

平成19年12月10日（月）

（午後2時10分 再開）

○議長（中上良隆君）休憩前に引き続き会議を開きます。

日程に従い、一般質問を行います。

順番4、2番 阪本君。

〔2番（阪本久代君）登壇〕

○2番（阪本久代君）通告に従いまして一般質問を行います。

まず1項目めは、後期高齢者医療制度についてです。

来年4月から後期高齢者医療制度が始まります。75歳以上の人は、今入っている医療保険から脱退し、新しい後期高齢者だけの医療保険に加入することになります。保険料額は2年ごとに改定され、医療給付費の増加や「後期高齢者」の人口増に応じて、自動的に引き上がる仕組みになっています。さらに、保険で受けられる医療の内容も差別、制限されようとしています。後期高齢者と74歳以下の人は診療報酬が別建てとなります。今検討されているのは、後期高齢者の診療報酬を「包括払い（定額制）」とし、保険が使える医療に上限をつけることです。75歳以上の高齢者への保険医療を制限し、「医療給付費の抑制」を図るのが政府のねらいです。

3点について質問を行います。

第一は、高齢者の置かれている現状についてです。ここで、社会保障改悪の歴史を振り返ってみます。2001年4月に小泉内閣が発足しました。小泉内閣は5回にわたる予算編成で、高齢化によって増加する社会保障関係費の自然増部分を、高齢者に対する公的サービス削減で毎年圧縮してきました。順に上げていきますと、2002年7月、医療改悪法成立。2002年10月から高齢者の1割負担実施、現役

所得並みは2割負担。2003年4月から健康保険本人負担を3割に。

2003年4月、介護保険料引き上げ、物価スライドで年金支給額削減。

2004年1月、所得税の配偶者特別控除廃止。4月、生活保護費の老齢加算削減。6月、年金改悪法成立。国民年金保険料を2017年度まで毎年月額280円値上げ。厚生年金保険料を2017年度まで毎年0.354%値上げ。

2005年1月、所得税の公的年金控除縮小、高齢者控除廃止。6月、住民税の配偶者特別控除廃止、介護保険改悪法成立。2005年10月から施設入所者の食費、住居費を全額自己負担化、要支援、要介護1への介護サービスの見直し、削減など。2005年10月、障害者自立支援法成立。

2006年1月、所得税の定率減税半減。4月、介護保険料値上げ、リハビリに180日の日数制限。6月、住民税の定率減税半減、公的年金控除縮小、高齢者控除廃止、高齢者の非課税限度額廃止。2006年6月、医療改悪法成立。2006年10月から現役所得並み高齢者医療費の3割負担化、長期入院患者の食費、居住費を自己負担化など。2008年4月から高齢者医療費の2割負担化。

2007年1月、所得税の定率減税全廃。6月、住民税の定率減税全廃。

以上、見てきましたように、高齢者の皆さんにとって、税金は上がる、介護保険料は上がる、医療費の窓口負担が増える、などなど負担は増え、年金は減らされ、どうやって暮らしていけというのか、という実態が浮き彫りになったと思います。

実際に高齢者のご婦人から、年金で食事の支度も医療費も何もかも一人でしているが、

介護保険料が年金から天引きされているのがしんどい。何とかならないか、という声や、ご主人が65歳になり、介護保険料が天引きされるようになって、自由に使えるお金が減ったという悲痛な声を聞きました。高齢者の生活はぎりぎりのところまで我慢を強いられてきていると認識していますが、市長はどうお考えですか。

二番目は、後期高齢者医療制度が高齢者に与える影響についてです。今までの負担増に加えて、来年4月から後期高齢者医療制度が始まり、新しい医療保険料が介護保険料に続いて、また年金から天引きになります。国民健康保険に加入している65歳から74歳までの人も、国民健康保険税が年金から天引きになります。

2003年の厚生年金平均受給額は208万円です。橋本市の場合、資産がないとしたら、ひとり暮らしで年金収入208万円の場合、国民健康保険税は8万3,500円ですが、後期高齢者医療の保険料は8万6,900円となり、3,400円の値上げです。二人暮らしで奥さんの年金収入がない場合は、国民健康保険税は9万2,380円ですが、後期高齢者医療の保険料は11万2,900円となり、2万520円の値上げとなります。後期高齢者医療制度の実施で高齢者の負担がさらに増えると考えますが、市長はどうお考えですか。

