

令和5年度  
第2回新潟県後期高齢者医療懇談会  
会 議 録

令和5年12月7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	
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	
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
その他	健康保険組合連合会新潟連合会	課長	遠藤 和典	
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30分 開会 －

## 1 開会

### 事務局

それでは定刻となりましたので、ただいまから令和 5 年度第 2 回新潟県後期高齢者医療懇談会を開会いたします。よろしくお願いいたします。

委員の皆様におかれましては、本日も忙しい中お集りいただきまして、誠にありがとうございます。

本日は、令和 6・7 年度の保険料率の試算を始め、第 4 次広域計画の策定、データヘルス計画の令和 4 年度の実績報告のほか、第 3 期データヘルス計画の策定について、委員の皆様から御意見をお伺いしたいと思います。是非、忌憚のない御意見、あるいは活発な御議論をいただければと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは次第に従いまして、次第 2 「懇談事項」に移らせていただきます。

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。

## 2 懇談事項

### (1) 令和 6・7 年度の保険料率の試算について

#### 座長

しばらくの間、この懇談会の進行を務めさせていただきます。よろしく御協力のほど、お願いいたします。

それでは、早速ですが、懇談事項の (1) 令和 6・7 年度の保険料率の試算について、事務局から説明をお願いいたします。

#### 事務局

お疲れ様でございます。私の方から令和 6・7 年度の保険料率の試算について、説明させていただきますのでよろしくお願いいたします。座って説明をさせていただきます。

後期高齢者医療保険料につきましては、法律に基づき、おおむね 2 年を通じて財政の均衡を保つことができるものでなければならぬとされており、2 年ごとに見直しを行っております。よって、全国の広域連合において、現在、国から示されました暫定数値等を基に、令和 6・7 年度の保険料率の試算が行われております。

初めに資料 1-1 により、説明をさせていただきます。表紙を一枚めくっていただきまして、1 ページを御覧ください。今回の試算を行うに当たって、ポイントは 3 点でございます。

一つ目は「団塊の世代の 75 歳年齢到達に伴う被保険者数の急増」で、「第一次ベビーブーム」に生まれた人たちの年齢到達が始まっておりますが、令和 7 年度にはその全員が 75 歳以上となるなど、被保険者数が令和 6・7 年度も大きく増加するものでございます。

二つ目は「全世代型社会保障の推進」でございます。高齢者世代・現役世代それぞれの人口動態に対処できる持続可能な社会保障制度を構築する観点から、様々な制度見直しが今現在行われるものでございます。

最後の三つ目は「新型コロナウイルス感染症の影響」で、令和 2 年度以降、新型コロナウイルス

ス感染症の拡大に伴う受診控えなどイレギュラーの状況を踏まえた上で、どのように今後の医療給付を見込むのかという点がございます。

次に2ページ「保険料のしくみ」を御覧ください。後期高齢者医療制度の運営に必要な費用の構成について、(1)でお示しをしております。上段が費用を示す図となっており、広域連合が支出するものは実線で記載しております。医療給付費が全体の約99%を占めており、この財源といえます。令和6年度以降、公費が5割、若年者の方々の保険料から賄われる後期高齢者交付金が37.30%、被保険者から保険料として御負担いただく部分、この部分を「後期高齢者負担率」と呼びますが、12.70%となることが国から示されております。

(2)を御覧ください。後期高齢者負担率は、制度開始当初は10%でしたが、高齢者人口の割合が若年者人口よりも大きくなるに従い、世代間の負担の公平を図る観点から上昇し続けており、今回の令和6・7年度の保険料試算に当たっては国が示した暫定の数値が、先ほどお伝えしたとおり12.70%でございます。特に今回、現役世代の負担上昇を抑制するために設定方法が見直されたことから、現行の11.72%から0.98ポイントの上昇と、過去最高の上昇となっております。このことが、保険料率を引き上げる方向の要素となることを御理解ください。

一枚めくっていただき、3ページを御覧ください。ここでは「保険料の算定に関する考え方」について、説明をさせていただいております。保険料は全ての被保険者に賦課される「均等割」と、所得額に応じて一定割合が賦課される「所得割」の合算により、決定いたします。新潟県では現在、均等割40,400円、所得割率7.84%となっております。

続きまして、4ページを御覧ください。軽減制度に関する説明となります。所得の低い方に対して、均等割の7割、5割、2割の範囲で、軽減が適用される制度となっております。

一枚めくっていただき、5ページを御覧ください。保険料の軽減特例の変遷を示した資料となります。令和3年度以降は特に変更は無いものでございます。

続きまして、6ページを御覧ください。ここからは、保険料率暫定試算に必要な諸数値の推計内容についてお示ししておりますが、まずは「新型コロナウイルス感染症の影響」となります。一人当たり医療給付費で、令和4年度は69万9,558円でございます。コロナウイルスの感染拡大前の令和元年の70万2,366円より低いことから、令和4年度は回復基調にあるものの、完全な回復には至っていません。しかしながら、令和5年度の3月～7月の診療月までの実績、及び実績等から試算した令和5年度の見込みは、いずれもコロナ禍前の令和元年度より高額となっております。

