公開可

委員名消去の記録

令和2年度
第2回新潟県後期高齢者医療懇談会
会 議 録

令和2年12月3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
被保険者代表	新潟県老人クラブ連合会	評議員	富沢 哲	
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	小幡 聡	
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	石畝 剛士	副座長
被用者保険等その 他の医療保険者代表	健康保険組合連合会 新潟連合会	理事	村田 久雄	
事務局		事務局長	八木 弘	
		事務局次長	八木 明	
	業務課	課長	佐藤 直樹	
	総務課 総務係	係長	山本 隆司	
	総務課 企画係	係長	富井 和子	
	業務課 医療給付係	係長	熊倉 さおり	
	業務課 資格保険料係	係長	藤巻 祐介	
	総務課 企画係	主任	石川 玲子	
	総務課 企画係	主任	松田 道代	
	総務課 企画係	主任	若槻 健太	
	総務課 企画係	主事	橋本 愛友	

－ 午後 1 時 1 5 分 開会 －

1 開会

2 委員紹介

事務局

はじめに、次第の 2 「委員の紹介」でございます。

皆様のお手元に懇談会の「委員名簿」をお配りしております。

このたび、委員の交代がお一人ございましたので、ご紹介をさせていただきます。

※新委員の紹介

なお、本日お手元に「委員名簿」と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」、それと本日「新型コロナウイルス感染症の影響による医療費の状況について」という参考資料をお配りさせていただきました。これについては「その他」のところの説明させていただきますのでよろしくお願いたします。

3 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

事務局

それでは、次第の 3 「懇談事項」に移らせていただきます。

ここからの進行は、座長にお願いいたします。

座長

それでは、本日の懇談事項は二つございます。次第にございますように一つ目の新潟県後期高齢者医療広域連合の現在の状況につきまして資料 1 でございますが、事務局からご報告をお願いします。

事務局

それでは、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、説明いたします。資料 1-1 をご覧ください。

まず、1. 被保険者数の概要についてです。(1) 被保険者数の推移ですが、令和 2 年 4 月 1 日時点での被保険者数は 37 万 5,558 人であり、前年度より 567 人、0.2%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の状況を記載させていただいております。令和 2 年 4 月 1 日時点で約 1,803 万人であり、昨年と比べて約 30 万人、率にすると 1.7%増加しております。

次に、(2) 被保険者数の内訳 窓口負担割合別です。令和 2 年 4 月 1 日時点では 1 割負担の方が 36 万 452 人、現役並み所得者であります 3 割負担の方が 1 万 5,106 人で、構成率は 1 割負

担の方が 96.0%、3割負担の方が 4.0%となっております。毎年8月に負担割合の見直しを行いますが、表の右側、令和2年10月1日時点では1割負担の方が 96.1%、3割負担の方が 3.9%となっております。

続きまして、2. 保険料の概要についてです。(1) 令和2年度の保険料率及び賦課限度額をご覧ください。令和2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。この料率につきましては2年に1回見直しすることになっており、昨年度のこの場でもご意見をいただきながら決定し、今年度から引き上げさせていただいたものです。賦課限度額は64万円、今年度の確定賦課時点での賦課決定被保険者数は37万9,107人で、一人当たりの平均保険料額は、軽減前で6万8,774円、軽減後で5万2,046円となっております。

次のページをご覧ください。(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。軽減割合は所得に応じて、2割、5割、7割、7.75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61億620万円、対象者数は25万198人となっています。被保険者のうち66%の方が均等割額の軽減を受けております。この軽減制度につきましては平成29年度から段階的に見直しが行われておりまして、今年度は昨年度の8割軽減が7割軽減に、8.5割軽減が7.75割軽減に見直されました。

なお、保険料軽減分の財源は県と市町村から補てんされますので、広域連合として減収になることはありません。

次に、(3) 保険料の収納状況です。令和元年度の確定収納率は現年度分で99.68%となっており、平成30年度と同率となっております。また、滞納繰越分の確定収納率は26.09%となっており、こちらにつきましては平成30年度の29.92%より3.83ポイント下回っております。

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109枚、被保険者数に対する割合は0.03%となっており、全国の交付割合0.20%と比較すると少ない割合となっております。新潟県広域連合では一律の機械的な発行はせず、短期証の交付にいたるまで、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うえで発行しているところがあります。

また、(5) に滞納者数の状況を記載しております。令和元年度は延べ人数3,170人で、平成26年度以降、毎年減少しています。

次のページをご覧ください。続いて、3. 医療費等の給付についてです。

(1) 保険給付費は令和元年度の合計が2,654億6,269万1千円で、前年度比2.2%の増加となっております。内訳は療養給付費2,481億6,910万7千円のほか記載のとおりであります。

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76万3,496円で、前年度比1.53%増加しております。この金額は全国で一番低い金額となっております。

次のページA3のカラー刷りですけれども、これにつきましては参考として令和元年度決算ベースの数値をグラフ化したものです。これまでの説明と重なる項目もありますが、集計の時点が違うため数値は一致しません。傾向を見るための参考資料としていただきたいと思います。

続いて、資料1-2「令和元年度新潟県後期高齢者の医療費について」をご覧ください。

数値につきましては、国民健康保険中央会公表の令和元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もとに、新潟県後期高齢者の医療の傾向について説明させてい

たきます。新潟県の令和元年度の1人当たり医療費は76万3,496円で、全国で一番低い値となりました。項目別にみますと入院は37万156円 全国で46番目となっており、全国平均と比較して77.83%となっており、これは入院の受診率が全国平均の79.61件に対して、新潟県は64.96件と全国平均と比較して81.60%と低くなっており、入院に係る1人当たり医療費が低いのは受診率の低さが一つの要因として考えられます。

また、入院外は21万5,260円 全国比79.13%、全国45番目となっており、入院外は1件当たり日数が全国平均の1.74日に対して、新潟県は1.53日と全国と比較して少なくなっており、入院外に係る1人当たり医療費が低い要因は、1件当たり日数が少ないことが考えられます。

歯科は3万1,251円で全国平均と比較して86.86%、全国で21番目、調剤は14万4,081円で全国平均と比較して93.24%、全国34番目となっており、

次のページ資料1-3は、疾病分類の項目別に件数と費用額を集計したものです。参考にご覧ください。説明は以上になります。

座長

ありがとうございました。ただ今、懇談事項(1)新潟県後期高齢者医療広域連合の状況について資料に基づきまして詳細なご説明をいただきました。ここで、ご質問またはご意見を頂戴したいと思いますがいかがでしょうか。だいたい毎年同じようなデータに基づいてご報告を頂戴しておりますが、特にご質問あるいはご意見がございませんようでしたら次の懇談事項に移らせていただきますがいかがでございますか。よろしいでしょうか。

(2) 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)の見直しについて

座長

懇談事項(2)第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)の見直しについてということで、これも事務局から説明をお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

事務局

資料2 第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)の見直しについて、説明させていただきます。40分近くの長い説明になりますが、皆さまの貴重なご意見を頂戴するせっかくの機会です。少し細かめに見ていきたいと思っておりますのでご容赦ください。

第2期データヘルス計画は平成30年度から令和5年度までの6年間の計画期間として、中間年である今年度に中間評価と見直しを行うこととして、8月の懇談会でも大まかな方向性を説明させていただきました。その後、これまでの事業の実施状況等を踏まえて中間評価を行い、見直しの案を作成しましたので現時点での案を説明させていただきます。