三番目は、高齢者の暮らしと医療を守るための施策についてです。後期高齢者医療制度では、「後期高齢者」と74歳以下の人は診療報酬が別建てとなります。そのねらいは何か。厚生労働省が策定した「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子(案)」は、この報酬体系を通じて「複数医療機関での受診」の是正、「検査・投薬」の制限、「在宅看取」等を推進する、としています。つまり、医療にお金がかかる「後期高齢者」には、なるべく医療を受けさ

せず、終末期は病院から追い出そうというのです。すべての人に保険で必要な給付をするという「国民皆保険」を根底から掘り崩し、差別医療を持ち込もうとしているのです。市として高齢者の暮らしと命、健康を守るために、できることは積極的にするべきだと考えますが、市長はどうお考えですか。

二番目の特定健診についてに移ります。

来年4月から、老人保健法に基づいて行われてきた「基本健診」が廃止され、各医療保険は加入者40歳以上の方への「特定健診」実施と「保健指導」が義務付けられます。しかも、健診の「受診率」や指導による「改善率」が悪い医療保険には、「特定保険料」の加算というペナルティが課せられます。自治体では健診の実施主体が国民健康保険に移ります。4点について質問を行います。

第一は、「基本健診」と「特定健診」との健診項目の違いについてです。これまで自治体が住民に実施してきた基本健診は、住民の健康保持、病気の早期発見、治療を目的としてきました。ところが、「特定健診」は、その最大の目的を「医療費削減」とし、健診内容の目玉は、メタボリックシンドロームの予防、改善です。目的が変わりましたが、健診項目はどのように変わりますか。

第二は、「受診率」、「保健指導の実施率」、「改善率」の目標達成のための取り組みについてです。平成24年度に特定健診の実施率が65%、保健指導の実施率が45%、メタボリックシンドロームの当該者、予備軍の減少率が10%を超えないと、後期高齢者医療制度への支援金の増額というペナルティが課せられます。どのような取り組みで目標を達成しますか。

第三は国民健康保険税への影響についてです。特定健診の実施主体は国民健康保険です。費用の市分は国民健康保険財政からの拠出と

なり、国民健康保険税の値上げにつながらないか心配です。国民健康保険税への影響はありませんか。

第四に、健診は住民の健康保持、病気の早期発見、治療を目的に行うべきであり、少なくとも現在の健診が後退しないようにすることが大事だと考えます。市民の健康を守るための施策について伺います。

以上です。

○議長（中上良隆君）2番 阪本君の一般質問に対する答弁を求めます。

健康福祉部長。

〔健康福祉部長（上田敬二君）登壇〕

○健康福祉部長（上田敬二君）後期高齢者医療制度については、国民皆保険制度を堅持するための医療制度改革の大きな柱の一つであります。現行の老人保健制度は、昭和58年（1983年）の制度発足後、老後における適切な医療を確保するための大きな役割を果たしてきたところでありますが、高齢化の進展に伴い、老人医療費が増大している現状にあります。

老人医療費は公費と保険者からの拠出金で賄われておりますが、拠出金の中で現役世代の保険料と高齢者の保険料は区分されておらず、費用の負担が不明確であること。また、国民健康保険や被用者保険と比べ、財政負担の責任が不明確であることが指摘されてきました。このため、今回の医療制度改革において、医療給付費については高齢者の保険料を1割、現役世代からの支援金を約4割、公費を約5割という負担割合により賄うこととし、高齢者の保険料と支え手である現役世代の負担の明確化を図るとともに、都道府県単位ですべての市町村が加入する広域連合を運営主体とすることにより、財政負担の責任の明確化を図ることとしたものです。

費用負担については、世代間の負担の公平

を維持するため、人口構成に占める後期高齢者と現役世代の比率の変化に応じて、負担割合を変えていく仕組みが導入されます。この仕組みは、給付費に占める後期高齢者の保険料の割合が、高齢化の進行に伴って徐々に上がっていき、逆に現役世代からの支援金の割合、約4割が徐々に下がっていくという内容になります。

