

令和5年度
第1回新潟県後期高齢者医療懇談会
会議録

令和5年9月28日(木)

自治会館本館2階 201会議室

【出席者】

区分	所属	役職名	氏名	備考
被保険者等代表	新潟市シルバー人材センター	理事	高見 栄三郎	
	新潟県腎臓病患者友の会	会長	大竹 勝巳	
	新潟県女性財団	理事長	畠山 典子	
保険医又は 保険薬剤師代表	新潟県医師会	副会長	川合 千尋	
	新潟県歯科医師会	副会長	亀倉 陽一	
	新潟県薬剤師会	副会長	市橋 直子	
学識経験者 その他の有識者代表	新潟大学	名誉教授	國武 輝久	座長
	新潟大学 人文社会科学系 法学部	准教授	木南 直之	代理出席
被用者保険等その他 の医療保険者代表	全国健康保険協会新潟支部	総務企画部長	久保 敷 隆	副座長
	健康保険組合連合会新潟連合会	会員	竹田 拓矢	
事務局		事務局長	永井 康生	
		事務局次長	池田 文明	
	業務課	課長	寺山 隆史	
	総務課 総務係	係長	岡 薫	
	総務課 企画係	係長	高橋 良子	
	業務課 医療給付係	係長	松田 道代	
	業務課 資格保険料係	係長	流石 直人	
	総務課 企画係	主任	遠山 栄希	

－ 午後 1 時 28 分 開会 －

1 開会

事務局

それでは、定刻より若干早いですが、これから始めさせていただきたいと思います。

ただいまから令和 5 年度第 1 回新潟県後期高齢者医療懇談会を開会いたします。どうぞよろしくお願ひいたします。

懇談に入ります前に、令和 5 年 9 月に委員の皆様のご改選がございましたので、委嘱状を交付させていただきます。本来ならば、委員の皆様お一人お一人にお渡しさせていただくところですが、時間の関係もございますので、今回の改選で新しく委員になられた 3 名の方に、広域連合事務局長から委嘱状をお渡しさせていただきます。

(事務局長より委嘱状を交付)

はい、ありがとうございました。そのほかの委員の皆様につきましては、大変恐縮ではございますが、机上に委嘱状を配付させていただいております。任期は令和 7 年 8 月 31 日までの 2 年間でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

次に、事務局より御挨拶を申し上げます。

2 あいさつ

事務局

改めましてよろしくお願ひいたします。令和 5 年度の第 1 回の医療懇談会の開会に当たりまして、私から、一言挨拶を申し上げます。

本日はお忙しい中、御足労いただきまして誠にありがとうございます。委員の皆様には、当広域連合の業務に御理解と御協力をいただきまして、常日頃、感謝申し上げているところでございます。今年度第 1 回目となります本日の会議から、新たに 3 名を当懇談会にお迎えをしたところでございます。

この懇談会では、皆様からの深い知見に基づく様々な視点からの御意見、お考えを御教示いただきまして、新潟県内 38 万人の後期高齢者の皆様が、よりお健やかに、お元気に生活していただけるよう、また、何かありました時にも安心して保健医療を受けていただけるように、私どもの日々の業務、充実していくために設けているものでございます。従いまして、本日新たに委員をお引き受けいただいた皆様、また、引き続き委員をお願いしております皆様におかれましても、活発な御意見を頂戴したくよろしくお願い申し上げます。さて、去る 9 月 18 日、敬老の日ということで、私どもくらいになりますと 9 月 15 日が固定観念になっているのですけれども、9 月 18 日の敬老の日、その前に日本の 100 歳以上の皆様が 9 万 2, 000 人ほどいるということで、厚労省の方から公表されました。最近とみに思いますのは、本当にお元気で活躍をされている 100 歳以上の方々が、たくさんいらっしゃるなどと思って、毎年そういうニュースを見ると思っているところでございます。

この様なことも、本日お集まりの委員の皆様方ですね、現場、現場での頑張りのおかげで、そういうことが、常に耳に目に映る機会が多くなっているのだろうなというふうに思っているところでございます。

後期高齢者への適切な医療給付をおこなっていただいたり、また、被用者保険世代のうちから健診意識を高めて受診につなげていただいたり、また、学究の場で研究と知見を活かした啓蒙を行っていただいたりということで、今日お集まりの皆様方の色んな活動、活躍のおかげで多くの方々の努力のおかげで、この長寿社会が成り立っているのだなと改めて敬老の日に思わせていただきました。

世界の中において、誰も経験したことがない、超少子高齢化という中の日本にありまして、改めて、後期高齢者の方々にお元気で、末永く、お暮しいただける様、その一端を担っていくことの責任を改めて痛感したところでございます。

この話題とは少し違いますが、今年はマイナンバーカードの保険証利用が本格化しております。そういった中で、様々な問題も浮かび上がってきたところでございます。後ほど説明をさせていただきますけれども、私から、簡単に1点だけ話をさせていただきますと、当連合では、別人データの紐づけということもなく、私としては、胸をなでおろしたところでございます。

さて、本日は次第にありますとおり、5つの懇談事項を御用意させていただきました。

1つ目は、「新潟県後期高齢者医療広域連合の現在の状況について」でございます。被保険者数や保険料の概要、医療費の給付につきまして、現在の状況を御説明させていただきます。

2つ目は、「令和4年度の新潟県後期高齢者医療費について」でございます。速報値になりますけれども、全国平均との比較を交えて御説明させていただきます。

3つ目になりますが、昨年度に計画期間を1年間延長し、今年度末までの計画期間となっております広域計画の次期計画におけるスケジュールについて御説明をさせていただきます。

4つ目は、こちらも今年度末までの計画期間となっております第2期保健事業実施計画の次期計画である第3期計画の概要、国が示している様式、次期計画の素案をもって、御説明をさせていただきます。

最後になりますが、5つ目としまして、今申しました、マイナンバーカードと保険証の一体化についてでございます。この一体化に伴いまして、現在、発行している紙の保険証は令和6年の秋には廃止される予定となっております。そもそも論、マイナンバーカードの取得から、保険証利用を始めとした医療DXのメリットにつきまして御紹介をさせていただければと考えているところでございます。

懇談事項の各項目につきまして、委員の皆様それぞれのお立場から、忌憚のない御意見をいただき、高齢者の皆様の健やかな暮らしに少しでもつなげていければと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

挨拶は以上でございます。ありがとうございました。

3 委員紹介

事務局

続きまして、次第の3「委員の紹介」に移らせていただきます。先ほども申し上げましたとおり、今回、委員の改選がございました。その後、初めて開催されます会議となりますので、私の方から委員の皆様を御紹介させていただきます。

※事務局より委員を紹介

どうぞよろしくお願いたします。

次に、本日出席の事務局職員でございますが、委員名簿の裏面になります「事務局職員名簿」の配布をもって、紹介に代えさせていただきます。

なお、お手元には「別紙」として、今ほどの委員名簿、事務局職員名簿、それから本懇談会の設置などを定めております懇談会設置運営要綱を配布させていただいておりますので、御参考に御覧ください。

4 座長の選出及び副座長の指名

事務局

続いて、次第の4「座長の選出及び副座長の指名」に移らせていただきます。新しい座長が決まるまでの間、私の方で進行させていただきまして、座長が決まり次第、その後は座長に進行をお願いしたいと思います。

※委員の互選により、國武委員を座長に選出

事務局

それでは、ここからの進行につきましては、座長にお願いいたします。

座長

御承認いただきましたので、しばらくの間、この懇談会の進行役を務めさせていただきます。皆様には、長時間にわたり恐縮でございますが、よろしく御協力のほどお願い申し上げます。

※座長氏名により、久保敷委員を副座長に選出

5 懇談事項

(1) 新潟県後期高齢者医療広域連合の現在の状況について

(2) 令和4年度新潟県後期高齢者の医療費について

座長

それでは、次第の5「懇談事項」に入らせていただきます。

(1) 新潟県後期高齢者医療広域連合の現在の状況についてであります。次の(2) 令和4年度の新潟県後期高齢者医療費についても、共に関連がございますので、併せて御説明を事務局の方からお願いいたします。よろしくお願いいたします。

事務局

懇談事項(1) 新潟県後期高齢者医療広域連合の現在の状況について御説明いたします。資料1-1を御覧ください。まず、1. 被保険者数の概要についてです。(1) 被保険者の推移ですが、令和5年4月1日時点で、38万5,293人で、前年度より1万509人、率にして2.8%増加しております。参考としまして、表の下に全国の被保険者数について記載させていただきました。令和5年4月1日時点では、約1,913万人で、昨年と比べて約70万人、率にすると3.7%増加しております。いずれも、団塊の世代の方々の75歳到達が増加の要因となっております。

次に、(2) 被保険者数の内訳、窓口負担割合別についてです。令和5年4月1日時点では、1割負担の方が30万7,945人、昨年10月から新たに導入された2割負担の方が6万1,030人、現役並み所得者であります3割負担の方が1万6,317人で、構成率は1割負担の方が80.0%、2割負担の方が15.8%、3割負担の方が4.2%となっております。(1)、(2)ともに、右側に直近の被保険者数等について記載を行っております。

続きまして、2. 保険料の概要についてです。(1) 令和5年度の保険料率及び賦課限度額を御覧ください。令和5年度の保険料率は、均等割額が4万400円、所得割率が7.84%となっております。なお、料率につきましては、2年に1度の見直しを行っておりますが、令和2・3年度保険料率から据え置きとなっております。

