼だが、山形県の財政も決していいものではない。

【委員】ようやく沈静化している。今度はツケが保険料という形で出てくるということがやりきれない。

【委員】老人保健医療時代は、ご高齢の方も若い人も含めて、平成19年度の一人当たり国民健康保険税は約8万円となっている。今は3万9千円足らず。「前の老人保健医療に戻したらいいんだ」という意見があるが、そうなれば保険料は2倍以上となる。5%どころではなくなる。今度は制度も変わると言うし、ハラハラしながら広域連合で一所懸命試算しているところなので、そこを聞きながら（山形県は）他県とも相談しているのが現状。

【委員】全体を変えてくという政策をやらないと、制度だけどんなにやっても制度だけ無限に上に拡大していく。横割りの政策、コミュニティー政策のようなものが政策論の中に出てこないで制度論だけでは行き詰る。

【委員】県知事は県議会で、「（新しい制度が）持続できるいい制度になれるように、国に対し、必要な都度、助言・意見を述べていく」と答弁している。私たちが努めてやっていく。先程の方法も踏まえながら何とかしないとイケない。これは懇談会の一つの大きいテーマでないかと思う。

【会長】皆さんからいい意見を出していただいて、新しい制度設計に活かして行ければいいが、この問題は非常に根本的に難しい。問題の難しさを認識することと、こうすればもっとよくなるんじゃないかと、改善につながって行くことに期待したいと思う。

2時間になったので議長の権限で懇談をうち切らせていただくが、ぜひ皆さんからいただいた意見を広域連合が反映させるように努力をしてもらいたいと思う。