今後、後期高齢者人口が高齢化の進展により増加が見込まれる一方で、若人人口は減少すると見込まれているため、後期高齢者の負担分は増え、若人の負担分、すなわち後期高齢者の支援金は支え手が減っていくことになります。したがって、このままでは世代間の負担の公平が維持できなくなります。この若人人口の減少による若人1人当たりの負担の増加については、後期高齢者と若人とで半分ずつ負担するように、後期高齢者の保険料負担割合は若人減少率の2分の1の割合で引き上げて、逆に若人が負担する後期高齢者支援金の負担割合は、それに見合うよう引き下げていく内容になっています。

おただしの一点目の、高齢者の置かれている現状は、近年、公的年金収入から差し引かれる、公的年金等控除額が引き下げられ、老年者控除が廃止され、また、介護保険の保険料の負担増もあり、厳しい状況と思われま

す。二点目の高齢者に与える影響については、平成20年度から後期高齢者医療制度が始まることになり、さらに保険料負担が必要となってきます。先ほど説明いたしましたとおり、今後、若人が減ってきますと、その保険料の増額も考えられます。今後、徐々に厳しさが増す状況が予想されます。

三点目の、高齢者の暮らしと医療を守るための施策については、「高齢者の医療の確保に関する法律」、第20条及び第24条に規定されている特定健診、特定保健指導は内臓脂肪型肥

満に着目した内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の概念を導入し、生活習慣病（糖尿病、高血圧、高脂血症）の有病者、予備軍の減少をめざし、各人の生活習慣改善のため、集団あるいは各人それぞれに合った保健指導を継続的に実施するものです。国保ヘルスアップ事業やウォーキングなどで健康づくりを積極的に推進することにより、さらに有効に機能するものと考えております。そのことにより、中長期的な医療費の適正化と、国民皆保険制度の維持が可能と考えております。

75歳以上の方々の健康診断は、後期高齢者医療広域連合が実施することになっております。後期高齢者医療制度では、独自の医療報酬体系を構築することとされており、後期高齢者の心身の特性等にふさわしいものとして、平成20年4月の施行に向けて検討が進められています。

次に、特定健診についてのご質問にお答えいたします。

まず、基本健診と特定健診の健診項目の違いについてであります。健診項目は大きく分類すると、医師の診察、血液検査、尿検査、心電図検査があります。従来の基本健康診査との違いでは、医師の診察の中に腹囲測定が追加になりますが、これ以外では大きな変更はありませんが、本市独自のメニューとして、集団健診の際には、体脂肪測定や骨量測定等をあわせて実施していくことを検討しております。

次に、「受診率」、「保健指導の実施率」、「改善率」の目標達成のための取り組みについてであります。また、「受診率」については、現在、各保険者単位で特定健診等実施計画の策定作業をしており、その中へ反映してまいります。また、受診案内については、対象者全員に個別通知する予定です。

続いて、「保健指導の実施率」についてですが、これについても計画に反映すべく、現在、実施期間の把握と調整に努めているところであります。

「改善率」については、平成20年度に先駆けて国の承認を受け、国保ヘルスアップ事業に取り組んでおり、この経験を生かしながら、個人の状況に応じたきめ細かい保健指導の提供ができるように、保健師、栄養士のスキルアップを図ることや、リスクの高い人から優先して保健指導を実施していくことにより、効率よく改善率アップを図っていきたいと考えております。

次に、国民健康保険税への影響についてですが、国民健康保険被保険者の特定健診等の実施義務者は国民健康保険であり、その健診及び保健指導にかかる費用は、国民健康保険会計で支出することになります。現時点で大まかですが、健診・保健指導費用は約5,000万円、また、それに対する国、県の負担金については、1,400万円と推測しております。

今度の制度改正に伴う影響として、この特定健診等の費用負担及び後期高齢者医療制度の創設により、75歳以上の被保険者が国民健康保険から移行することになり、このため、国民健康保険税の減収と後期高齢者支援金が増加します。また、退職者医療制度の対象年齢が75歳未満から65歳未満に変わることにより、退職者の資格の被保険者が一般被保険者となり、医療給付費に対して交付されていた補助金の補助率が変更になることによる歳入の減等が考えられます。

国民健康保険税については、現在、医療給付費分に係る保険税と、介護納付金に係る保険税の2区分で保険税を納付いただいておりますが、平成20年度より、後期高齢者支援金にかかる保険税とあわせて3区分化させていただくこととなります。これらのことについて