資料は、資料2としてA4 2枚ものにまとめたものと見直し後の計画案の冊子をお配りしています。A4 2枚ものの方、資料2の項目2、計画の構成です。

第1章 基本的事項、この章は基本的には策定当初のものを踏襲していますが6項目目に高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施に関する事項を追加したり、引用しているデータを最新化しています。

第2章 中間評価、全面的に新しく追加した部分で、体系図と短期的な目標の中間評価、中長期的な中間評価をそれぞれ記載しています。

第3章 中間見直し後の事業計画は中間見直し後の体系図や個別保健事業について、個別保健事業は事業ごとに記載しています。また、新型コロナウイルス感染症対策に関する記載を追加しています。

第4章 計画の評価・見直し等は、策定当初のものを踏襲しながら一部修正を加えています。最後に資料編として、中間評価にあたって必要なデータを集めました。

資料2、項目3 中間評価から抜粋した主な内容です。(1) 健康診査受診者数及びCKD（慢性腎臓病）リスク中・高該当者は増加しているが、未治療者割合は横ばいで維持しており、市町村の重症化予防の取組に一定の効果があつたと思われ今後も取組の強化が必要である。

(2) 歯科健康診査を実施する市町村は増加し、受診者も増加している。今後も、歯科健康診査を実施する市町村を増やすとともに受診率を上げ、口腔機能の維持・改善に関心を持つ者を増やす取組を継続する。

(3) 計画当初、糖尿病性腎症・CKD（慢性腎臓病）重症化予防事業は、広域連合による訪問相談を実施するとしていたが、市町村が重症化予防に取組んでおり対象者の抽出の基準等が市町村により異なり、統一的な評価が難しいことから広域連合はデータ提供などにより市町村支援を行うこととし、アウトカム指標を変更しました。

(4) 令和2年度から開始した、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施を進めるにあたり同事業を計画に追加しました。

次に資料2、項目4 主な見直しのポイントです。具体的には、後で冊子を見ていきます。

(1) 個別保健事業のレイアウトを一新しました。

(2) 個別保健事業の内容と評価指標を精査しました。前回のこの懇談会で、評価の4つの視点であるストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの設定の適否についてのご意見をいただきました。それを踏まえて複数の事業で指標を見直しました。

(3) 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施に関する記載を追加、複数個所に関係します。個別保健事業としても追加しています。

(4) 新型コロナウイルス感染症対策に関する記載を追加、前回のこの懇談会で「新型コロナの話題も避けて通れない」とのご意見を頂戴しておりました。複数個所に関連の記載を追加しています。

(5) 巻末に資料編を追加、策定当初の計画では「現状の整理」「健康課題の抽出」として分析データを多数記載していましたが、中間評価と見直しに必要な数値データを集約して追加しました。

見直した箇所はその下、項目5に一覧にしていますが、見直し版（案）の冊子の方で見たいと思います。冊子（案）第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）中間見直し版をご覧ください。修正した部分は赤字、もしくは図表などは赤字で囲んでいます。

表紙をめくると目次です。ここはまだ変わる可能性があるので調整中としています。最終的には内容を整え、調整中の表示を削除します。

目次をめくると、第1章 基本的事項です。

次のページ、1. 計画策定の目的と背景です。3段落目「国では、」以降が赤字になっていますが、3段落目、4段落目は、順番を変えた程度の修正です。

5段落目。「また、これまでは、」以降を今回修正しています。高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施と新型コロナウイルス感染症に関することを記載しました。「また、これまでは、」以降を読みます。「また、これまでは、後期高齢者の保健事業は広域連合、後期高齢者医療制度加入前の多くの方が加入する国民健康保険の保健事業と介護予防は市町村と、制度ごとに事業が実施されてきました。しかしながら高齢者の特性を踏まえると、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組と、生活機能の低下を防止する取組の双方を一体的に実施することが重要です。このことから令和元年5月に「高齢者の医療の確保に関する法律」の一部改正がなされ、市町村において高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する体制が整備されました。令和2年度は、第2期データヘルス計画の中間見直しの年にあたります。今回の中間見直しでは、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施に関する事項も新たに盛り込み、あわせて必要な見直しを行いました。さらに、昨今の新型コロナウイルス禍においては、感染症対策を徹底しながら事業を実施する必要があります。広域連合では、この計画に基づき、昨今の情勢を踏まえながら引き続き効果的かつ効率的な保健事業を確実に実施し、被保険者の皆様の更なる健康保持・増進に取り組んでまいります。」

次の3ページ、2. 計画の位置付けは修正ありません。

3. 計画の名称と計画期間は元号の修正と「見直しを行います」を「行いました」と時点修正しています。

次の4ページ、4. 計画のサイクルは、図を厚生労働省が出している「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」記載のものに更新しました。

5. 関係者間連携・実施体制、ここでも一体的実施に関する記載を盛り込みました。(1) 関係者との連携の最初の部分は文言整理程度の修正です。2段落目、赤字の部分「市町村において、地域包括ケアシステムの中で関係機関と連携しながら、高齢者の保健事業・国保の保健事業と介護予防事業等を一体的に実施する取組を支援します。」

また、5ページに6. として高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施に関する記載を新たに追加しました。

「高齢者は複数の慢性疾患に加え、認知機能や社会的なつながりが低下するといったいわゆるフレイル状態になりやすい等、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います。しかしながら、高齢者保健事業は広域連合が主体となって実施し、介護予防の取組は市町村が主体となって実施しているため、健康状態や生活機能の課題に一体的に対応できていない課題がありました。このような課題について、市町村は、市民に身近な立場からきめ細やかな住民サービスを提供することができ、介護保険や国民健康保険の保険者であるため保健事業や介護予防についてもノウハウを有していること等から、高齢者の心身の特性に応じてきめ細かな保健事業を進めるため、保健事業の一部については、広域連合から市町村に委託し市町村が実施します。広域連合は、必要な経費の負担や情報提供などにより、市町村を支援します。」

次の6ページには、一体的実施を説明する図を記載しました。一体的実施では、市町村が地域の健康課題を分析、事業企画、事業実施、評価を行います。広域連合は事業を市町村に委託する形でかかる経費を負担します。

次の7ページの実施体制図もガイドライン第2版記載のものに最新化しています。

9ページ、第2章 中間評価は、全て新しく追加しています。

10ページは現行の計画の体系図で、左側から大目標、中長期的な目標、短期的な目標とこれら

を実現するための個別保健事業を右側に整理しています。

11 ページからが中間評価の内容です。なお、個別保健事業の評価は、次の第3章中間見直し後の事業計画の中で事業ごとに記載しています。11 ページ・12 ページからの短期的・中長期的な目標の中間評価は、その個別保健事業の評価を踏まえたものとなっています。

まず11 ページ、短期的な目標の中間評価です。時間の都合上、項目ごとにいくつか抜きだして触れていきます。短期的な目標#1 糖尿病・高血圧・CKD未治療者の減少、#2 自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加では評価の1つ目の点は、先程の項目3(1)で説明したとおりです。

2つ目の点、自分の体や健康について気をつける高齢者が増えており、受診率は年々上昇傾向にあるが今後も受診勧奨を強化していきたい。

なお、3つ目の点、「受診勧奨判定値(新潟県健診ガイドラインによる受診勧奨判定値の者)のうち、」の次が空白で(集計中)となっていますが、これについてはのちほど説明をさせていただきます。