賦課限度額は66万円、今年度の確定賦課時点となる7月3日における賦課決定被保険者数は39万1,233人で、一人当たりの平均保険料額は、軽減前で7万176円、軽減後で5万3,487円となっております。次のページを御覧ください。

(2) 保険料の軽減状況についてです。保険料は、被保険者に等しく負担していただく均等割と、所得に応じて負担いただく所得割があります。所得が一定額以下の場合、保険料の均等割額が軽減されます。軽減割合は所得額に応じて2割、5割、7割となっております。そのほか、被扶養者だった方に対する軽減があります。これらを合わせて、均等割の軽減額は全体で62億1,408万1,000円、対象者数は26万8,553人となっております。被保険者のうち、68.64%の方が均等割額の軽減を受けております。

次に、(3) 保険料の収納状況です。令和4年度の確定収納率は現年度分で99.7%となっており、令和3年度と同率となっており、滞納繰越分の確定収納率は29.6%となっております。こちらにつきましては、令和3年度と比べ1.8ポイント減少しております。

次に（４）短期被保険者証の交付状況についてですが、今年８月１日時点で95枚、被保険者数に対する割合は0.02%となっております。新潟県広域連合では一律の機械的な発行はせず、短期証の交付に至るまで、きめ細かな納付相談を実施するなど、交付対象者の絞り込みを行った上で短期証を発行しています。全国状況については、現時点では調査中ですが、例年、全国に比べ交付割合は低くなっています。

次に（５）の滞納者数の状況を記載しております。令和４年度は延べ人数3,247人で、前年度より63人の減少となっております。次のページを御覧ください。３．医療費等の給付についてです。（１）保険給付費は令和４年度の合計が2,673億8,442万円で、前年度比3.5%の増加となっております。内訳は療養給付費2,478億2,401万2,000円のほか、記載のとおりであります。令和４年度は新型コロナの影響からの回復基調となっており、保険給付費は令和元年度に比べ減少しましたが、令和３年度は前年度を上回る給付実績となっております。

次に（２）一人当たり医療費ですが、新潟県広域連合の一人当たり医療費は、76万2,174円で、前年度比およそ1.6%増加しております。（１）の保険給付費と同様、令和４年度は新型コロナの感染拡大から回復基調となっており、影響前の令和元年度に比べ減少しましたが、令和３年度は増加に転じました。なお、この金額は、全国で一番低い値となっております。

最後に、A3横のカラーの資料を御覧ください。令和４年度決算に基づいた各種数値の推移をグラフ化したものとなります。今ほど説明させていただきました資料と、集計時期等が異なっておりますが、令和４年度決算における医療費の推移についての参考としていただくために、配布させていただいております。

医療費の状況につきまして御説明いたします。こちらは例年と同じ作りになっております。資料2-1を御覧ください。数値につきましては、国民健康保険中央会公表の令和４年度年間分医療費速報と、当広域連合が独自にレセプトを集計した結果を基に、新潟県後期高齢者の医療の傾向について説明をさせていただきます。新潟県の令和４年度の１人当たり医療費は全国で最も低い76万2,174円でした。項目ごとに見ますと、入院は36万4,575円、全国で46番目、入院外は20万9,929円、全国で46番目、歯科は3万2,352円、全国で22番目、調剤は13万2,127円、全国で39番目となっており、令和３年度に比べて順位に大きな変化はありません。全国と比較して低いことの要因は資料に記載したとおり、入院では受診率の低さ、入院外は1件当たりの日数が少ないことなどが特徴として見られ、全国と比較した水準や要因はいずれもコロナ禍の前から継続したものとなっています。この医療費が低いことの要因につきましては、これまでも國武座長から御質問をいただくなどして、長年この医療懇談会で話題に上がってきました。広域連合といたしましても、平成28年度から30年度にかけ、約4,900万円もの費用を投じて医療費の分析を業者に委託したり、また、昨年度は医療と介護の間に何らかの関係があるのではないかとということで、介護保険の認定率やサービス別の受給率、施設の数など、私どもで集められるデータを追加でお配りをし、御説明したところでもございますが、残念ながら、委託業者からの報告書や介護保険関係のデータからは、はっきりとした要因を特定することはできませんでした。

今後も医療費の推移につきましては、注視していきたいと考えておりますが、市町村との緊密な連携の下、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を中心とした保健事業を推進していくことにより、病気等の早期発見・重症化予防、フレイル予防を図り、被保険者の方を必要な医療につなげられるよう、一層努めてまいります。

次の資料2-2につきまして、主要な疾病分類の項目別に件数と費用額を上位から順に集計したものとっておりますので、後ほど参考に御覧いただければと思います。

説明は以上になります。

座長

ありがとうございました。ただいま懇談事項（1）、及び懇談事項（2）につきまして、事務局から説明をいただきました。委員の方々には、御質問あるいは御意見等ございましたらよろしくお願いたします。

まずは懇談事項（1）について、御意見または御質問はございませんでしょうか。はい、どうぞ。

委員

説明にもあったところで、もう少し教えていただきたいと思ひまして。（2）被保険者数の内訳の令和4年が1割負担について、令和5年になると人数が減ります。2割負担については、令和5年に新しく取り入れられたために、1割負担が令和5年で人数が減って、割合も減ったというような考えでよろしいでしょうか。

事務局

はい。お答えさせていただきます。今ほど、委員がおっしゃられたとおりでございます。令和4年10月に2割負担の制度ができて、令和5年4月の集計では、2割負担の分が当然1割負担が減った形になりますので、数字の見かけ上ですね。令和4年から令和5年にかけて、大きく1割負担が減ったように見えているところでございます。

参考までに補足しますと、2割負担の方は、令和4年10月の発足当時からだいたい構成率が15.8%でございますので、昨年10月からの構成率はあまり変わっていないような形になってございます。以上です。

委員

はい。ありがとうございました。勉強不足なのですが、この2割負担になった経緯というか、そのあたりのことを教えていただけますか。

事務局

はい、お答えいたします。2割負担が導入された経緯としましては、今、全世代で社会保障を支えていこうという考え方がございまして、それまでは、確かに1割と3割の2つだけだったのですが、所得等に応じて、間の2割負担が可能であろうと思われる方につきましては、負担をお願いしたいという主旨で2割負担が創設されたということでございます。

委員

ありがとうございました。よく分かりました。

座長

よろしいでしょうか。ほかに御意見または御質問はございませんか。はい、どうぞ。

委員

今の質問に関連して答えられたら教えて欲しいのですが、我々被用者保険からしますと2割負担になる人の基準をもう少し低くして、2割負担の人を増やしてほしいという要望をずっとしておりまして、今、この状態は続いているのですけれども、後期高齢者医療広域連合の考え方は、どのような考え方なのかをお聞かせいただけたらありがたいと思います。

座長

ありがとうございました。事務局から御説明いただけますでしょうか。

事務局

なかなか非常に厳しい質問ですね。お互い3割の方については、そういった公的な補助が、私どもに入らずに皆様方からの協力をいただきながら、後は保険料を入れて医療費を払っているという状況がありますので、そういった面からすると、やはりそういう事から圧縮していかないと皆様方のところも非常に厳しいところではあるんだろうというのは、重々分かっております。しかし、なんというのでしょうか。多段的がいいのか、一気に下げていった方がよいのかというところはあると思いますけれども、やはり後期の高齢者ですので、前期高齢者と違って、そんなにお金を稼いでいなかったはずですが、逆に言うと今は後期高齢に近くなって、また、後期高齢になっても体を動かして働いていないという状況も出てきています。そういうことを考えると、闇雲にそういったところにいってよいのかなというのは、私の個人的な見解なので、広域連合としてどうのということになりますと、そこまできちんと分けているわけではないですが、なかなか2割負担を導入しても、厳しい面もあろうかということで、ある程度、一旦かかって取り過ぎた分をお返ししますよという制度の中で、そういった方々にお金を戻すということをやっている特例を2年くらいもっているという状況がありますので、少し一概にはなかなか、おっしゃることは重々分かるのですけれども、そういったところを国との調整をしながら決めざるを得ないのかなというところで考えているところでございますが。すみません、答えになってなくて申し訳ないです。

座長

よろしいでしょうか。

委員

非常に聞きづらいことを聞いてしまって、申し訳ございません。簡単に説明しますと、保険料の35%くらいを高齢者医療の拠出金として出していますね。これが、75歳以上の団塊の世代がこれから増えますので、この3年間にかなり増えていく、その一つの方策として2割負担が導入されたというふうに理解しております。2割負担の人が増えれば、我々被用者保険側からすると、

負担が減るということで、お互い立場が立場ですから、なかなか私も聞いてよいのか迷ったのですが、聞かせていただきました。すみません、ありがとうございました。

座長

はい、ありがとうございました。ほかにどなたか、御意見または御質問はございませんでしょうか。

それでは、懇談事項（２）につきまして御意見または御質問はございましたらお願いしたいと思いますが、いかがでございましょう。

新潟県は全国単位で見ますと後期高齢者の医療費が全国で最低になっていると、さて、その原因は何だろうか。これは、従来からこの懇談会でもいろいろ議論してまいりましたけれども、今回新たに委員になられた方、ほかの方でも結構でございますが、何か御意見または御質問はございませんでしょうか。

委員

よろしいですか。すみません。続けて、実は我々の被用者保険の医療費も全国一低い基準、国保もおそらく同様だと思います。私たちも理由を聞かれた時に答えるのは、医師の偏在で医療提供体制が低いということで、それによって、かかりにくい状況にあるから医療費が低いのではないかというのが1つと、もう1つは新潟県民が健康づくりに一生懸命取り組んでいるから。この2点をよく答えるのですが、1つ目の医師偏在で医師が少ないから、医療費が本当に低いのかなとか。そこは、少しよく分からない状況でございます。もし分かる方がいたら参考に教えていただければ本当にありがたいと思います。すみません。