ては、市広報紙10月号から順次掲載、啓発に努めております。

一方で、65歳から74歳の被保険者層に対して交付される、前期高齢者交付金が新たに交付されることもあり、基本的には現行で賄えればと期待しております。平成25年度からは高齢者医療確保法により、後期高齢者支援金の負担額の加算、減算措置が反映され、国民健康保険が負担する後期高齢者支援金が10%幅で増減されることとなりますので、国民健康保険財政に大きな影響を及ぼすこととなります。

このため、健診率や保健指導率のアップ、内臓脂肪症候群とその予備軍の減少等に積極的に取り組む必要があり、現在、年度ごとの数値目標を明らかにした特定健診等実施計画書の策定を進めております。

次に、市民の健康を守るための施策についてお答えいたします。特定健診、特定保健指導は医療保険者が実施するため、本市としては、主に国民健康保険被保険者を対象とし、メタボリックシンドロームの予防と啓発を実施することとなります。しかし、生活習慣病の予防は国民健康保険の方のみならず、市民全体に広く啓発していく必要があると考えております。また、生活習慣病以外でも、がん検診等の啓発や、歯周病、骨粗鬆症などの予防啓発も従来以上に必要なものです。このため、現在実施している各種事業の質を落とすことなく、保健増進という広い側面から事業を組み立てて行くことにしております。

ご理解をお願いいたします。

○議長（中上良隆君）2番 阪本君、再質問ありますか。

2番 阪本君。

○2番（阪本久代君）それでは、後期高齢者医療制度のほうから再質問を行っていきます。

まず①なんですけれども、高齢者は厳しい

状況に置かれているというふうに答弁をいただきました。同じ認識であるというふうに思います。ここで、市長にも確認したいんですけれども、市長も同じように、高齢者の置かれている状況は厳しいものがあるというふうに認識されているのかどうかお尋ねします。

○議長（中上良隆君）2番、阪本君、1項目めの1、2、3ともに市長にということだったので、まとめて市長に答弁もらったらどうですか。1番も2番も3番も市長に、市長にとあつたでしょう。

○2番（阪本久代君）はい。そうしたら、済いません、議長。

○議長（中上良隆君）2番 阪本君。

○2番（阪本久代君）3番はちょっと置いておいて、2番のほうも、今後、徐々に厳しさが増すというという答弁でしたので、この後期高齢者医療制度が始まることによって、今の厳しい状況以上に厳しくなってくるという、私と同じ認識であるというふうに思うんですけど、この1番と2番について、市長のお考えをお尋ねします。

○議長（中上良隆君）市長。

〔市長（木下善之君）登壇〕

○市長（木下善之君）阪本議員の再質問にお答えしたいと思います。過日の県立橋本体育館、健康まつり、行ってくれましたか。やっぱり進んで40歳以上になりましたら、押すな押すなというような、割合と私も大分長いことおりましたが盛況で、非常に関心の度合いがやっぱり増えてきたなということで喜んでおります。これも、後期高齢者医療制度の関心の高さというか、非常に年配の方も多かったわけでありまして。

私も後期高齢者医療制度の、県の組織の副会長という名前をいただいておりますし、非常に頭を痛めておるところでございますが、高齢者の置かれている現状について

てという、まず一点でございますけれども、医療機器が、機材が非常に高度化してきておるといふこと等も踏まえて、診療体制が充実しつつあるものですから、非常に病院にそれぞれ診療所にかかっているという事実。橋本市の100歳以上の方は、今18人ですね。15年前まではなかったんです。15年前に1人やったんですね。今度この3月末で、このまま行きますと100歳以上が三十二、三人になるんです。これは未来に向けては数百人、数千人が100歳以上になるのではないかとというぐらいの、これは非常にめでたいことでもあります。

それをどうしていくかということについては、私もこれは大変なことやなということを感じておるわけで、私も市議員にならせていただいた昭和50年に、国民健康保険が12万円でした。今、56万円ですか。私、その当時、50年に100万円の時代が来ますよと、そっちからこっちへ申し上げたことあるんですよ。医療、国民。そういうだけの医療制度というんですか、医療の高度化というか、あるということ。そんなことからしまして、やはり、大事なことでありますので、これについては国の制度にのっかって対応していかなければならないなと思っておるわけでございます。