次に短期的な目標#3 口腔機能の維持・改善者の増加、#4 栄養改善・維持を図れる者の増加では、評価の1つ目の点は、先ほどの項目3(2)で説明したとおりです。

3つ目の点、新潟県栄養士会、医療機関、地域包括支援センター等と連携し、対象者個々の課題に対応した栄養指導がなされた。栄養相談後、食品群の偏りの改善や主食量の増加など栄養状態の改善が見られ、全体として体重増加・BMI値の改善につながったことから、自身の食事に気を配り行動に移すことで栄養改善できることが理解されたと考えられる。

短期的な目標#5 適切な受診行動・服薬行動がとれる者の増加、#6 ジェネリック医薬品の普及率向上では、評価の部分を要約して読みます。医療専門職が対象者に個別にアプローチすることにより、重複受診・頻回受診などの受診行動が改善され、また、ジェネリック医薬品への切り替えが進み、医療費の削減に結び付いていることから今後も継続支援していく、としました。

次の12 ページ、中長期的な目標の中間評価です。①人工透析導入者②脳血管疾患③重症化する被保険者の増加抑制に対する評価です。要約して読みます。人工透析の患者数は増加傾向、脳血管疾患の死亡率は全国的にみて高く、脳血管疾患・腎不全の高額入院患者割合は増加傾向であり、一体的実施の支援と連動して後期高齢者医療制度加入前から重症化予防に取り組む必要がある。

目標の2番目、①生活に支障がない期間の維持では、平均寿命と健康寿命の差は縮小傾向にあり、市町村や関係団体と連携し、引き続き事業を展開していく必要がある。

目標の3番目、①重複受診割合②頻回受診割合③服薬相談が必要な被保険者割合いずれも増加抑制④ジェネリック医薬品の普及率の向上、評価の部分を要約して読みます。効果的な訪問相談支援により、受診行動に一定の改善が見られ、今後も継続して受診行動の改善と医療費適正化に努めていく。ジェネリック医薬品の普及率は全国の目標80%に近付いており、引き続き普及啓発を進めていく、としました。

12 ページ、表の下、中間評価を踏まえて見直した主な個別保健事業の内容です。1つ目の点は、先ほど項目3の(3)で説明した内容になっています。

2つ目の点、「保健事業と介護予防等の一体的な実施」を進めるにあたり、同事業を計画に追加し、短期目標に「#7 健康状態が不明な高齢者の減少」を追加した。KDBシステムによると、令和元年度の健康診査も医療受診もしていない者が相当数おり、その減少を図ることにより、自ら健康に取り組む高齢者を増やし、重症化予防に取り組む。

計画当初、「生活習慣病要治療者受診勧奨事業」は、医療機関の受診がない重症化が予測される治療放置者に広域連合が主体となって医療受診勧奨をすとしたが、健康診査事業の受診勧奨判定値の者や市町村がそれぞれの基準で実施する重症化予防事業の対象者等への働きかけと重複するため、「保健事業と介護予防等の一体的な実施」の枠組みの中で地域の実情に応じた市町村の取組を支援していくこととし、中間見直しで削除することとしました。

次に、13 ページ、第3章 中間見直し後の事業計画です。14 ページ、1. 第2期データヘルス計画（中間見直し後）の取組では、一番下に新型コロナに関する記載を追加しています。「なお、新型コロナウイルス感染症の収束の見込みが未だ立たないことから、保健事業の実施にあたっては、新型コロナ感染症対策に十分に配慮して行います。」

15 ページの体系図では、真ん中の列、短期的な目標の一番下に、#7として健康状態が不明な高齢者の減少を、一番右の保健事業の一番下に高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施を追加し、保健事業の上から3つ目、生活習慣病要治療者受診勧奨事業を削除します。あわせて保健事業の末尾にある短期的な目標の番号を精査・修正をしています。

16 ページからが個別保健事業の個票で、計画策定当初から大きくスタイルを変更しています。1 事業見開き2 ページで、各事業とも、左上、事業名の下に、大目標、中長期的な目標、短期的な目標を記載することで、目標から事業へのつながりを確認しやすくしました。また、その下に、事業目的、対象者、事業内容を記載しています。表の部分では、一番左に4つの指標、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム、それぞれ上段に評価指標、下段に目標値、その右にスタート時の指標、スタート時のものと変更する場合は、その右に変更後のものを記載しています。その右に評価として計画策定した平成28年度当時の現状値、平成30年度から令和5年度までを横に並べて、上段に計画を下段に実績を記載しています。評価指標や目標値を変更した場合は、例えば、この健康診査事業のプロセスを見ていただくと、評価指標を変更しています。その場合、【計画】の欄はR1＝令和元年度までは、策定当初の計画、R2＝令和2年度以降は【計画変更】として見直し後の目標値を記載しています。その下の【実績】はR1＝令和元年度までは見直し前の指標に基づく実績と【計画変更後の実績】の両方を記載して、変更前後いずれの指標でも経年比較ができるようにしました。R2＝令和2年度以降は、計画変更後の実績のみを把握します。表の一番右の列に中間評価を記載し、指標を見直した場合は、プロセス欄のとおり〈指標の変更理由〉を記載しています。

先程から出てきますストラクチャーからアウトカムの4つの視点については、なかなかなじみのない言葉かもしれませんが、資料が前後しますが、冊子の40ページの真ん中の表に内容を整理しています。ストラクチャー＝実施体制は整っているか、プロセス＝うまく運営できているか、アウトプット＝ちゃんと実施できたか、アウトカム＝結果は出ているか。今回の説明の中でも何度も出てきますので必要によりご参照ください。

先程の16ページにお戻りください。時間の都合上、個別保健事業については指標を見直した部分のみ説明をさせていただきます。まず、健康診査事業です。県内全30市町村に委託して実施しています。見直した部分は、プロセスの評価指標、計画スタート時は、「個別での市町村との意見交換の実施」、変更後は「市町村との意見交換の実施・保健事業担当者連絡会議の実施・契約時や健康診査推進計画作成時に調査票で意見の聴取の実施」。一番右の中間評価の欄、〈指標の変更理由〉は「会議と調査等で市町村との意思疎通が図れるので個別でのアプローチから変更」。変更後の実績は、各年度とも実施をしています。アウトカムの評価指標、スタート時は「健診結

果がここに記載の数値に該当する人で、生活習慣病に関するレセプトがある人の割合」、変更後は基準とする数値を「新潟県健診ガイドラインの基準」としました。基準とする数値については、変更前の方がより厳しく、重症度が進んでいる人を抽出するもの、変更後の新潟県健診ガイドラインの数値は、それよりゆるく、そこまでひどくない人も抽出対象となります。これにより、より多くの人が対象となり、つまり、より重症化する前の段階の人が対象となります。目標値はスタート時は90%、変更後は、より重症度の低い人までを対象とすることから85.0%に下げました。一番右の〈指標の変更理由〉は、健診の目的は適切に医療につなげることで重症化を予防することであることから、基準を緩和し県健診ガイドラインの値の者としました。