座長

はい、ありがとうございました。なぜ新潟県は、全国で一番医療費が低いのかと申しますと、後期高齢者医療だけではなくて、ほかの保険者の医療費も含めて、全国で最低という状況がなぜ生まれたのだろうか。やはり疑問は尽きないわけでございます。このあたりについて、御見識をお持ちの方ございましたら、御意見を頂戴したいと思います。いかがでございましょう。

課題は課題として、また次年度以降に、また御議論いただくことになるかもしれません。一つの意見としてありますのは、昨年度の懇談会でも、退任なさいました前局長でございますが、御発言ございまして、今回もデータヘルス計画についての資料の中にございますけれども、介護保険料が、実は新潟県は全国対比でみて、1.5倍になっている。これは、おそらく相当程度、後期高齢者医療の医療費の抑制には寄与しているのではないか。ただし、その寄与率や寄与度を正確に分析できていないので、さて、介護保険の保険料の問題と、それから、後期高齢者医療の問題が、どのように相互に関連しているのかということについては、まだ、これから分析が必要ではないかと思っております。今後とも、そのあたりを含めたデータ解析が可能であれば、できるだけ深掘りしていただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

事務局

一言だけ。座長、すみません。よろしいでしょうか。私ども広域連合の単体ですと、なかなかそういったデータの解析等部分は、介護の部分でいえば持っているわけでもないですし、そういった部分は難しくございますけれども、国の方でもそういったところで合わせて検討していかなければいけないねというようなことで、今動き始めているという話は、少し耳にしたものですから、もしかするとそういうところで、データが出てくるのではないかなという、少し淡い期待ですけれども、先ほど担当より若干話がありましたけれども、やっでは見たのですけれども、なかなかそのところまで、深掘りは難しかったかなというところもあります。これからも、頃合いを見ながらできることは何かないかということで、そういった国の動きも注視しながら、よい情報が出てくるということであれば、そういったところを披見させていただいて、また、御意見を頂戴できればというふうに思っているところでございます。すみません、全然回答にも何もなっていないくて申し訳ございません。

座長

ありがとうございました。はい、どうぞ。

委員

午前中に、高齢者の保健福祉計画の策定の会議に出てきたのですけれども、その中で新潟県は軽度の介護認定率が全国より低く、重度になると全国より高いというデータがあると言っていました。新潟県はどちらかという軽度のうちは介護サービスを利用しないで、重度になってから介護サービスを利用する傾向が高いという、その様な話がありましたので情報としてしておきます。

座長

はい。ありがとうございました。これらも含めて、今後のデータ解析の御尽力のほど、よろしく願いいたします。難しいところもあると存じますけれども、よろしく願いいたします。

(3) 第4次広域計画の策定について

座長

それでは、懇談事項の(3)に入らせていただきます。第4次広域計画の策定についてです。事務局から説明をお願いいたします。

事務局

(3) 「第4次広域計画の策定について」御説明いたします。資料3を御覧ください。

まず、「広域計画」について説明をさせていただきます。広域連合には、地方自治法の規定に基づき、広域計画の作成が義務付けられています。このうち後期高齢者医療広域連合では、広域連合と構成する市町村が相互に役割を担い、連携をしながら後期高齢者医療制度に関する事務を

総合的かつ計画的に行うため、基本的な方針や広域連合と市町村の事務等を盛り込んだ計画を作成しています。

次にこれまでの「策定の経過」です。広域連合発足時に策定し、その後改定を重ねながら、現在の第3次広域計画は、米印に記載のとおり、令和5年4月の一部改定により、計画期間を1年延長し、令和6年3月までとなっておりますので、次の第4次広域計画を策定するものです。

3の「スケジュール」についてです。地方自治法の規定により、広域計画の改定には広域連合議会での議決を要するほか、パブリックコメント手続に関する要綱に基づき、意見の募集等が必要となります。それらを勘案した今後のスケジュールを現時点でのおよその予定をお示ししました。

本日の医療懇談会で方向性を説明させていただき、市町村への説明、その後、第2回医療懇談会では素案を御説明し、御意見をお伺いしたいと考えております。その後、パブリックコメントを経て、年明けの第3回医療懇談会等において最終案を御確認いただき、2月の広域連合議会での議決・公表の運びで進めてまいります。

次のページに、広域計画と各種計画等の改定経過をまとめております。現在の広域計画を1年延長したことにより、現行の各種計画等との整合、また今後の改定においても各種計画等と整合した形となっております。

説明は、以上です。

座長

ありがとうございました。ただいま事務局から懇談事項（3）につきまして、御説明をいただきました。どなたか御質問または御意見ございましょうか。よろしいでしょうか。この懇談事項は、おそらく今後本題に入るということで、現在、頭出しの状況かと思っておりますので、今回は御意見、御質問は無かったということで、先に進めさせていただきます。

（4）第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定について

座長

それでは、（4）第3期保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定について、事務局から御説明をお願いいたします。

事務局

本日は机上に、現行の第2期データヘルス計画の冊子を参考にお配りしております。

それでは第3期データヘルス計画の策定について、御説明させていただきます。

資料4-1を御覧ください。「1 データヘルス計画について」です。データヘルス計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が、健康診査等の結果やレセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って効果的かつ効率的な保健事業を実施するため、国が示す手引き等に基づいて作成する、保健事業実施計画になります。

次の「2計画の期間」ですが、第1期計画が平成27年度から3年間、第2期計画が平成30年度から6年間で、令和2年度に中間見直しを行いました。今年度、計画期間が令和6年度から11年度までの第3期計画を策定します。

「3計画の評価」については、表にありますとおり、保健事業と短期的な目標の評価を毎年度末に行い公表します。令和8年度末に中間評価を行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画期間後半の事業内容の見直しや重点化、新たな課題への対応などを行います。最終年度の令和11年度末に中長期的な目標及び最終の評価を行い、次の第4期計画の策定を行います。

裏面の2ページ目を御覧ください。「4データヘルス計画様式（全国共通）について」です。国は後期高齢者のデータヘルス計画の標準化を図るため、令和5年3月、データヘルス計画策定の手引きとともに計画様式を定め、計画に使用するデータや全国の広域連合で共通の評価指標を示しました。様式の種類と主な記載項目につきましては表に記載しておりますが、内容につきまして資料4-2で御説明いたします。

それでは、資料4-2を御覧ください。大きい紙に印刷しておりますが、まだ一部の文字が細かくなっており申し訳ございません。1ページ目「Ⅰ基本的事項」です。計画の目的や背景、関連するほかの計画、また、人口や被保険者の特性、前期計画の目標の達成状況等を記載いたします。

2ページ目を御覧ください。「Ⅱ健康医療情報等の分析」です。左側に記載の項目ごとに、健康医療情報の整理やアセスメントを記載し、そこから広域連合がアプローチする課題と対策を記載します。また、項目ごとに使用するデータが別に示されておりますので、全国の広域連合で共通のデータを使用して分析することになります。

3ページ目は、印刷が上下ひっくり返っており申し訳ございません。内容としましては2ページ目と同じですが表の作りが異なっており、どちらかを使用して作成することとなっております。

4ページ目をお開きください。「Ⅲ計画全体」です。左上の小さな表は、課題とその課題解決に係る取組の方向性です。右側の大きな表は「抽出した課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）と目標、評価項目と目標値」を記載します。

御覧のとおり、既に国から評価項目が指定されており、項目ごとに全国の広域連合で共通の総合的な評価指標が示されております。アウトプット（事業量）は、健診受診率や歯科健診実施市町村数、一体的実施で保健事業を実施する市町村数とその割合、アウトカム（成果）はそれぞれのハイリスク者の割合と平均自立期間となっております。下の方の表は、課題解決に資する事業名を記載し、進捗管理として事業を実施する市町村数を記載します。

5ページ目をお開きください。「Ⅳ個別事業」です。事業ごとに、目的、概要、アウトカム（成果）とアウトプット（事業量）については評価指標と評価対象、年度ごとに目標値を記載します。その下はプロセス（方法）・ストラクチャー（体制）について記載します。

最後、6ページ目は「Ⅴその他」となっております。国は、基本的にこの計画様式に記載することでデータヘルス計画が策定されるとし、今年度末または来年度早々にこの計画様式の提出を求めています。しかし、この計画様式と資料編だけでは分かりづらくなると考えまして、ほかの広域連合の動向も参考に、当広域連合では従来の冊子形式も作成することといたしました。

資料4-1にお戻りください。2ページ目の「5スケジュール」についてです。これまでの経過ですが、3月末に国から策定の手引きが示されました。第2期計画の評価の見通しと健康課

題、第3期計画の策定方向性について、おおよそまとめたものを、7月、8月に市町村へ説明をしております。

本日の医療懇談会では、冊子の計画素案を御説明し、御意見を伺いたいと思います。

昨年度の実績が出そろうのがもう少し先になりますので、令和4年度のデータをもって第2期計画の評価を行い、その評価と第3期計画について、国保連合会に設置される保健事業支援・評価委員会にて、これから御助言をいただく予定です。

その後、冊子の計画案を見直し、第2回医療懇談会と、市町村からも御意見をお聞きします。先ほど御説明した広域計画と同じくパブリックコメントを経て、年明けの第3回医療懇談会等において最終案を提示させていただきたいと考えております。