ただ、国もやはり800兆円以上の国家の赤字国債があるということ、これは念頭に置いて、国に全部おんぶにだっこしていただいたらいかというわけにもまいりません。やはり頭でっかちの、高齢者に向けて、本当に支えていただく方も少なくなってくるわけでありますので、やはりそれなりに高齢者の皆さんの応分の負担というものも、制度にのっかって天引きをしていただくのはやむを得んと私は判断をいたしておるわけでございます。

したがいまして、最後に健康管理ということ、これをもっと徹底していくことによって医療費の抑制を、総枠を減らしていけるん

ではないかな、そういうことを懸念するわけであります。

きのうも、ゲートボールの200人からの大会で、私も話しました。メタボリックシンドローム、皆さんはゲートボールを進んでするから、一人ひとり見たら、腹の出た方が一人もおらなかった。やっぱり身体に合うたスポーツであること、そういうことによって健康管理をしていただくことが、やはり抑制につながっていくんじゃないかな、大ざっぱに粗くと申しあげましたけども、そういう考え方でございますので、ご容赦いただきたいと思いません。

○議長（中上良隆君）2番 阪本君。

○2番（阪本久代君）自己負担も仕方がないという、そういうお話だったんですけども、今度の後期高齢者医療制度というのは、先ほど部長も説明されましたけども、この後期高齢者が増えれば増えるほど、今は10%の医療費、医療費のうち10%が、この後期高齢者が払う保険料の負担になるんですけども、これが徐々に徐々に増えていって、国立社会保障人口問題研究所、日本の将来人口推計をもとに試算した場合に、2008年度は10%ですけども、2035年度には14.6%、2055年度には18.4%というふうが高齢者がどんどん増えていくので、これだけでも増えていくと。

それと、今度の後期高齢者医療制度では2年に1回改定ですので、2年ごとに値上げの可能性はある。それと、こういう制度で保険料も払わないといけないし、一方では医療を受ける場合に74歳までと75歳以上で差をつける、先ほども少し言いましたけども、一つには診療報酬の包括払い（定額制）ということで、高血圧ならいくらまで、糖尿病だったらいくらまでという形で、保険のきく医療費の上限が決められるようになるというふうに言われてます。

まだこの辺は、はっきりとしたことがいまだに出てきてないんですけども、それと、後期高齢者にかかりつけ医、主治医を決めさせて、かかりつけ医の指示や紹介なしではほかの診療科に通いにくくすることとか、複数の疾病を抱えるという後期高齢者の特性に着目し、医療を受ける機会を制限していく、それとか、終末期患者に高額な医療費がかかるということで、今現在、在宅死が全体の2割にとどまっていることを問題視して、在宅死を4割に増やせば医療給付費を削減できるという試算を出して、今、在宅みとり推進、病院から退院を促すことによって、こういうふうになってくると。

まあ言うたら、保険料はいっぱい取られるし、医者にはかかりにくくなる。そのことによって医療費を少なくして、伸びを少なくしていこうというのが今度の後期高齢者医療制度で、お年寄りが敬われるのではなくて、まるで年取ることが悪いことのように思わせる、そういう制度であるというふうに認識しているんです。

それと、この雑誌なんですけども、「週刊東洋経済」11月3日号です。この中に、厚生労働省の宮島俊彦大臣官房総括審議官という方なんですけど、この方は、後期高齢者医療制度は、当初の制度設計で5年くらいはやっていける。5年。その後は財源のあり方が課題になるというふうに、この雑誌の中で述べています。まあ言うたら、自らつくってこれから導入する制度を、5年くらいで行き詰まるというふうにつくった方が言われている。こういう無責任な制度なんです。

それと、それだけではなくて、今まで国民健康保険でしたら、75歳以上の人は医療が必要である、医療を受けられなくなったら死につながるということで、資格証明書の発行をしてこなかったんです。禁止されてたんです。

それが今度の、この後期高齢者の医療制度では資格証明書の発行もしていくことになっています。2004年度のデータをもとに、神奈川県保険協会が調べたので言いますと、それも、この「東洋経済」の中に入ってるんですけども、資格証明書での受診率が、正規の保険証を持つ人の受診率のわずか3%しかない。この資格証明書の発行、交付そのものが医者にかかれないことにするというのが、統計的なデータとして出ています。