18 ページ・19 ページ、糖尿病性腎症・CKD重症化予防事業です。事業内容は中間評価を踏まえて、広域連合が実施するのではなく市町村と連携し、地域に応じた効果的な市町村の取組を支援するとしました。見直した指標は、プロセスで、スタート時は「事業の進捗」、変更後は「市町村同士の情報交換の場の提供・健康診査実施結果データ等の配布」。右の列〈指標の変更理由〉は、未実施市町村が事業を検討していけるようデータ提供や情報交換の場を設定するなど具体的な支援内容を明記しました。アウトカムのスタート時の指標は「相談実施者の病期進行が抑制された割合」、変更後は「リスク高・リスク中該当者のうち糖尿病・CKDで医療未受診の人の割合50.0%以下」としました。〈指標の変更理由〉は、市町村により指導の基準や指導方法が違って、効果測定できないため、リスク高・中該当者で医療未受診者の割合を評価する」としました。

次に、20 ページ生活習慣病要治療者受診勧奨事業です。先ほどの中間評価のとおり、この事業は今回の見直しで削除します。21 ページの中間評価の欄、2つ目の点です。令和2年度から実施する一体的な実施において生活習慣病の取組も対象になることから一体的実施の枠組みの中で地域の実情に応じた市町村の取組を支援していくこととします。

次に22 ページ・23 ページ、歯科健康診査事業です。市町村へ委託して実施します。令和2年度は全30市町村中、21市町村で実施しています。今回見直したのは、アウトプットの指標、スタート時は「歯科健康診査実施市町村数」、変更後は「実施市町村数」に加え「歯科健康診査の受診率」「前年度比増加」としました。右側の〈指標の変更理由〉は、口腔機能の維持・改善者の増加のためには市町村数を増やすとともに受診率を上げることが重要と考えるためです。

24 ページ・25 ページ、在宅要介護者歯科保健事業です。要介護状態で通院が難しい方のお宅を訪問して歯科健診を行う事業で、新潟市歯科医師会に委託しています。この事業は今回見直しはありません。

次に26 ページ・27 ページ、在宅訪問栄養食事相談事業です。健康診査の結果から体重減少など低栄養状態が疑われる方のお宅を管理栄養士が訪問して食事・栄養に関する相談を実施する事業で新潟県栄養士会に委託しています。対象者の自宅を6か月で3回、そのほか手紙や電話での支援を1回、3回目の訪問から6か月後にフォローアップ訪問をします。見直した部分です。まず、ストラクチャー、スタート時は記載のとおりで、変更後はスタート時のものに4つ目の点、「訪問相談が実施可能な栄養士の確保」を追加しました。〈変更理由〉は、管理栄養士の育成・確保はもともとプロセスの指標としていましたが、事業実施のための体制であるためプロセスからストラクチャーに変更しました。プロセスの指標はこれに伴って当初のものを削除し、フロー図に沿った実施としました。〈変更理由〉最初の一文は今ほどのとおりです。2文目、「訪問期間が長期に渡るためフロー図に沿った実施・進捗管理ができていくかどうかで評価する」としました。アウトプットの評価指標、スタート時は「訪問相談実施者のBMIが維持・改善した割

合)、変更後は「訪問相談実施率・訪問相談3回終了者率」としました。〈変更理由〉は、BMI値の維持・改善は成果であるためアウトカムに変更したためです。アウトカムの評価指標は、同じ理由でスタート時の「訪問相談実施者の日常生活チェック項目が改善した割合」に「BMI値が維持・改善した割合」を加えました。また、BMI値の維持・改善の目標値はもともと50%とじていましたが、実績が平成30年度81.0%、令和元年度82.1%と大きく超えていましたので、上方修正し80%としました。

次に28ページ・29ページ、健康づくり高齢者補助金交付事業です。市町村が実施する健康教育・健康相談事業などの健康増進事業に補助金を交付する事業で、今回見直しはありません。

次に30ページ・31ページ、重複・頻回受診者訪問相談事業です。同一の疾病で複数の医療機関を受診している重複受診、1カ月に12回以上受診している頻回受診が疑われる方を訪問して健康に関する相談に応じる事業で民間業者に委託しています。見直した箇所は、プロセス、スタート時の2つ目、「・対象者全体に対する訪問相談実施者の割合」としていましたが「・高齢者の特性を踏まえた対象疾病の優先順位付け等による対象者の抽出及び対象者の市町村との共有」としました。〈変更理由〉は、相談実施者の割合は事業の結果であるためアウトプットとしました。また、目標値にある「効果的な対象者の選定」を評価する指標として、今ほどのおり優先順位づけや市町村との共有等の手順を踏まえた対象者の選定がされているかどうかを評価するとしました。アウトプット、スタート時は「訪問相談実施者で実施後のレセプトから対象者に該当しなくなった者の割合」、変更後は「訪問相談実施率」としました。右側の〈変更理由〉、スタート時の指標、受診行動改善率は、事業の成果であるためアウトカムとしました。またスタート時、プロセスにしていた「訪問相談実施率」をアウトプットとしました。アウトカム、スタート時は記載のとおりですが、今ほどの理由からアウトプットにあった「相談実施後、対象者に該当しなくなった割合」を追加しました。

次に32ページ・33ページ、服薬相談事業です。重複投薬などが疑われる方のお宅を訪問して、薬剤師が服薬に関する相談に応じる事業で、新潟市薬剤師会に委託しています。変更した箇所は、アウトプット、スタート時「相談実施者で相談後のレセプトから対象者に該当しなくなった割合」を変更後「訪問相談申請率」「訪問相談実施率」としました。右側の〈変更理由〉、スタート時の指標は成果のためアウトカム指標とし、新たに2つを設定しました。アウトカムは、スタート時のものに今ほどの理由でアウトプットとしていた指標を追加しました。

次に34ページ・35ページ、ジェネリック医薬品普及・啓発事業です。ジェネリック医薬品希望カードの配布や切り替えた場合にどれだけ自己負担額が抑えられるかを通知することで、ジェネリック医薬品の普及を図る事業です。見直した箇所は、プロセス、スタート時「各種事業の実施」を変更後「・広報誌等による啓発の実施・希望カードの配布・差額通知」としました。〈変更理由〉は、実施内容を具体的に表し、評価しやすくするためです。アウトプット、スタート時「ジェネリック医薬品の普及率」を変更後「差額通知者の切替率」としました。右側の〈変更理由〉は、ジェネリック医薬品の普及率は事業の成果を表す指標であり、計画の中長期的な目標でもあるため、ここで指標とするのは適さないと判断し通知対象者の切替率としました。アウトカム、スタート時「差額通知の発送による年間の切替効果額(合計)」、変更後は同じく切替効果額ですが「(発送回ごとの効果額)」としました。〈変更理由〉は、切替効果額を年間合計で見た場合、重複して効果額が計上されてしまうため発送ごとの額をみることにしました。

最後の事業、36ページ・37ページ、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施、令和2

年度からの新規事業で今回の見直しで追加しました。地域の健康課題を分析し、国民健康保険の保健事業、介護予防事業と一体的に効果的な事業を行う市町村を支援します。ストラクチャーの評価指標は「・市町村との連携・予算の確保」。プロセスは「円滑な事業の開始」、具体的には「・事業の企画・調整やKDBシステムを活用した地域の健康課題の分析・対象者の把握等の個別支援・市町村が円滑に事業を実施できるように各市町村の健康診査結果データの提供・保健事業担当者連絡会議等で実施している市町村の取組を提供」。アウトプットは「個別支援した市町村数」。アウトカムは「事業実施市町村数」です。国の健康寿命延伸プランでは令和6年度までに全市町村で実施することが目標とされています。