では、第3期データヘルス計画の冊子の素案について資料4-3を御覧ください。

まだ、策定途中でございますので現時点での素案となります。

表紙をめくっていただき、目次を御覧ください。先ほど御説明しました、国から示された計画様式の項目立てに沿って構成しております。

1ページから7ページは、第1章「基本的事項」です。計画策定の目的と背景、計画期間、関連するほかの計画、関係者との連携や実施体制について記載しております。また、5ページの下段からは、保健事業の中心となる「高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施」について説明しております。

新しく委員になられた方もいらっしゃいますので、ここで、一体的実施の制度について少し説明させていただきます。

この制度は、第2期計画の途中、令和2年度から開始されました。後期高齢者医療制度が始まって以来、保健事業は、74歳までは多くの方が市町村の国民健康保険、75歳からは広域連合と、実施主体が分かれており、事業の接続が課題となっておりました。

また、高齢者は、複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的つながりが低下するフレイル状態になりやすいなど、疾病予防と生活機能維持の両面にわたるニーズを有しておりますが、後期高齢者の保健事業は広域連合、介護予防の取組は市町村が主体となって行っており、一体的な対応ができておりませんでした。これらの課題に対応するため、令和元年に「高齢者の医療の確保に関する法律」を含む法律がまとめて改正され、令和2年度から、広域連合が高齢者の保健事業を市民に身近な住民サービスを提供できて、介護保険や国民健康保険の保険者である市町村に委託し、保健事業や介護予防の取組を一体的に実施することができるようになりました。

国は、この一体的実施を令和6年度までに全ての市町村において展開することを目標としております。新潟県におきましては、今年度までに28市町村が開始しており、残る胎内市と粟島浦村も、令和6年度から実施できる見込みとなっております。

次に、第2章「現状の整理」です。10ページを御覧ください。

「被保険者の状況」です。新潟県では人口減少が進んでいる一方で、全国平均以上に高齢化が進み、被保険者数は増加しております。13ページを御覧ください。市町村ごとに見ますと、人口規模と同様に被保険者の割合も12.1%から31.2%と地域差が大きくなっています。

14ページを御覧ください。高齢者世帯数は数も割合も年々増加しております。

15ページからは【現行の第2期計画の現時点での評価考察】です。

16ページを御覧ください。一番下の枠囲みが目標、17ページが各目標と事業の体系図になります。

18ページからは各保健事業の評価です。評価指標と目標値は、令和2年度の間見直しの際に一部修正をしております。

38ページからは各目標の評価です。短期的目標、中長期的目標のアウトカム評価指標につきましては、平成30年度当初の第2期データヘルス計画には掲載されておりましたが、主に令和2年度の間見直しの際に設定したものです。それぞれ、年次ごとの実績値と評価、また、今回目標達成の度合いを1から5の5段階評価にて記載しております。

本日は時間の都合もございまして、計画全体の評価として、大目標の評価について御説明します。42・43ページをお開きください。

「大目標1、生活習慣病の重症化予防」についてです。本県の一人当たり医療費は全国と比べると低い状態が続いていますが、年々増加しています。人工透析の患者数、脳血管疾患、腎臓病の高額疾病の入院患者件数の割合が増加傾向であり、高血圧・糖尿病等の予防、CKDの重症化予防の取組を強化していく必要があります。

また、健診が未受診で医療にもかかっておらず、健康状態が不明な高齢者が年々増えており、健診受診率を高めるとともに、自ら健康づくりに取り組む高齢者を増やすために、ハイリスクアプローチに加えポピュレーションアプローチの強化が必要です。

次に「大目標2、加齢に伴う心身機能の低下防止」についてです。平均余命と平均自立期間の差、つまり不健康期間は全国並みですが、期間そのものは全国より0.5歳短くなっています。また、健診受診者のうち、栄養改善が必要な者の割合が年々高くなっていることに加え、高齢者の質問票から運動・転倒リスクのある者の割合が全国より高く、口腔機能リスクありの回答割合も、全国よりは低いですが増加傾向にあることから、フレイル予防の取組が重要となります。また、歯科健診を実施する市町村が令和4年度には25市町村に増え、歯科健診結果通知に合わせ、歯科保健指導を行うことで、治療が必要な者を適切に医療に結び付けることができ、今後も実施市町村数を増やし、受診率を向上させることが重要です。

「大目標3、必要な受診・その他サービスの利活用による医療費の適正化」です。医療専門職の効果的な訪問相談支援により、受診行動に一定の改善がみられ、重複受診・頻回受診者の割合が減少しています。医療機関への過度な受診者や、重複投薬や併用禁忌薬剤処方が疑われる者に対して、今後も継続して受診行動の改善と医療費の削減に努めていく必要があります。なお、ジェネリック医薬品の普及率については、国の目標である80%に達しましたが、今後も進めていく必要がある、と現時点で評価しました。

次は、第3章「健康医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出」です。国の計画様式の項目順に、現時点でわかるデータを掲載し、全国との比較も行いながら、分析をしました。詳細なデータにつきましては、資料編としてまとめる予定です。

47ページをお開きください。「被保険者構成の将来推計」です。75歳以上の推計人口は平成30年の推計によると、総人口に占める割合は増え続ける一方、人数は令和12年頃をピークに徐々に減少していく見込みです。こちらは令和2年度の推計が今年公表され次第、新しいデータに差し替えます。

48ページを御覧ください。「将来推計に伴う医療費見込み」ですが、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の感染拡大による受診控えが影響し、減少しましたが、令和4年度は増加に転じています。なお、本県の一人当たり医療費は全国で最も低くなっておりませんが、年々増加傾向にあります。

50、51ページを御覧ください。一人当たり医療費は市町村によって地域差があります。

次の52ページを御覧ください。「平均余命・平均自立期間の状況」です。平均自立期間とは日常生活動作が自立している期間のことで、要介護度2以上の認定者を自立していないとみなします。本県は男女ともに、どちらも年々延びていますが、全国と比べると、約0.5年短くなっています。また、平均余命と平均自立期間の差、不健康期間は男女とも縮小し、男性1.5年、女性3.3年です。

54ページをお開きください。「死因別死亡割合」は、脳血管疾患、アルツハイマー病の死亡率が全国と比べて高く、腎不全の死亡率も年々高くなっています。

次の55ページ、「健康診査・歯科健康診査・質問票の分析」です。表の一番下、県平均の健診受診率はコロナの影響で令和2年度は減少しましたが、その後は増加がみられます。

56ページの歯科健診は、受診率に大きな伸びはありませんが、実施する市町村が25市町村に増えました。

次の57ページです。健診結果をまとめますと、生活習慣病リスクがある者の割合は全国よりも低い状態ですが、経年では増えております。また、医療未受診者のうち、医療受診勧奨判定値にある者が年々増加しており、CKD（慢性腎臓病）による人工透析者数、低栄養状態の者も年々増加しています。

61ページをお開きください。質問票の調査では、喫煙、運動・転倒リスクが全国より高くなっています。

62ページの下段を御覧ください。健診も医療も受けておらず、健康状態が不明な人が増加しています。

次の63ページは「医療関係の分析」です。一人当たり医療費は全国順位最下位が続いており、内訳としましては、外来医療費は減少傾向ですが、入院医療費は令和2年度は一旦減少したもののその後増加に転じています。重症化した疾病については脳梗塞や腎不全の重症化した入院者の割合が増え、人工透析の導入者割合も増えています。

次の64ページの下段です。後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及率は年々上昇し、令和2年度以降は国の目標の80%を達成しております。

65ページの上段、重複・多剤投薬患者割合は効果的な訪問相談事業の実施により、減少傾向です。

また、同ページ下段の重複・頻回受診者割合につきましては、現在作成中となっておりますが、次回の懇談会ではお見せできる予定です。

66ページをお開きください。「介護関係の分析」です。全国と比較すると、要介護認定率は同等ですが、要介護度3以上の介護度の高い者の認定率や介護サービス利用率が高くなっております。また65歳以上の人口一人当たりの施設サービスに係る介護給付費が高く、施設利用が全国に比べて多いことが分かります。

69ページをお開きください。「介護・医療のクロス分析」です。下の表ですが、75歳以上の被保険者のうち、介護認定を受けており、介護が必要な状態にもかかわらず、介護サービスを使わずに医療受診もしていない者が3.1%おり、このような人の健康状態を把握する必要があります。

70ページをお開きください。ここまでの健康・医療情報等の分析に基づいて、広域連合がアプローチする健康課題を抽出しました。

1つ目は生活習慣病の重症化を予防し、平均余命・平均自立期間の延伸。2つ目は健康診査の受診率の向上及び、歯科健診の実施市町村数の増加、受診率の向上。3つ目は健康診査における受診勧奨値にある者の減少。4つ目はフレイル予防の推進。5つ目は健康状態不明者の減少。6つ目は適切な服薬・受診行動の促進。7つ目は要介護3以上の者の認定率・サービス利用率の減少です。

次は、第4章「目標達成へ向けた事業計画」です。72ページをお開きください。第2章、第3章で見えてきた本県の後期高齢者の健康課題から、広域連合が第3期計画で取り組むべき健康課題を、中ほどの枠の中の3つにまとめました。

1つ目は健康状態の不明な高齢者を減らすとともに、高血圧・糖尿病等の予防、CKDの重症化予防の取組の強化。2つ目は健診受診率を高めるとともに、自ら健康づくりに取り組む高齢者を増やすために、ハイリスクアプローチに加えポピュレーションアプローチの強化。3つ目は医療専門職による効果的な訪問相談による受診行動の改善。この3つに取り組むことが必要と考えています。