この後期高齢者医療制度というのは広域連合でするので、市は何もできないというふうに思われているかもしれないんですけども、やっぱり市民の健康、それと医療を受ける権利というか、医者にかかりやすくするために、いろいろ、それでもできることはあると思うんです。それはやっぱり市長がそうする気があるかどうかにはかかってくると思うんですけども、例えば、資格証明書を発行しないでおこうと思ったら、払いたくても払えない人に保険料を減免するというのが一つの方法としてあると思うんです。この市単独の減免制度というのが、市から広域連合に補助金等を投入して、保険料の軽減とか減免制度の拡充を図ることが法の上でできるんですけども、このことをご存じでしょうか。

○議長（中上良隆君）健康福祉部長。

○健康福祉部長（上田敬二君）私、直接広域連合の議会に参加させていただいておりませんので、議論の中身についてはわかりませんが、ただ、事務サイドから出てきている話として、過日の広域連合議会でも、所得の低い人につきましては世帯の所得に応じて軽減措置があります。国民健康保険と同じように7割、5割、2割なんですけれども、そこへ10割の減免を認めていただけないかというような議論もされているようです。要望がありました。現時点では広域連合では考え

ていないということで、会議は終わったように聞いております。

そういうことまで、圏域、県下全体で組織しました広域連合ですべて物事が決まっていくことですので、現段階では木下市長も副会長として参画しておりますけれども、市単独でという、特に補助金を出して減免につながるというような議論はまだ出ていないように聞いております。市として検討はいたしておりません。

○議長（中上良隆君）2番 阪本君。

○2番（阪本久代君）広域のほうというか、高齢者の医療の確保に関する法律の第111条にも、後期高齢者医療広域連合は、条例で定めるところにより、特別の理由がある者に対し保険料を減免し、またはその徴収を猶予することができる、というふうにあります。だから、広域のほうでも2割、5割、7割の減免以外にも、ほかの猶予とかということはあると思うんです。それは出てくると思うんです。それ以外に、そしたら市としてどんなことができるのかということで、それをした上で、あと市として、医者にかかることができる人が出ないようにどんなことができるのかということも、検討の課題に入れてもらいたいんです。

市単独ですることでもできるというのが、高齢者の医療の確保に関する法律の第103条と地方自治法第291条の9が根拠で、厚生労働省担当官もできるというふうに答弁をされています。今はまだ何も考えられていないということなんですけれども、今後、橋本市民の中で資格証明書の発行がないような努力、そのための取り組みで、ひとつ検討を加えていただけないでしょうか。

○議長（中上良隆君）市長。

〔市長（木下善之君）登壇〕

○市長（木下善之君）阪本議員の再質問にお

答えたいと思います。非常に過渡期であって、不安が噴出しておるのが事実であります。私も、なかなかこれは複雑多岐にわたってあって、厳しいもんやなど。7、5、2か、その比率のあれもあったりして、今の阪本議員のご発言につきましても、非常にまた今後、県の後期高齢者連合会で一回参考とさせていただいて、反映できる部分は反映し、皆さんの、被保険者の方々が本当にスムーズにこれを理解いただいて実施できるように、今後、部分的に改正がやはり頻々に出てくるのではないかなということも懸念するわけでございますので、意見として本日は十分承っております。

○議長（中上良隆君）2番 阪本君。

○2番（阪本久代君）わかりました。

2番に移ります。先ほど、健診項目の違いについて、ほとんどないということなんですけれども、一つ気になったのは血液検査の中身についてです。今でしたら、肝臓とか腎臓とか、そういうものも含めた血液検査になっているんですけれども、貧血とかも全部入っているんですが、この特定健診に変わりましたが、この血液検査の中身は今までの基本健診と変わらないのかどうかお尋ねします。

○議長（中上良隆君）健康福祉部長。

○健康福祉部長（上田敬二君）すごく詳細な質問をいただきまして、ちょっとその辺の知識、持っておりませんで、資料でちょっと合っているかどうかわかりませんが、この間、健康課の担当保健師から説明を受けた部分です。