次に 38 ページ、2. 目標達成に向けた取組、ここでも一体的実施と新型コロナに関する記載を加えました。見直した箇所は、ページ真ん中あたりの(2)市町村との連携による取組③を「市町村において高齢者の保健事業と国保の保健事業・介護予防等を一体的に実施する取組の支援」としました。また、一番下に、3. 新型コロナウイルス感染症対策の項目を設けて、「保健事業の実施にあたっては、下記に十分に配慮して行います。(1) 手洗いやマスクの着用を含む咳エチケット、(2) 密閉空間、密集場所、密接場面の三密の回避、(3) その他新しい生活様式の実践」としました。

39 ページ、第4章 計画の中間評価・見直し等です。1. 計画の評価・見直しは、「平成32年度に中間評価を行います」という内容を「中間見直しを行い、次年度以降の計画としました」と時点修正しました。また、保健事業評価の視点の表を追加しました。

41 ページは4. 地域包括ケアに係る取組に関する記載がありましたが、第1章の関係者との連携に関する記載に集約しました。

43 ページ以降は資料編として、中間評価に必要なデータを集めたもので、次の44 ページに一覧にしています。このうち一番下の⑱第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)目標管理・評価シートは、63 ページに別冊としてつけています。これは、前回8月のこの会で令和元年度実績を報告させていただいたものです。ただ、その時点で集計が間に合わなかった健康診査事業とジェネリック医薬品普及・啓発事業は、数値が揃いなかったので更新しています。

また、健康診査事業について、別冊の1 ページ2 ページに記載しています。別冊2 ページの一番上の表をご覧ください。表の一番下の行に医療に結び付いた人数、その上の行に受診勧奨判定値該当者数とあります。健康診査事業のアウトカム指標、医療に結び付いた割合はこれまで、一番下の行、医療に結び付いた人数を分子にして、その上の行、受診勧奨判定値該当者数を分母にして考えていました。国保連合会に保健事業支援・評価委員会という会議が設置されています。大学の先生や医師会の先生など専門家の方々から保健事業について助言をいただく会議です。10月にその会議がありまして、その際、委員の先生から分母は受診勧奨判定値のもの全てではなく、受診勧奨判定値該当者のうち未治療の者とした方がいいとのご助言をいただきましたので、現在集計をし直しているところです。結果がでましたら、先ほど空白となっていた本編11 ページとあわせて関係部分を修正します。

冊子の説明は以上で、資料2、A4 2枚ものに戻ります。資料2、A4 2枚ものの一番最後のページです。一番最後のページ、中ほど、項目6 今後のスケジュールです。今日ここでいただいたご意見を踏まえて修正し、今月中にパブリックコメント手続きを実施する予定にしています。その後、最終案を完成して、2月のこの会でお示しして3月の公表を予定しています。説明は以上です。

座長

どうもありがとうございました。

ただ今、事務局から懇談事項（２）につきまして相当細かいデータを含めて第２期の見直し計画の概要についてご説明をいただきました。まだこれにつきましては訂正の余地があるということで、次回の２月の懇談会で最終的な確定版が出てくるという予定と聞いております。そのような次第でございますので、まず最初に今のご説明をお伺いしてまだはっきりしない、あるいはこの部分についての追加的な補足説明をいただきたいというようなご質問から受けたいと思います。いかがでございますか。ご質問ございましたらご自由にご発言をお願いいたします。よろしいでしょうか。

それでは、ご意見を頂戴したいと思います。ご意見と申しましたのは、この第２期の計画自体は３年前に始まっておりまして中間見直しということで６年間のちょうど真ん中の３年目においてこのような見直し案が出てきているところです。これについてご意見を頂戴したいと思います。いかがでしょうか。

委員

新潟県はご存じのように１２歳児の虫歯の数が２０年連続日本で一番少ないという県なのですが、ただ、高齢者の場合はどうかというと８０２０（はちまるにいまる）運動といって８０歳で２０本歯を残そう、そういった運動が全国的には達成度が５０％を超えているのですが、新潟県の場合はそれより低く、１２歳児は日本一だけれど８０歳になると歯を残す人が４０％ちょっとしかいないという状況です。ですので、長寿の７５歳以上の歯科健診というのは非常に重要だと思っております。特に高齢者にとっては天寿を全うするまでの間、美味しく食べるということは非常に楽しみでもありますし、全身的な栄養をしっかりと摂るためにもとても大事なことだと思いますので、今、説明を聞いて令和２年度は実施市町村が２１市町村ということでしたが、基準額の全額を委託料とするのであれば、より多くの市町村に重要性を説明し健診事業を受託していただけるようしっかりと取組をお願いしたいと思います。

座長

ありがとうございました。他にご意見ございませんか。

委員

先回も出た話かもしれませんがストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムと、非常に分かりにくい言葉で書いてあります。令和５年までの事業計画の中で使われる言葉なので変えることはできないのだろうと思いますが、令和５年度が終わったらもう少し分かりやすい表現にできないのでしょうか。説明も４０ページや別冊の１ページの目標の下などあちらこちらにあって、必要があれば４０ページの説明を参照してくださいとのことですが、説明を見なくても分かるように、例えば、ストラクチャーなら実施体制、プロセスなら過程あるいは運営、アウトプットは実施目標、アウトカムは結果あるいは成果、そういった簡単な日本語にされたほうがよいのではないかと、あまり煙に巻くような言葉はなるべく使わない方がいいのではという意見です。

座長

ありがとうございました。ただ今の委員のご意見、実は前回他の委員からご発言がございました。おそらくご意見と重なっている部分があるかと思えます。

改めて委員、前回のご発言及び今回の委員のご発言を含めまして改めてご発言の趣旨を少し付言してご意見をいただきたいと思えますけれどもよろしくお願ひします。

委員

ただ今委員からご発言いただいたことはまさしく大前提でございまして、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムと、そもそも英語が苦手なものですからアウトプットとアウトカムの違いもよく分からないような状況です。これを読み手のことも考えると当然日本語に直したほうがよい、前の資料ではかつこ書きで実施体制、実施過程、事業実施量、成果と書かれていますのですが、今回は 40 ページに説明があり、ガイドライン等から引っ張ってこられたと思うのですが、改変は許されないということなののでしょうか。日本語を付けるだけでもイメージが湧いてよいと思えますので、根本的な修正変更は望めないと思うのですが、そういうところでも少し説明をしていただきたいというのが先程の補足であり、かつ前回お話し申し上げました内容です。

個別事業ごとに、事業目的と事業内容というものがありますが、16 ページの健診事業を例にしてみますと、健診事業の下の少し細かいところに事業目的と事業内容という二つがあります。ストラクチャーは基盤体制、プロセスはそれをどのように運営していくか、ここまでは問題なく、問題があるのはアウトプットとアウトカムなのですが、私の理解では、事業内容がどれくらいできたかというのが基本的にはアウトプットの問題で、その結果事業目的にどのように資するようになったかというのがむしろアウトカムだという整理をしたうえでこの事業を見せていただいたら、個人的にはそれで納得、整理がつくかなと思っていましたので、少し意見を言って申し訳ないのですが、事務局のほうで概ねそういう理解でよろしいのかどうかということも含めてお伺いできればと思えます。

座長

ありがとうございました。ただ今の委員お二人のご意見を踏まえまして事務局からこの計画全体のフレームワークのあり方、あるいはその表記が英語表記なのか日本語、あるいはカタカナ表記と漢字表記と、あるいはそもそも誰に向けたメッセージとしてこのデータヘルス計画が策定されているのだろうか、その方々に伝わりやすいような計画のフレームワークとしてその表現の内容をどのように考えるべきかということを含めまして、ご意見に対するご返答をお願いしたいと思えます。