この課題が解決された目指すべき姿として、その下、第3期計画の目的を「被保険者が住み慣れた地域で可能な限り自立した生活を送ることができる」とし、先ほど御説明した3つの課題に対応する3つの大目標を設定しました。内容は第2期計画と大きく変わりません。

次の73ページは、第3期計画の目的・各目標・保健事業をまとめた体系図です。中長期的な目標と短期的な目標につきましては、第2期計画とほぼ同じ形となっておりますが、第2期計画に掲載していた「ジェネリック医薬品の普及率向上」については、第3期計画の目標・保健事業からは外すことで考えております。その理由としましては、今回の計画策定に際し、国からは、ほかの広域連合からの質問への回答という形で考えが示されました。その内容は、「高齢者の保健事業による高齢者の健康の保持増進に向けた取組の結果、医療費全体の適正化に資するもので、医療費適正化自体は目的とはしていない。ただし、都道府県医療費適正化計画での医療費適正化の方向性と整合性のある取組をすることは重要である」というものでした。ジェネリック医薬品普及啓発事業は、事業の目的が医療費の削減になりますので、ここでは掲載せず、この後で説明します「目標達成に向けた取組」の部分に記載することとし、令和6年後以降も県の医療費適正化計画に資する事業として、引き続き広域連合で事業を継続していく方向で考えております。

それでは、第3期計画での「保健事業」について説明します。73ページの右側の太枠内を御覧ください。事業を「健康診査」、保健事業の中心となる市町村に委託する「一体的実施」、広域連合が実施する「その他」の3つに分類し、13の事業をあげました。第2期計画の中間見直し版から大きく変わった点は、一つの事業として掲載していた「一体的実施」を、国から示されている共通評価指標と一体的実施の取組区分を考慮し、④低栄養から⑩身体的フレイルまでの7つに分けた点です。第2期計画の②糖尿病性腎症・CKD（慢性腎臓病）重症化予防事業は、第3期

計画では、一体的実施の中の⑦重症化予防（糖尿病性腎症）として整理しております。事業の掲載の仕方は変わっておりますが、第2期計画から廃止する事業はありません。

次の74ページからは保健事業ごとのシートになります。上から、基本事項として関連する各目標や事業の目的・概要、アウトカム（成果）、アウトプット（実施量）、プロセス（方法）、ストラクチャー（体制）を記載します。アウトカムからストラクチャーの記載順につきましては、国の計画様式に合わせたため、今までの計画とは逆になっています。評価指標につきましては、国が定めた共通評価指標や、個別事業の評価指標例を参考に設定しました。

目標値の欄が黄色に着色されていますが、こちらは現在作成中であります。医療懇談会や国保連合会の支援・評価委員会での御助言、市町村からの御意見もいただいた上で案を作り、第2回の医療懇談会で御提示したいと考えております。

では個別事業について御説明します。74ページを御覧ください。①健康診査事業です。生活習慣病の早期発見と重症化予防を目的に、広域連合設立当初から実施している事業です。市町村に業務委託をし、県内30市町村の全てで実施しております。アウトカム（成果）の指標は、受診勧奨判定値の未治療者が医療に結び付いた率、アウトプット（実施量）の指標は健診受診率と設定しました。

75ページ、②歯科健康診査事業です。76歳、80歳の被保険者を対象に、市町村に委託して歯科健康診査を実施します。アウトカムの指標は、健診結果が要治療で翌月以降に歯科レセプトがある人の割合、アウトプットは実施市町村数と歯科健診受診率の2つを設定しました。今年度は26市町村が実施しています。

76ページ、③在宅要介護者歯科保健事業です。通院することが難しい、介護認定を受けている方のお宅を訪問して歯科健診と指導を行います。新潟市歯科医師会に委託して実施しています。アウトカムの指標は、健診結果が要治療で翌月以降に歯科レセプトがある人の割合、アウトプットは実施者数としました。

77ページからは、一体的実施事業として市町村が行う保健事業になります。④低栄養です。栄養改善・心身機能の低下予防を目的に、健診結果や高齢者の質問票から実施市町村ごとに基準を設けて抽出した対象者に対し、保健師や管理栄養士等の医療専門職が栄養相談を実施します。一体的実施の評価指標はほぼ共通で、アウトカム指標は状態が改善された者の割合、アウトプットは実施市町村数と支援対象者のうち支援できた者の割合としております。低栄養事業のアウトカムの指標は体重が維持・改善できた者の割合としました。今年度、8市町村が一体的実施事業として実施しています。

78ページをお開きください。⑤口腔です。オーラルフレイル・口腔機能低下を防止し、身体機能の維持改善を目的に、口腔機能低下が疑われる者に対し、訪問等により個別指導を行います。アウトカムの指標は質問票で④半年前に比べて固いものが食べにくい、⑤お茶や汁物でむせるの項目が改善された者の割合としました。今年度は3市町村で実施しています。

79ページ、⑥投薬（重複・多剤）です。多剤投薬者や睡眠薬服用者に対し服薬指導を行い、残薬を減らすとともに、転倒などの薬物有害事象を防止します。アウトカムの指標は相談により服薬状況が改善された者の割合としました。今年度は1市で実施しています。

80ページをお開きください。⑦重症化予防（糖尿病性腎症）です。糖尿病や糖尿病性腎症等の合併症の発症や重症化を予防し、人工透析患者数の増加を抑制するため、健診結果等から抽出したハイリスク者や医療機関への未受診者、受診中断者に対し、保健師等の医療専門職が保健指導

を行い、適切な医療への受診勧奨等を行います。アウトカムの指標は、受診勧奨対象者のうち受診が確認できたものの割合としました。今年度は16市町村が実施しています。

81ページ、⑧重症化予防（コントロール不良者）です。医療が必要な状態であるにもかかわらず、未治療の者に対し受診勧奨を行い、適切な医療により重症化を予防するため、保健師や管理栄養士等の医療専門職が健診結果を基に対象者に保健指導を行います。アウトカムの指標は医療機関につながった者の割合としました。今年度は18市町村で実施しております。

82ページをお開きください。⑨健康状態不明者です。健康状態未把握者に対し、保健師や管理栄養士、看護師等が保健指導を行い、必要に応じて医療や介護サービスにつながります。アウトカムの指標は事業で健康状態を把握した人のうち、翌年度に健診を受けた者の割合、必要な医療・介護サービスにつながった者の割合の2つとしました。今年度は15市町村で実施しております。

83ページ、⑩身体的フレイルです。通いの場等を通して、参加者がフレイル予防の必要性に気づき、生活習慣の改善につなげる、また、医療や介護のサービスが必要とされる者をサービスに結び付けることを目的とし、通いの場等へ保健師、管理栄養士等が出向いて健康教育・健康相談を行います。アウトカムの指標は医療受診や介護サービス利用を勧奨した者のうち、サービス利用につながった者の割合、またアウトプット指標は、実施市町村数と参加者のうち状態が把握できた者の割合としました。今年度は18市町村で実施しております。

84ページからは、広域連合が実施する事業で、いずれも継続事業になります。⑪重複・頻回受診者訪問相談事業です。生活習慣病の重症化予防を図り、適正な受診による自己負担額の軽減や医療費の適正化を図ることを目的に、保健師等の医療専門職が健康相談を行います。アウトカムの指標は相談実施により、重複または頻回受診が改善された者の割合、アウトプットは相談の実施率としました。

85ページ、⑫在宅訪問栄養食事相談事業です。栄養改善、心身機能の低下防止を目的に、体重やBMIの数値から低栄養が疑われる人を管理栄養士が訪問して、個々の状況に合わせた栄養相談をするものです。アウトカムの指標は体重が維持・改善できた者の割合としました。

86ページ、⑬服薬相談事業です。重複投薬などの一定の基準に該当し、服薬に関する確認や相談が必要な状況が疑われる方を薬剤師が訪問し、薬の管理や飲み方の提案等を行い、健康の保持増進と医療費の適正化を図ります。アウトカムの指標は訪問実施により服薬状況が改善された者の割合としています。

87ページは「目標達成に向けた取組」です。第2期計画にも掲載しておりますが、目標に向けて広域連合が行う取組を記載しております。「(3) その他関係機関との連携による取組」の③新潟県保険者協議会との連携の中で、「県が策定する医療費適正化計画を踏まえた後発医薬品の使用促進事業の実施」ということで、先ほど御説明したジェネリック普及啓発事業についてを記載しております。

90ページをお開きください。第5章「計画の評価・見直し等」ですが、計画様式の「その他」に記載されている項目で、第2期計画と同じ項目になりますが、評価、見直しの時期や、個人情報等の取扱い、地域包括ケアに係る取組について記載しております。

大変説明が長くなりましたが、第3期データヘルス計画の現時点での冊子素案について、概要を説明させていただきました。広域連合が実施する保健事業については、関係者の皆様からの御助言や御協力の下に成り立っています。

今後も県内高齢者の健康寿命延伸のために、より効果的な事業を行ってまいりたいと考えておりますので、御指導賜りますようお願い申し上げます。

説明は以上です。

座長

ありがとうございました。ただいま、懇談事項（４）第３期保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定について、事務局からの御説明いただきました。御質問あるいは御意見のある方は挙手をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。はい、どうぞ。