健診項目につきましては、空腹時の血糖をはかる検査と、数カ月の血糖値を知るためにHbA1cという一つの検査があります。それと、これはオプションなんですけれども、詳細健診として貧血検査というのがあります。資料で見ると、三つの血液検査があるわけ



なんですけれども、これにつきましては、基本的にやるのはそれらの三つの中から、血液学判断材料としましてHbA1c、これは数カ月の、先ほど血糖値をはかると言いましたけれども、これにつきましては基本健診のときにやっていたかどうかわかりませんが、やりたいなと思っております。それと、オプションの貧血検査についても、これはぜひ必要だろうというような話、出ておまして、現在、医師会と費用の話も並行して進めておりますので、ドクターのほうからどの血液をやったほうが良いというような、この間からアドバイスもいただいております、まだ正式決定していませんけれども、基本的には血液学判断材料とHbA1c、それと貧血検査、この三つは基本的にやっただけかなと思っております。

○議長（中上良隆君）2番 阪本君。

○2番（阪本久代君）今の三つの一番最初の、血液学判断検査、この中身についてお尋ねしたんです。いいでしょうか。

○議長（中上良隆君）健康福祉部長。

○健康福祉部長（上田敬二君）ちょっと血液の検査の中身まで承知していませんので。

○議長（中上良隆君）2番 阪本君。

○2番（阪本久代君）メタボリックシンドロームがすごく注目されて、コレステロールだとか脂肪とか、そういうことだけではなくて、肝機能であるとか腎機能であるとか、そういうこともわかるような検査項目も必要だと思うんです。それでお尋ねしたんですけれども、また後からお聞きしたいと思います。

二番目に移ります。実際に受診率、保健指導の実施率、改善率の目標は決まっていますけれども、そうしますと今現在の受診率、今は保健指導の実施率とかそこまでは問われてはいませんが、受診率が今現在のどのぐらいなのか。今まででしたら健康保険、本人の

方の、例えば奥さんといいますか、専業主婦の方も基本健診で受けることができたわけです。それが今度、国民健康保険だけが対象になりますので、今現在の国民健康保険に加入されている40歳から74歳までの方、この方の受診率が今度は問題になってくるんですけれども、それが今現在のどのぐらいなのかお尋ねします。

○議長（中上良隆君）健康福祉部長。

○健康福祉部長（上田敬二君）基本健康診査の受診率なんですけれども、基本的には社会保険に加入している奥さん方も一緒に受診しておりますので、国民健康保険だけちょっと抜き出したというようなデータを、今、持っておりますので、入った受診率で説明させていただきます。

40歳から74歳までと今おっしゃいましたけれども、その層につきましては41.7%、5,114人です。全体では、75歳も入った受診率については40.4%、6,308人の方が18年度受診なさっております。

以上です。

○議長（中上良隆君）2番 阪本君。

○2番（阪本久代君）先ほど、目標達成のために積極的に取り組んでいくというふうにおっしゃいました。今からというか、計画のほうはこれからつくっていくということなんですけれども、41.7%、このうち国民健康保険の方がどのぐらいかというのがわからないわけなんですけれども、この数字を65%まで5年間で引き上げていかないといけないということになります。

実際に、私自身のことなんですけれども、今度、これを質問するにあたって、自分がどうやったかというふうに見てみますと、5年前に受けて、それっきりで1回も受けてなかったんです。先週の金曜日には受けたんですけれども、1回検査を受けて、正常値というか

異常がなかったら、なかなか毎年毎年受けていくという動機付けというのは、本当に難しいと思うんです。

また、国民健康保険に加入されている40歳から74歳といえば、自営業の方であるとか年金生活の方もありますけれども、零細企業とかで社会保険に加入していないところの方であるとか、なかなか健診を受けにくい層の方が多いのではないかというふうに思うんですけれども、これから計画を立てるということですが、実際にはどういういろいろな要素が考えられますでしょうか。

○議長（中上良隆君）健康福祉部長。

○健康福祉部長（上田敬二君）特定健診の受診率、保健指導、あるいは減少率、これについては平成24年度、受診率については65%、保健指導については45%、平成20年と24年を比較した内臓脂肪症候群の該当者、減少率10%と答えが決まっております。その5年間にどの数字を配分するかだけの話です。前へちょっと多目に配分しましたら、後ろの健診率が非常に難しいと。健診受けない人は受けないということで、受けてもらうのには後のほうがしんどくなると。逆に前を軽くしましたら、後ろに偏ってしまうというような現象があります。配分だけの問題です。