事務局

委員のアウトプット、アウトカムはまさにそのように考えています。アウトプットは事業実施量、どれだけの量を実施できたかで、アウトカムはどれだけ成果が出て目的や目標に近づいたかというような見方を考えています。また、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム、確かに分かりづらいと、まさに同感です。ただ、この四つの表現は先ほどのガイドラインから引用していることもありますし、厚生労働省でも四つの表現を使っております。データヘルス計画を策定するに当たり策定の手引がやはり国から出されているのですが、その中でもこの四つ

の表現が使われています。ですので、すぐさま違うものに変更するという事は難しいかもしれませんが、可能な限り、例えば現在の表現は残したままで仰られたとおり日本語表記と併記するなど、そういった見直しを考えていきたいと思っております。

座長

ありがとうございました。よろしいでしょうか。

実はこのフレームワークの設計、思想そのもの自体が、プリンシパル、エージェントという概念を使いますと、エージェントである広域連合として、この計画は誰のためにどのような目的でどのような手順で最終的にその結果を相手方、つまりプリンシパルに対しどのように伝えるのかという、そのあり方について今のご議論のベクトルが動いていったのだらうと思っております。特に私が伺いたかったのが今回6年間という非常に長期の行政計画の中で、その中間年の見直しとして、6年目を目指した新たな実施目標を立て、それに向けてエージェントとしてどのような課題に対応していくのかということが明示されなければ中間見直しとしての計画にならないのではないかと。その意味で、事務局のご説明を伺って細かいところは実によく分かるのですが、3年間を経過し振り返って、現時点で広域連合として何が今回の見直しのポイントであるかということをご説明いただいたうえで、6年目の完成年度に向けた実施の方向性を改めてご説明いただければ一番ありがたいと思ったのですが、今、広域連合として抱えている課題は何であって、それはどこがボトルネックになって機能していない、機能しがたい部分が出ているのか、そのあたりについて追加的な補足説明をお願いできるかと思っています。いかがでしょうか。

事務局

なかなか難しいお題なのですが、ボトルネックになっているものというやはり、広域連合は新潟県全域を網羅するので範囲が大きいわりに職員体制がそこまでついていかない、ではどうすべきかという、ここ最近の流れとしては、住民に身近な立場として市町村にまずは事業をやっていただく、それが保健事業と介護予防等の一体的な実施にもつながっていくのだと思っています。初年度となる今年度は30市町村中4市で取組を始めています。これを先程の計画にもあったとおり順調に実施市町村数を増やしていき、最終的には全市町村で実施を目指します。その部分を上手く機能させるように進めていければ、身近な市町村できめ細かな事業、被保険者の方に対する支援をしていっていただくという体制作りを進めていければいいと思っております。以上です。

座長

ありがとうございました。それでは他にご質問あるいはご意見、はい、どうぞ。

委員

意見として二つほどお願いさせていただきます。まず16ページ、17ページの健康診査事業（継続）で健診の受診率が、平成28年度実績が23.8%で元年度が27%ということで数字があがっていますが、そもそもこの数字自体はどの程度のところを目指すべきなのかと考えるのですが、市町村国保では平成30年度の受診率は37.9%というデータが出ています。後期高齢になると下がる、確か6割、7割の方がお医者さんにかかっているから、健診はそこまでというところ

ろが原因の大きなところかと思うのですが、そうするとやはり未受診者等に対してどのようにアプローチしていくかということです。例えばお医者さんにかかっている方につきましても、かかりつけ医で特定健診に当たるような定期的な検査を勧奨していただけるような市町村への指導、助言など、そういうところも踏まえて健診の受診率を上げていかなければなりません。重要なのはやはり重症化予防ですから、悪くならないうちに早めに対応して健康寿命を延伸していくということだと思いますので、その方向でぜひとも市町村に委託するにあたり話をしていければいいと思っています。

もう一つが、36 ページ、37 ページの今回の新たな2年度からの事業として高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施で、説明を受けましたとおり現状では4市町村が実施、これから令和5年度までかけて全30市町村ということで、今年は4、次は6というかたちで30になるというふうに見ているのですが、非常に参考になっていい資料だと思っています。先回も同じような発言をしたと思うのですが、それぞれの事業、訪問事業や服薬、重複頻回受診事業など、きちんと結果が出ている事業を含めてしっかりと市町村のほうに連携していくようお願いしたいと思います。私のほうで機会があって国民健康保険の運営会議に出させていただくような市町村があるのですが、しっかり取り組んでいる市町村と、これから検討するという市町村と温度差があるかと思っていますので、そのあたりを見極めながら、全体的に進んでいないところをなお先に、ということをお願いしたいということで、以上です。

座長

どうもありがとうございました。非常に貴重なご意見を頂戴したと思っております。特に一つ目の健診について国保との比較でいうと後期のほうはやはり、相当受診件数が少ない、これを見極めるという以前にやはり後期は一応、義務的な制度にはなっていない、この問題もどのように考えるべきなのかということを含めて事業計画を策定するに際して任意的な事業だから目標はなかなか設定しにくいということもあるのかもしれませんが、ご検討をいただけるかなと思っております。この件について、あるいは委員の二番目のご意見を踏まえていかがでしょうか。事務局のほうからよろしく申し上げます。

事務局

健診の受診率については仰るとおりで全ての保健事業の根幹となる事業だと思っておりますので受診率は何としても上げていかなければならないと思っております。ただ、特定健診は仰られたとおり義務であるのに対し、後期高齢は努力義務ということもありますし、仰られたとおり既に医療にかかっている方はどうしても受けなくてもよい、おそらくそのような考えの方が多いのではないかと思います。ただ、そこはそれで終わりではなく、市町村でも受診率を上げる様々な取組をしていますので、よい取組、効果があると思われる取組は他の市町村にも情報提供し共有してよい方向にもっていければと思っています。

また、一体的な実施に関しても今年4市が開始し、その他、来年度に向けて検討を始めている市町村もありますし、なかなかどこから着手したらよいか分からないというところで止まっている市町村もあるように見えています。それについても今年度、では4市がどのように始めて、どのようにしたらスムーズに初年度から始められたのかということについても情報提供をしております。また、先程、成果という話がありました。今年度は初年度で今年度が終わってから、実施

した結果、評価をそれぞれ4市にさせていただくこととなります。その評価に関しても来年度に入ってからになると思いますが、よいかたちで全体で共有していければいいと思っています。以上です。

座長

ありがとうございました。

他にどなたかご発言、ご意見ございませんでしょうか。

委員

ただ今の後期高齢者の健診について、特定健診は義務化されているが後期高齢者はサービスでやっているという感覚でよろしいわけなのでしょうか。もともと後期高齢者に分かれたときに後期高齢者になったとたんに特定健診がなくなるのはいかがなものかということで後期高齢者健診も同じように受けられるようになったと記憶しているのですが、そのあたりの経緯はどうだったのか教えていただけませんかでしょうか。

座長

よろしくをお願いします。

事務局

すみません、後期に分かれたときの経緯までは申し訳ないですが存じておりませんが、少なくとも健康診査に関しては制度が始まった平成20年、当初から実施をしている事業になります。

サービスかといわれるとおそらくサービスとは少し違う、様々な捉え方があると思いますが、義務ではなく、努力義務ということでできるだけ受けてくださいというようなイメージで捉えています。