委員

本当に詳しく説明していただき大変ありがとうございました。少し分からないところがあったのですが、平均余命や平均自立期間、よく健康寿命というんだけど、平均自立期間という概念が分からないので教えていただきたいということと、歯科健診の受診率ですけれども、56ページの受診率のところでは新発田市が27.6%で、柏崎市が3.3%で10倍近く差がある、そのあたり何か原因が分かれば教えていただきたいなど。一体的実施の口腔ですね、そこでオーラルフレイルということでやっていただいて本当にありがたいと思うんですけど、実施市町村が3市町村ということで、分かれば3市町村を教えていただきたいということ、この3つをお願いいたします。

座長

はい。お願いいたします。

事務局

平均自立期間について御質問をいただきましたが、日常生活動作が自立している期間ということで、要介護２以上の認定者を自立していないとみなしますので、要介護２未満の方まで。

委員

要するに、要介護１と要支援ということですね。

事務局

そうです。

委員

健康寿命とはちょっと違うのかな。

事務局

考え方が変わっております。今までは御自身の認識で質問票というか、具合の悪いところがないかというような質問での集計となっていたのですが、今回全国統一で広域連合が使用する比較対象ということで、厚生労働省の方から平均自立期間という指標を出されております。

委員

はい。ありがとうございました。

事務局

あと歯科健診受診率、56ページでこの様に差がある理由につきましては、手元に資料がございませんので、調べて次の機会にお知らせしたいと。

委員

分かりました。

事務局

一体的実施の口腔の3市町村ということなんですけれども、申し訳ございません。手元に資料がございません。

委員

分かりました。集計が終わってからと思います。

それから、少し言い忘れましたが、こちらの資料に付箋というか、タグを付けていただいて本当に見やすくてありがたかったです。年取るとどこにあるか分からなくなるのですが、本当に初めてこの様な資料をいただいて見やすかったです。ありがとうございました。

座長

はい、ありがとうございました。ほかにどなたか御質問ないしは御意見ございませんか。

はい、どうぞ。

委員

ありがとうございました。

私たちがデータヘルス計画を作らなければいけないので、参考になるところがないかなという視点で見させていただきました。

個別事業で質問を合計3つなんですけど、1つは、今ほど委員がおっしゃった歯科ですが、75ページになりますけれども、ここで実施率が13.1%ということで、76歳、80歳で、この方達に対象で案内して、その人がそれをもって受診した方の受診率だと思いたいますが、でも、定期的にかかっている患者さんって、たぶんいらっしゃると思うんです。本当だったらそれと兼ね合わせて、実際に定期的な歯科健診をしている方がどれくらいいるのかというデータが見れたらいいのかなと常々思っていました。もしできるのだったら工夫をしていただくと、私も参考になると思いました。それが1つ目です。

それと、ページで言いますと82ページ、健康状態不明者というのは、私ども被用者保険でいうとあまりこういう定義がなく、健診も行ってなければ、レセプトもない方を健康状態未把握者といっていて、そこに直接訪問して健診受けてくださいとか病院に行ったらどうですか、というふうにお伝えしていることだと思います。そういった方達は健診って、医療機関を受診している人は健診を受けないでよいという方が多くいると思うのですが、我々は、非病者の健診実施率が低くて、それって、普段病院に行っていて、必要な特定健診項目のある人は、医療機関を通じて我々に提出していただけないかということをやろうとしているのですが、なかなかスキームがなく、もし、県内の市町村あるいは後期高齢者でスキームを持っているのであれば、私どもも活用させていただきたいと思いました。そこで質問なのですが、健診受診率の分母に国の定める除

外対象者を引くと書いてあるので、これがどういったものなのか、併せて聞きたかったです。これが2点目です。もう一つ最後ですが、投薬の関係の79ページですが、我々の加入者の中にも、睡眠薬の服用者が相当数飲んでいる、処方されている人がいまして、それを多剤投与者と呼んでいるんですけど、その方達に案内する時に、一つは、医療費がかかるというのはもちろんなのですが、それを隠しつつこんなに飲んだら健康が危ういですよ、というのを出しています。ここにある転倒等の薬物有害事象を防止するというのが、目的の一つに掲げられているので、高齢の方でなくても、そういう睡眠薬を飲み続けていたら、生活に影響があるのだというのを、もし委員から教えていただいて、私たちの事業に活用できないかなと思いついて聞いておりました。以上3点でございます。

座長

ありがとうございました。よろしく願いいたします。

事務局

82ページの国が定める除外対象者についてですが、例えば、刑務所などに入所してる方とか、ということが国から決められておまして、そう多くはないですけど、そういう方は分母から除くということになっております。

委員

医療機関を受診している人は、医療機関を通じて健診データを下さいという形にはならないですか。

事務局

今までですと、国保の方でみなし健診と言いまして、定期的に医療機関を受診している方につきましては、医療機関の御協力をいただきながら、報告をいただくということでのスキームがございました。後期高齢者の方では今までなかったのですが、今年度から厚生労働省の方で、そういったことを取り組めるような通知が発出されましたので、これから、そういったところを検討していきたいなというところでございます。

事務局

すみません。

座長

はい。どうぞ。

事務局

先ほどの委員からの御質問で、一体的実施で口腔の事業をハイリスクアプローチで行っている3市が分かりましたので、お答えいたします。三条市、加茂市、燕市の3市になります。

委員

ありがとうございました。

座長

よろしいでしょうか。ほかには、はい、どうぞ。

委員

各論的なところも分からないところがあるので、総合的なところでお聞きしますと、今回のデータヘルス計画というのは、あくまで、この計画様式に基づくのが計画様式で、冊子はそれを解説するための補助資料となっている扱いになっているのですかね。

事務局

お答えいたします。国はこの計画様式が計画ということで、提出を求めているのは、大きな紙に印刷したものになるのですけれども、これをもって説明をしようとしても、細かい枠の中に、データをいろいろ書かなくてはならなくて非常に見づらくなってしまふ、分かりづらくなってしまふということがありましたので、計画の冊子を作ることにして、一般の方にはそちらの方が分かりやすいということで、作成をすることにいたしました。国に提出するのは、あくまでも大きな紙に印刷した計画様式になります。

委員

ありがとうございました。そうすると今後もう一度、本医療懇談会でも意見を聴取した上で、その後パブリックコメントを実施するということになるかと思うのですが、パブリックコメントは冊子でされるんですか。

事務局

今のところ両方で考えております。

委員

なるほど。分かりました。どうせと言いますか、解説書類を作るのであれば、一般表現として分かりやすい表現で、もう少し工夫できるところは工夫した方が、特にカタカナ言葉など、なかなか一般被保険者としては分かりにくいところもあるのかなというふうに思いますので、形だけの意見公募ではなく、しっかりと意見公募するのであれば、せっかく本体以外で解説書類を作るのであれば、その辺を踏まえた意見公募をしてほしいなというふうに思います。

それで、1点気になったのが、この冊子を作るということですが、第2期保健事業実施計画の一番最後では、冊子を県や市町村をはじめとした関係者に配付するなどという表現があったんですけど、今回の計画からは、そういうものがなくなっているんですが、冊子はもう作らないということですか。ホームページに記載するだけで終わりという。

事務局

公表の形につきましては、ホームページを中心に考えております。関係機関には第2期と同様に、冊子のような印刷会社に印刷した形ではないかもしれないのですけれども、お配りはしたいかと考えておりますが。検討中です。

委員

もちろん費用的なことも含めて難しいところだと思いますけれども、なかなかネットだけだとそこにたどり着けない、後期高齢者の方もいらっしゃると思いますので、その辺の配慮をお願いできたらと思います。

以上です。

座長

ありがとうございました。よろしいでしょうか。ほかにどなたか御意見ないし御質問はございませんか。はい。どうぞ。

委員

お願いいたします。男女別のデータでしょうかね。14ページの下の方では高齢者の人口に占める高齢者単身世帯の割合で、男女別になっています。それから、52ページ、53ページの平均余命のあたりでは男女別になってはいるのですが、そのほかのところ、例えば10ページのところとか、11ページで人口及び高齢化率の推移とか、被保険者数の推移とかのところ、男女別に分けると、何か課題が見えてきて、それに対する取組ができるようなところがあるのではというのを感じたのですが、そのあたりのお考えをお聞かせいただきたいな。男女別にしていない考えとそれに対して取組んでいくというところの考えをお聞かせいただけたらと思います。

座長

はい、いかがでしょうか。

事務局

貴重な御意見をいただきましてありがとうございました。全部が男女別でお示しできるかどうかと、集計が取れない部分もあるかと思っておりますけれども、主だったところで、男女別の推移ですとか、データで見えてくるところもあると思っておりますので、そこは内部で検討させていただいて、できるだけ委員の御意向に沿うような形で少し改良をさせていただければと思っておりますので、また次回、お示しさせていただきたいと思っております。ありがとうございました。

委員

ありがとうございます。男性より女性の方が長生きするというところの中で、また少し見えてくるところもあるのかなと思ひまして、ありがとうございます。

座長

ありがとうございました。ほかにどなたか御意見、御質問ございませんか。よろしいでしょうか。

(5) マイナンバーカードと保険証の一体化について

座長

それでは、時間の関係もございますので、最後の懇談事項（5）マイナンバーカードと保険証の一体化について、御説明をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

事務局

私からはマイナンバーカードと保険証の一体化について御説明させていただきます。

まずは資料5-1を御覧ください。新聞・テレビ等で報道されているとおり、現在使用している紙の保険証はマイナンバーカードと一体になることに伴い、令和6年秋に廃止される予定です。医療懇談会では、被保険者、保険医、保険薬剤師の代表の方々がお集まりになる機会がございますので、現時点におけるマイナンバーカードと保険証の一体化及び保険証廃止の動向について、簡単ではありますが御紹介いたします。なお、冒頭にこの資料は8月30日時点の情報で作成した旨を記載していますが、本日9月28日時点では、ここに記載している情報に変更はございません。