一応、動機付け支援とか積極的に支援せなあかん部分につきましては、数値目標は一応5年間の配分はしているんですけれども、ただ、それぞれ保険者単位で健診をやりますので、社会保険の奥さん方はどうするのかとか、あと特定健診のほかにはがん検診、いろいろやっておりますけれども、がん検診との兼ね合いはどうするのかと。あわせて実施できたら受診率が上がるのではないかと、いろいろな方向から検討しておりますけれども、基本的に、組み合わせと一緒にできるものについては、やったほうが受診率は上がるのでは

ないかということと、それと、これまで広報紙等にはがき、診察券を折り込んで渡しておりましたけれども、個別通信に改めるとか、そういった形で受診率を上げていきたい、そう思っております。

保健指導につきましても、平成18年度から取り組んでおります、国民健康保険のヘルスアップ事業とか、それと健康広場で皆さんご利用いただける骨粗鬆症の検査ですとか、いろんな市独自のオプションも組み入れられるものは組み入れまして、行ってみようかなという魅力ある健診にしていきたい、保健指導にしていきたい、そう思っております。

○議長（中上良隆君）2番 阪本君。

○2番（阪本久代君）この特定健診については、先ほども部長も言われましたけど、この5年間で目標の受診率とかを達成しなかったら、支援金が24年までは100%なんだけれども、それが25年度から、この結果によって保険者ごとに90~110%の間で変わってくると。まあ言うたら、達成しなかったら110%という形でたくさん負担しなければならないという制度になっているわけです。

こういうふうなこの制度、受診率を引き上げているような指導もし、改善もしていくということも大事だと思うんですけれども、この実施の率によって支援金のペナルティを課してやっていくやり方というのは、実際問題としておかしいと思うんです。いわば、今から先のことなので、その5年後までにこのペナルティ制度をやめるようにというか、ということも国に求めていくべきではないかなと思うんですけど、いかがでしょうか。

○議長（中上良隆君）副市長。

○副市長（清原雅代君）ただ今、阪本議員のほうから、将来、そのペナルティ制度をやめるという方向性を、市として持っておいたらいいのではないかというようなお話だったか

と思うんですけれども、そのペナルティ制度という受け取りというか、私はやっぱり一生懸命やっている自治体と、一生懸命やってその効果を上げる自治体と、何もあまりやらずに自然的にそういった悪化の状態を増やしていくところと、もしあるとしたら、やっぱりその一生懸命やったところが報われるような形の制度というのは、ある一定、どの程度までというのはあるかもわかりませんが、そういう考え方はやはり必要ではないかなというふうに思います。

介護にしましても、いわゆる介護予防の取り組みをいかに一生懸命するかで、将来的な介護保険を受ける方を減らしていくという中で、今の、当初制度ができ上がったときから介護予防の考え方というのが導入されたように、やはり、この老人医療の関係についても、ある程度やっぱりそういった取り組みを、自治体としていろいろと考えながらやっていくということからすれば、一定、そういうことも必要ではないかというふうに考えます。

以上です。

○議長（中上良隆君）2番 阪本君、あと1分です。

○2番（阪本久代君）ちょっとまた違うことを言いますが、このメタボリックシンドロームということで、今ずっと政府はやってきているわけですが、実際にはこの診断基準を再検討する動きもありますし、この保健指導の受診率、保健指導の実施率を上げることによって、むしろ病人をつくって医者に、まあ言うたら、お医者さんにかかりなさいという基準もあるので、それによってさらに医療費が増えるのではないかなというふうに懸念されている報告なんかもあります。

まあ言うたら、もうスタートはするんですけども、いろいろな問題を、まだまだはっきりしていないようなところも含んだ制度で、

それをきっちりしないままにスタートしていく、すごい危険性を持っていると思うんです。確かに、受診率を上げるために努力するところということもわかりますけど、実際に65%というのが本当に妥当な目標なのかどうかということもあると思いますし、再度検討を求めて終わります。

○議長（中上良隆君）これをもって、2番 阪本君の一般質問は終わりました。

この際、3時25分まで休憩いたします。

（午後3時10分 休憩）