座長

よろしいでしょうか。

委員

はい。

座長

後期高齢者の被保険者の代表として恐縮でございますが、もしこの点についてあるいは他の点でも結構でございますが、ご意見をいただければと思いますがいかがでしょうか。

委員

初めてなのでこれを把握するだけで目一杯なのですが、意見を出すほどの認識はございませんので皆さんと一緒に色々勉強しながら、発言させてください。

座長

健診について何かご意見はございませんか。健診はお受けになっていらっしゃるでしょうか。前期高齢者までは義務付けと申しますか、それぞれ各家庭に案内状が届いているかと思いますが、後期高齢者になってからはおそらく案内状も届いていないのではないかと申しますが、ご覧になっていらっしゃるでしょうか。

委員

おそらく私の認識の中ではないと思っておりますので、来るとしたらどういった方たちで来るのか分からないのですが。

座長

ありがとうございます。この点に関しまして事務局のほうから少しご説明をいただけますか。健診については現在の後期高齢者医療制度の枠組みの中でどのような格付けになっていて実際にどのような駆動状態になっているのか、受診率が27%だと先程ご説明がありましたけれど、これも実態として考えた場合に残りの人たちはほとんどが医者にかかっているからいいんだということの認識でいいのかどうかということも含めて保険者としての立場でのご説明をいただきたいのですが、いかがでしょうか。

事務局

ここまで、いくつか貴重なご意見をいただいております。ありがとうございます。今のお話では、後期高齢者の健診のあり様がいかん、ということでございます。そもそも後期高齢者医療制度ができたときの経緯ということでは私も詳しくまでは存じ上げていなく恐縮ですが、たしかこの特定健診制度ができるときに後期高齢者についてはかなりの方が医療の管理下にあるということで、後期高齢者に至るまでの方々についてはしっかりと健診を義務付けた上で、後期高齢者についてはそこまではいいだろうということなのですけれど、ただ、今になって考えるとそこがやはりうまくなかったのだろうと。後期高齢者についてもこれだけ長寿の状況になっている中で、もっと健康で余生を楽しく健やかに過ごしてもらうためには後期高齢者に対しても、しっかりとした健診が必要であるのだという、今、そういった考え方に変わってきて、それを含めて先程から申し上げているような一体的な実施という話になってきているのだろうと思っております。

この健診だけではなく、今までの議論の中で少し私が思いながらという部分をお話させていただきます。申し訳ありません。事務局の中でしっかり意思統一を図っての発言ではありませんので。まず、これは前回のときからもご議論いただいていたストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム、これについては私もお二人と同じ考えで、なぜわざわざここをカタカナにしてきたのだろうと。これはご議論があったとおり、国のガイドブックに従ってということだと思います。ただ、ここは私どもがメッセージを発信する相手方が当然のことながらご年配の皆さん、これはおそらく若い方でもなかなかストラクチャー、プロセスなんて言っても分からない、そうするとやはり実施体制だとか日本語を先にしてストラクチャーなどというのはどうしても必要ではなく、かっこ書きにしましてもいいのかなと。もちろん、今回は6年間の中の間見直しの部分ですので、そこまでやる必要があるのかどうかという議論もあるかもしれませんが、や

はり分かりやすい表記でいったほうがいいのだろうと私自身は思っています。

また、座長からそもそも後期高齢者医療制度の中でどこが一番課題になっていて、そこをどういうふうにこのデータヘルスの中で活かしていくのかというお話もありましたが、今日の議題の中で一番目に浮かぶことは事務局からお話をさせていただきましたが、これはいつも言っていますが、新潟県の後期高齢者の皆さんは非常に、お医者さんにかかっていない、医療費が全国的には一番低い、これは何が原因なのだろうかということもこれまでも色々な分析をしながらやってきましたが、医療費が低いことが決してよいわけではない。求められるのは医療費も低いけれどもそもそも健康で低ければ一番よいわけで、医療費が低い結果、実はあまりお医者さんにかからないままに重症化してしまうことが一番悪い点です。健康であるのかどうか、健康寿命をしっかりと把握する、そのためにやはり健診が大きな効果があると思っています。健診をしっかり受けさせていただき、早め早めに重症化を予防する、そういったことが今求められているというよりはやはり、これは後期高齢者医療制度を運営するにあたっては未来永劫そこに重点を置くべきなのだろうと思っています。

今日の資料の冊子の中で 50 ページをご覧くださいと、後期高齢者の健診結果の状況ということで暫定版ですけれども、健診の対象者が 38 万人弱おられて、健診を受診したのが 9 万人弱、健診未受診者が 29 万人弱、そのうち、医療に何かしらアプローチ、アクセスしている人たちが上の医療受診者、一番下が医療未受診者、この医療未受診者、1 万 7,469 人この方々の健康状況が全く我々は未把握であります。この方々にどのようにアプローチしていくのか、もちろんこの方々だけではないですが、特にこういった医療状況、健康状況が未把握な方々に対して広域連合がどのようにアプローチしていくのかということがやはり今求められるのだろうと思っています。もちろん、お医者さんにかかっていけばそれで良いということではなく、先ほどもお話にありましたが、せっきやくお医者さんにかかっているのだからその方々に対してしっかりとした健診を受けていただく、そういったフローを進めるといったことも大変重要だと思っています。

それから、健診については私ども各市町村に委託実施をお願いしており、各市町村では国民健康保険を中心に健診の案内を出しているわけですけれども、基本的には各市町村はその案内を 74 歳以下の方と同様に後期高齢者医療制度の被保険者の方々にも案内していると思っています。

全てしっかりと把握してはありますが、おそらく市町村ごとに同じようなかたちで案内をされていると認識をしています。以上です。

座長

ありがとうございました。ただ今、事務局から相当ご丁寧なご回答、あるいはご判断の上でのご意見を頂戴いたしました。他にご意見ございませんか。

委員

75 歳で線を引いた場合に、75 歳までは色々な点で普通にサービスを受けていたのが 75 歳になってからぱっと変わってしまい、受けられるサービスについて個人個人の認識があまりないように思います。例えば今の健診の話ですが、私はドックを早めに受けて病気を早期発見し、それで医療費を下げ、保険料を下げて、という議論をしたことがあります。それが 75 歳で切れてしまうのですよね。75 歳以降は受けたい人は勝手に受けなさいという感じで。やはり健診を受けて病気を早期発見したほうが結果的には色々な意味でよい、医療費など変わってくると思うのですが、

どうも一般の人たちの認識としては75歳以降の人たちが軽んじられているというか、そこまで生きたのだからいいだろうというような感じがしてしまっています。その辺りのPRといいたいでしょうか、老人に対してどこの機関からどのように発信されるのか分かりませんが、行政の側からこうしたらどうだろうとか、ああしたらどうだろうとか、健診がいつあってどうやったら受けられるんだとか、そういった広報をもう少し高齢者に対して親切であってもらいたいという気がしております。以上です。