まず、冒頭ですけれど、令和6年秋に保険証が廃止されることに伴い、来年7月の保険証の一斉更新が、後期高齢者の紙の保険証の最後の更新となる予定でございます。最後の保険証の有効期間内は、紙の被保険者証も使用できますが、原則として今後は保険証利用登録を行ったマイナンバーカード、通称マイナ保険証と申します。こちらの利用について、御協力をいただきたく存じます。

ここで、資料「1 マイナ保険証の利用手順及びメリット等について」大きく6点に分けて御紹介させていただきたいと思えます。

1点目は、マイナンバーカードの交付申請についてでございます。もちろん、マイナ保険証を利用するためにはマイナンバーカードが必要になります。マイナンバーカードをお持ちでない方はマイナンバーカードの申請が必要です。以降は別紙の資料で御説明をさせていただきます。

「資料5-2 つくってみようマイナンバーカード」という資料でございます。こちらにつきましては、資料の左側の方にマイナンバーカードの見本等が示されています。皆様もお持ちの方も多いかと思えますけれども、マイナンバーカード自体には税や年金の情報は入っていません。カードの実際の作り方は裏面に記載されてございます。こちらの一番左側に「まずは必要なものをチェック」と書いてございます。こちらを御覧ください。過去に送付されたマイナンバーカードの交付申請書を各市町村から送られていると思えますが、こちらをお持ちの方は、右側のスマートフォンやパソコン等を利用した4種類の方法で手続きが可能でございます。ですが、交付申請書をお持ちでない方は、市町村窓口での交付申請が必要となります。こういった申請書が届いた覚えがないとか、持っていたけど、どこにいったか分からない方につきましては、まずは市役所の方に御連絡をお願いしたいと思います。

次は2点目でございます。マイナンバーカードを作成したら、保険証として使用するためにマイナ保険証としての利用申請が必要となります。資料5-3を御覧ください。「利用には申込みが必要です」と書かれた資料でございます。ここに記載のQRコードを読み取っていただくと、マイナポータルアプリをスマートフォンにダウンロードできます。その後、こちらに記載のと

おり、「健康保険証利用申込」を押して進んでいただき、マイナンバーカードを読み取ると、保険証利用の登録が簡単にできます。

次は3点目でございます。マイナ保険証の登録ができれば、医療機関で受診する際にマイナ保険証用の機械、カードリーダーで読み取っていただく必要があります。これが書いてあるのが、資料5-4でございます。簡単に流れのみを説明いたします。医療機関に設置されている顔認証付きカードリーダーにマイナンバーカードを置きます。ステップ1で顔認証と暗証番号による認証のどちらかを選択します。ステップ2で認証しまして、ステップ3で過去の診療情報等を提供するか選択します。最後にカードを取り出して、受付完了です。

次は4点目になります。マイナンバーカードを保険証として利用するメリットについてになります。資料5-5を御覧ください。「マイナンバーカードで受診いただくと過去のデータに基づく、適切な医療が受けられます」と書かれた資料になります。こちらの資料の中に具体的な事例が書かれております。この事例は、患者が医師に体調の不良を伝えたところ、マイナンバーカードの情報により、他医療機関の薬剤情報等を確認することで、患者様に適切なアドバイスをすることができ、患者様も、より安心した医療が受けられるというものです。このように質の高い医療が提供できると考えられています。

次は5点目になります。マイナ保険証の今後の展望です。なぜマイナ証を使用しなければいけないのか。それは、今ほどメリットのところでも御説明したように、医療情報を共有して、有効に活用するためです。各組織間で散らばっている医療情報をデジタルの力で必要な時に必要な方が活用できるようにし、より質の高い、より効率的な医療を行う「医療DX」を進めることが目的です。マイナンバーによる医療情報の共有は医療DXの基礎となります。資料5-6を御覧ください。こちらは医療を受ける側からみたメリットです。様々なメリットが医療DXに期待されていますが、まず、マイナ保険証に関わるのは、一番左の「過去の検査状況が閲覧可能となり、負担の大きい検査を何度も受ける必要がなくなる」ことです。また、その上に「同じ成分の重複した薬や飲み合わせのよくない薬を受け取ることがなくなる」効果があります。資料5-6の裏面を御覧ください。こちらでも医療DXのメリットですけれども、医療機関や保険者側からみたメリットでございます。左上の「医療機関と薬局での情報共有が進む」ことによる事務負担の軽減や質の高い医療の提供が可能となる部分とか、中央よりやや右、医療機関で使用するシステムの統一化・クラウド化により、「システム運用の人的・財政的コストが削減できる」ことが想定されます。

今ほど御紹介したのは医療DXの一端ではございますが、今後、高齢の方が増えていき、より医療の質を高め、個人に応じた適切な医療を届けていくために、さらに医療DXを進めていく必要があると考えております。

資料5-1にお戻りください。一番下の(6)は新潟県における後期高齢者医療のマイナ保険証がどれだけ登録されているのかということで、新潟県の情報を書かせていただいております。令和5年7月18日時点での状況ではありますが、被保険者の38万7,458人に対して、マイナ保険証登録者が17万8,746人、全体の46.13%、約5割弱となっています。

裏面に進みまして、マイナンバーカードと保険証の一体化に伴い、令和6年秋に予定されている保険証の廃止に伴う各種対応について、3点紹介します。

1点目は、紙の保険証が廃止になった場合、資格確認書が創設されることが国から示されております。マイナ保険証を保有していない方には資格確認書という新たな書面を交付します。被保険者証のように、医療機関で提示することで保険診療が受けることができるものです。

2点目は資格情報のお知らせの創設。こちらはオンライン資格確認義務化対象外の医療機関、65歳以上の医師の医療機関等でも、マイナ保険証を使って診療が受けられるように、マイナ保険証の利用者の皆様には資格情報のお知らせという書面を交付する予定です。

3点目は、短期被保険者証の廃止です。納付する資力があると認められるにもかかわらず、保険料の滞納がある方に出す、期間の短い保険証ですが、保険証の廃止に伴い、短期証も廃止されます。

最後にマイナ保険証を巡る諸般の課題です。これまで新聞報道等において、マイナンバーと別人の被保険者情報が誤って紐づけられていた事例が報告されています。冒頭、事務局から御説明させていただいたとおり、新潟県の後期高齢者医療では再点検を行った結果、誤った紐づけはありませんでした。一方で、紙の被保険者証で表示されている窓口負担割合と、医療機関がオンライン資格確認で確認した窓口負担割合が相違している事例が2件確認されました。どちらも手元の被保険者証の負担割合が正しく、その後に紙の被保険者証の負担割合が変わった後に、オンライン資格のデータ更新作業に少しタイムラグがあり、うまく反映されていない状態で資格確認をおこなったために負担割合の相違が生じたものです。この2件のケースにつきましては広域連合にてデータを修正し、今後は同様のケースが生じないように負担割合の変更が生じたのち、被保険者の皆様が医療機関を受診するまでの間に、あらかじめデータの修正を即座に完了するように徹底します。

マイナ保険証を巡る議論や運用については、まだ未確定の部分が多いため、今後も国の動向を注視してまいります。

マイナンバーカードと保険証の一体化についての説明は以上となります。

座長

はい、ありがとうございました。ただいま、懇談事項（5）マイナンバーカードと健康保険証の一体化について御説明がありました。御質問あるいは御意見がある方はお願いいたします。

いかがでしょうか。はい、どうぞ。

事務局

先ほど委員から、健診結果と日々受診している状況の中で、アプローチするためのフォローが何とかできないか、医療DXそのもので何とかできるのかどうかというのは、私も深くは理解していませんが、こういうことが進んでいく、データがある程度蓄積されていく中においては、そういったことも可能になればよいなというお互い保険者の立場からすると、何となく見えてきたらよいのかなと日々思っている状況でございまして。結論をどうのこうのというわけではなくて、先ほどの御質問になかなか答えきれなかった部分もあるので、私どもとしても、そういったところが取りやすくなったり、検討するための材料というのが、そういう形で蓄積されていけば非常にありがたいと考えているところでございます。

以上でございます

座長

はい、ありがとうございました。ほかにいかがでございましょう。はい、どうぞ。

委員

うちの医院も今年の5月からマイナ保険証対応のカードリーダーですかね、やり始めたのですが、実際にマイナ保険証を使ってやるというのが、10人に1人、1割いるかいらないか。ほとんどは現在の保険証を使っています。ただ、医療DXを推進するのは時代の流れで仕方がないので、やらなければいけないと思っておりますけれども、高齢者の患者様とか、医療機関には過度の負担にならないように進めていただければと思います。本当にメリットもたくさんあるのですが、結構、煩わしいところもあるかなという、まだ、ほんの少しですけれども、確かに保険証の確認とか、そういったのにはよいのかもかもしれませんが、実際に医療情報や薬剤の状況を確認するとなると、診察室から離れたところで打ち出したりしなければいけないので、できれば、おくすり手帳の方が簡単かなと思っております。この医療DXは時代の流れで進めていくべきかなと、思っております。