座長

ありがとうございました。他にご意見、ご質問ございませんか。

委員

今のお話に関連して、75歳になったら突然健診がなくなるということがないようにしようということで、特定健診と内容的には同じなのですが特定健診の代わりに後期高齢者健診という名前になったと、制度が変わるときにそのように聞いております。記憶違いがあるかもしれませんが、私を知る範囲での経緯で、最初は特定健診ではなく市町村健診だったのですよね、いつ特定健診が始まったかは覚えていませんが、市町村で特定健診と同じような血液検査や尿検査や診察など、特定健診ができるにあたって市町村健診はなくなり特定健診に移行したかたちになっています。そのときに、今新潟市国保の特定健診でもそうですけれども、特定健診は検査項目が少ないので、今まで新潟市健診であった項目は残そうと、クレアチニンやトータルプロテインなどが残っているということです。その後、後期高齢者制度ができて特定健診がそこで切れるのはいかがなものかということでご高齢の方もちゃんと同じように扱いたいということで後期高齢者健診ができた。後期高齢者健診の案内はだいたい3月の最終週に皆さんのところに大きな封筒で届くのですが、ご高齢の方は結構、来られた段階でそういうのを無くしちゃったという方も多くて、それを無くさないようにしていただくというような広報も必要なのかなという気がします。

話は少し変わりますが、今お話にあった50ページの図、後期高齢者健診の結果の状況ということで、たしかに医療受診者の中では健診を受ける人が少ないようですね。要するに医療にかかっているから検査もしているのでもわざわざ健診を受けなくてもよい、あるいは医者の方でそのように思っているのですが、そうするとデータが広域連合のほうに来ないわけですよね。なので、できれば医者の認識の部分というか、自分のところでもかかっても後期高齢者健診を受けてもらえばそのデータはまた、こういったところで活用されると考える方向で、私はそういう考えでやっているわけなのですが、そういったところのフォローも必要なのではないかという気がいたしました。

座長

ありがとうございました。

委員のご発言を少し私なりに触れさせていただきますと、実はデータがどうなっているのだろうというのを気になっておりました、新潟県の医療費について先程事務局のお話にございましたし、懇談事項(1)のところでも新潟県の後期高齢者はコストパフォーマンスが非常にいいんだというご説明がございました。理由は何かということ入院率が低いとかあるいは受診率が低いという説明で、これでは説明になっていないわけで、なぜコストパフォーマンスが新潟県の後期高齢

者が一番よいのかということについては、事象的な研究は実は数年前に一度この懇談会でも企画していただき、我々が研究したこともございますが、実質的にはこの研究の外部委託が成功しなかったというふうに見てよろしいかと思えます。そこで、これからどのようにすれば、つまり後期高齢者の健康あるいは介護まで一体的に事業計画としてデータヘルス計画を実施していくのだとしたら、まずデータがきちんと把握されていなければいけない。

委員のお話にもありましたように、健診のデータというのは広域連合できちんと集積しておられるのか、あるいはその他の医療、いわゆるレセプトデータだけでなくカルテ情報も含めてどのような実態にあるのかという、30 数万人の後期高齢者の医療に関わる全てのデータがどのようなかたちで把握され、どのようにそれが活用され、かつどのようにこの計画に盛り込まれているのか。そういうアプローチを通じてでないとなかなかよいデータヘルス計画はできない時代だと思っております。これらのビックデータを活用できるようなシステムをこのデータヘルス計画のフレームワークとしてもお作りいただいた上で、最終的に6年間のデータヘルス計画の見直しの一助としていただければと思っております。これはちょっと蛇足といえますか、補足でもございますが私なりのコメントをさせていただきました。

他にどなたかご発言、特に今日ご発言いただいていない委員、いかがですか。

委員

皆さんのご意見の通りだと思えます。特にデータヘルスの話もそうですし、今回追加になった一体化の事業の話でもございますが、市町村においては相当環境が違いますのでそのあたりで様々なフォローが必要なのではないかと感じているところであります。

また、これは我々の仕事の延長になるところだと思うのですが、重複投薬関係の話や服薬、それからジェネリックの話であります。特にジェネリックは非常に数字的にも上がっていますし、非常によいとは思っております。ただ、ジェネリックが普及してきてからだいぶ時間が経ちますので最近では問題なくなってきましたが、当初は患者さんの主観が入りましてジェネリックだと違う薬のようだという患者さんの訴えなどもかなりあって、薬剤師会のほうでも対応をさせていただいておりました。最近では実際に薬局でそのようなお話をされる患者さんもほとんどいなくなりましたし、県薬剤師会や市薬剤師会にもそのような情報が来ることはなくなったのですが、広域連合から通知を出すにあたり、医療機関や市町村から何か意見が出ることはないでしょうか。あれば教えていただきたいのですが。

事務局

医療機関や市町村からの意見は今のところないと思っております。

ただ、やはり被保険者の方からは、この通知は何だとか、お医者さんに言っても切り替えてくれないとか、そういったご意見はいくつかいただいております。

委員

ありがとうございました。その点は我々のほうの担当になると思いますので、考えていきたいと思えます。

座長

ありがとうございました。他にどなたかご意見ございませんか。

色々貴重なご質問ご意見ございました。事務局にはそれなりに返してこのデータヘルス計画の中間見直しを今後ともきちんと組んでいただければと思っております。

4 その他

座長

それでは、その他の議題がございました。事務局のほうから説明をお願いします。

事務局

本日お配りさせていただきました参考資料をご覧くださいと思います。

前回の第1回の懇談会で令和2年5月診療月分までの同様のデータをお配りさせていただいたのですが、今回、直近で集計できるところということで令和2年9月分までの数字を足したかたちで医療費の変化をご説明させていただければということで追加の資料とさせていただきました。前回、お示した最後の令和2年5月というのはやはりコロナウイルスの感染症の影響といますか、受診控えが一番大きかった月なのかなということで、一番上の療養給付費全体の一人当たりの給付額の前年比を見ていただきますと、令和2年5月はマイナス8.87となりまして、その後6月は若干のプラスになりましたが7月・8月・9月と5月ほどではないにせよ例年はだいたいプラス1%くらいになっていましたけれど、全体的に下がっている傾向というのはまだ続いているのかなというところでございます。

ただ、月によって曜日の配列の関係で病院が開いている日といますか、稼働日という考え方をするのですけれど、平日を1日で土曜日を半日というふうに捉えますと、6月というのが前年よりも1.5日多かった月になったり、7月・8月は前年に比べると1日少ない月になります。9月については1日多い月になるという、そういった影響もこの全体の割合の中には出てくるので6月から9月までプラスになったりマイナスになったりというところはありますけれど、もう少しそういった要素を減らしていくと平準化したような数字になるのかなというふうに考えますが、きちんとした計算ができていないので実数値をお示しさせていただいているというものでございます。

また、全体の数字を見ましたけれども、医科・歯科・調剤等でそれぞれの傾向もございまして状況は一概に言えないかなというところもございまして、今後どういうかたちで改善といますか、回復してくるかというのも今後注視していきたいと考えております。

一応、今現在の状況ということでご報告させていただきました。

座長

ありがとうございました。

その他の議題ということで新型コロナウイルスの感染症の影響についての医療費の状況についてご説明ございました。どなたかご質問ございますか。よろしいでしょうか。

(なし)

それでは、長時間にわたりまして色々熱心なご発言、ご意見ありがとうございます。これにて私の進行を終わらせていただきます。

5 閉会 事務局

座長、大変ありがとうございました。

それでは事務局のほうから第3回の日程についてご連絡したいと思います。

このデータヘルス計画最終版のご議論であるということで日程なのですが、令和3年2月18日木曜日ということをお願いしたいと思います。大変恐縮ですけれどもよろしくをお願いしたいと思います。

それでは、本日は大変長時間にわたりまして貴重なご意見をいただきましてありがとうございます。以上をもちまして閉会したいと思います。ありがとうございました。