座長

ありがとうございました。ほかにいかがでしょうか。はい、どうぞ。

委員

薬局も同じでして。たまに持ってきている状況です。まだクリニックさんとか、医院さんとかの紐づけとかが分からないので、まだ飲んでいるお薬が全部データとして見れていないのが現状です。なので、先ほどお話があったおくすり手帳とかが、今はまだ大切な時期だと思うのですが、これが本格的に軌道に乗った時にはですね、先ほど御質問にもあった睡眠薬のお話ではないですが、他科にかかった場合の重複、本当は飲まなくてもよいお薬を重複に飲んでしまったりとか、そういったところが防止できると思うので、私たち薬局としては、すごくメリットがあるし、患者様を守っていくために、医療費を軽減するためには、進んだときにはすごく活用できるなと結構期待をしているところです。

座長

はい、ありがとうございました。ほかにいかがでしょうか。はい、どうぞ。

委員

はい、お願いします。利用者の立場ですけれども、受診した時に必ずおくすり手帳を持っていますかと言われるのですけれども、結構、私「忘れて持っていません」というのが、答える時に心苦しいなと毎回思っていたところなのですけれども、これがあれば、提示するだけで情報が全部分かるので、おくすり手帳を提示しなくてもよいということはあるがたいと思います。それから、先日マイナンバーカードで医療機関を受診したのですが、本当にピッとかがすだけで受診ができたので、便利だなと利用者側としては実感しているところです。先ほど諸課題の説明があり

ましたけれども、そういうところがクリアできれば、利用者側としてはありがたいと思っ
ているところ
です。

以上です。

座長

おそらく、このマイナンバーカードの保険証が普及することを通じて、デジタル情報の共有の
メリットというのが患者様の側だけではなくて、保険者の側にも相当程度大きな効果がおよぶの
ではないかと思っております。実際に、カルテ情報が保険者の側に、特にKDBシステムなど
で、利用可能な情報として収録されるようになるのだろうかというところも気になるわけで、つ
まり、データヘルス計画の策定に使っているデータそのものに、今後、マイナンバーカードによ
って収載された情報というのは、どこまで活用できるようになるのだろうか、このあたり、保険
者としてどのように考えておられるのか、伺っておきたいですが、いかがでしょう。はい、どう
ぞ。

事務局

なかなか非常に個人情報であります。それこそ各科の情報ということになりますと、ここでべ
らべらと私の病歴を話してもよいのですが、隠したい部分も当然あったりするわけですし、
そういったところを考えると、本当に保険者が全部取れるのか、そうではなくて、そこから見え
てくる二次的に何か加工されたようなデータを利用させてもらえるのかというのは、まだ全体像
がきちっと出来上がっているデータの集積の仕方も含めて、国の方としてはこういうことができ
るようにしたいですというところはできますけれども、そこを、ある程度私どもの様々な長期の
予測を立てたり、先ほどの課題を解決するためにということで、施策を打つといったところに利
用できるものであれば利用させていただきたいと思っておりますけれども、その属人に渡るデータを全
部こちらが見ながらということは、非常にある種危険な部分もあります。そうじゃなくてという
ことだとすると、どこかで加工をしなければいけないことになるので、そこについては国の御判
断、それから、先ほど冒頭のところで、私も国が介護と医療費の関係で調べを進めていかれると
いうところもあるので、そういったデータを私どもも二次的に利用させていただいてということ
に、まずはなるのだろうかというふうに考えております。直接いきなりというのは非常に危ない
というのがありますし、私どもとしても、膨大な量のデータをどう維持していけばいいのか、調
整して、データを加工して、データを取り出せばいいのかというところが非常に大きな課題にな
らうかと思っておりますので、まずは、ある程度専門家の方々、お医者さんもそうですし、我々もそう
ですし、また、デジタルをそういうものを作る人たちの中で、どういったものが、誰が利用しや
すくて、利用できて、次の施策などに結び付けていけるのかといったところを、そういうフィル
ターをかけた上でないと、私どもにデータをいただくということは厳しいのかなというふう
に考えているところです。ただ、利用して、施策を作っていけるのであれば、是非こちらとしても、
できませんとは言わずに一生懸命取り組んでいきたいなと考えております。

座長

はい、ありがとうございます。もう一点、私から伺いたい案件があるんですが、短期保険証の発行がこれで停止になるというお話がございました。これは滞納者等に対して、どれだけの効果があったのかは別にいたしまして、短期保険証の発行によって、督促あるいは面談の効果を通じて督促していくというこれまでの方針はどうなるんだろうか、このあたりの補足をお願いいたします。

事務局

お答えいたします。現状、短期証が廃止になることは確かに決まっておりますけれども、短期証が廃止になった後の収納対策、こちらの部分がどうなるのかということについては、まだ明確な方針は国から示されていないところでございます。考えられることとしては、今、短期証を送る、その際に滞納者と面談をするというステップがありますので、そういったステップが一つ無くなることが考えられます。また、これが仮に無くなったとしてもですね。滞納があって、かつ資力がある方につきましては、その方の財産等を調査したり、場合によっては滞納処分を行うという、そういった収納対策の流れ自体は基本的には変わらない形になります。また、短期証が無くなるにしても、例えば、短期証に相当するような、ある程度資力があって、これから滞納処分をしなければならぬ程度の場合の方には、別途、短期証に関わらず一度来庁をしてもらって、納付の相談をしてくださいとか、そういった来庁相談を促すといったステップを作ることは可能ではございますので、短期証自体が無くなっても、収納対策の流れとしては、基本的に同じような形で対応できるのではないかと検討しているところでございます。

座長

はい、ありがとうございます。ほかに御質問ないしは御意見ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

6 その他

座長

それでは、時間の関係もございますので、これにて、本日の懇談事項等の質疑は全て終了させていただきたいと思っております。座長の責任もここで解除させていただきます。いろいろと御質問、御協力のほど、ありがとうございました。

事務局の方から何かございますか。

事務局

すみません。先ほどのデータヘルス計画の説明の中で、御質問をいただいております件につきまして追加で補足をさせていただきます。健康診査の対象者の除外者ということで、先ほど刑務所などに入所している方と説明しましたがけれども、ほかにもございまして、病院または診療所に6か月以上継続して入院している者、それから、県外の方に転居して住所地特例という方がいるのですが、養護老人ホームなどの施設に入所するために、県外に転出された方は、転出前の新潟県の後期高齢者医療制度の被保険者のままでいらっしゃるのですが、そういう方など

は健診の対象除外者となっております、そのような住所地特例の方が割合としては多くなっております。このあたりの説明につきましては、データヘルス計画の冊子の方に掲載できるか検討したいと思います。

座長

ありがとうございました。はい、どうぞ。

委員

すみません。先ほどの御質問の中で投薬重複多剤のところ、残薬を減らすとともに、転倒等の薬物有害事象を防止するというところで少しだけお話させてください。やはり眠剤とかを飲んでいると、ふらついたりして転んでしまって骨折につながり、そして入院につながるということで、最初に見せていただいた資料では入院の第一順位が骨折になっていたかと思います。もちろん高齢者が骨折して入院することが多いと思うのですが、その前段階として、やはり若いうちから骨粗鬆症の予防というか、健診などを上手くやっていくのがいいのかなというところで少しお話させていただきたかったです。もちろん女性の方は、そこに該当してくると思いますので、若いうちから、そのところをやっていながら骨折の数を少なくして入院の医療費を削減するというのも一つの考え方かなと思うのと、やはり眠剤なのですが、これだと眠れないからと言って、こっちのクリニックに行くと、もっと違うものを出してもらおうということで、その副作用を軽減するためにまたお薬を出してもらおうということで、どんどんお薬が増えていって、「ポリファーマシー」という概念が生まれてきています。やはり、おくすり手帳で私たちはチェックしたいところなのですが、患者様によっては、まだおくすり手帳を何冊も持っている方がいらっしゃるったりとか、そこら辺で、お薬を飲んでいるのを隠すではないのですが、そんなところもあると思うので、そこのところはやはり、実際に私たちがもう少し深く入っていく中で、お薬の整理をしてあげることが大事なのかなというところで、少しお話させていただきたくて、申し訳ありませんでした。以上です。

座長

ありがとうございました。よろしいでしょうか。最後に時間を取りますが、よろしいでしょうか。それでは、長時間に渡りまして、熱心な御審議ありがとうございました。これにて、座長の役目を終了させていただきます。

7 閉会

事務局

はい。ありがとうございました。本日の懇談事項につきましては、以上で全て終了いたしました。座長におかれましては、スムーズな進行役をお務めいただきましてありがとうございました。また、委員の皆様も、長時間にわたる御懇談をいただきありがとうございました。

本日は、第3期データヘルス計画やマイナンバーカードと保険証の一体化などにつきまして、たくさんの意見をいただきました。特に、男女別のデータの集計ですとか、私ども、平日頃仕事をしていますと、なかなか専門的な用語をそのまま記載してしまうというところがあります。分

かりやすい計画、そういったものを欄外に注記するなど、これから工夫をどんどんしていきたいと思っております。

また、委員からは、今回の資料インデックスをつけたことによって、分かりやすくなりましたということで、お褒めのお言葉をいただきまして大変ありがとうございました。引き続きできるところをどんどん改良していきたいと思っております。皆様方から頂戴いたしました御意見などを踏まえまして、今後も事務を進めてまいりたいと思っております。

また、次の懇談会の開催予定でございますが、12月を予定しております。懇談事項は次期保険料率の改定などを予定しておりますが、引き続き委員の皆様から御意見を賜りたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。本日は長時間にわたり、誠にありがとうございました。

以上をもちまして、令和5年度第1回医療懇談会を閉会といたします。ありがとうございました。

— 15時51分 開会 —