一枚めくっていただき、7ページを御覧ください。こちらは新型コロナウイルス感染症の影響を医療費ベースで、全国と比較したものになります。給付費の傾向と同様に、令和4年度の段階では回復基調にあることが読み取れる資料となっております。

続きまして、8ページ「被保険者数の試算」を御覧ください。令和5年度以降の被保険者数につきましては、前回の試算と同様の方法により、今後の人口動向を見定めた上で予測しております。被保険者数の推移のグラフを御覧いただきたいのですが、令和2・3年度は終戦前後の混乱期に誕生された方が75歳を迎える時期で、ほかの世代に比べ、非常に少ないため、被保険者数が一時的に減少に転じていたところ、令和4～7年度では団塊の世代が75歳となることから、被保険者数が急増しております。この表に示す被保険者数は毎月の被保険者数の1年間の平均の人数でございますが、試算の結果、令和6年度は40万852人、令和7年度は41万315人と、大きく被保険者数が増加すると見込んでいます。令和8年度、令和9年度も伸び率は低くなりますが、引き

続き被保険者数が増加すると見込んでおります。

次に、9ページ「被保険者一人当たり医療給付費の試算」を御覧ください。医療給付費につきましては、制度改正等があった項目を除き、令和5年度の上半期の伸び率を基に令和5年度の医療費を見込み、その上で、令和6年度以降は新型コロナウイルスの影響を受けた令和2年度から令和4年度を除外し、平成29年度から令和元年度の3年間の伸び率を用いて算定しました。試算の結果、令和6年度は71万5,653円、令和7年度は72万4,618円、以後、令和8年度、令和9年度と、年々上昇していくものと見込んでおります。なお、今回の試算においては、国から詳細が今後示される予定の診療報酬改定等につきましては反映をしておりません。その部分につきましては、国から情報が示され次第、再度、試算を行う予定です。

次に、10ページ「医療給付費総額の試算」を御覧ください。令和6・7年度の医療給付費の総額は、ここまで説明してまいりました「被保険者数」の予測値と、「一人当たり医療給付費」の予測値から算出したもので、推計結果は上段のグラフ・表のとおりとなっております。「被保険者数」、「一人当たり医療給付費」共に増加する見込みですので、医療費給付費総額も、令和6年度で4.15%増の2,868億7,100万円、令和7年度は3.64%増の2,973億2,100万円と見込んでおります。

続きまして、11ページを御覧ください。令和6・7年度「保険料率試算の結果」になります。まずは「試算の条件」でございます。今回の試算は、国から示された暫定の基礎数値や給付費の推計などを踏まえたものとなっております。また、保険料の上昇抑制に活用できる財源といたしまして、剰余金の残高見込みを約50億円、財政安定化基金の残高の見込みを約40億円として見込んでおります。ただし、基金につきましては、財源不足に備える必要があるため、40億円全てが活用可能ではなく、28億円程度が活用可能なのではないかと見込んでおります。

「(2) 収支の見込み」を御覧ください。令和6・7年度の試算になりますが、2年間で5,922億円の支出見込みとなっております。令和4・5年度と比べ451億円の支出増を見込んでおります。支出に対して、公費負担金や支援金等の収入がありますが、その差額が保険料収納、または剰余金等の投入により補わなければいけない額となります。これが網掛け部分の664億円となりますが、仮に、現行料率のまま、剰余金等を投入しないものとして試算すると、79億円の不足が生じる見込みとなりました。先ほど説明した剰余金の残高と基金の取り崩し可能額を全て投入しても、79億円の不足を補えない見通しであるため、今回は保険料率を上げざるを得ない状況となっております。収入の不足が生じないよう、剰余金の投入時期、投入額と合わせて保険料率を試算したものが、次の12ページの「新保険料率（暫定試算）」になります。

今回の試算では、剰余金は保険料率の上昇抑制に活用することとしますが、基金は保険料の未収や医療給付費の増が見込みより多くなった際の対応や、将来の保険料率の上昇抑制に活用するために取り崩さないという考え方で試算をしております。パターンAは、令和6・7年度に剰余金を投入しないもの、パターンBは、令和6・7年度と8・9年度で剰余金を25億円ずつ投入するもの、パターンCは令和6・7年度に剰余金の75%に当たる38億円、令和8・9年度に剰余金の残り25%に当たる12億円を投入するものです。各パターンを比較した場合、一人当たり保険料額で見ると、剰余金を投入しないパターンAでは、13.4%と大きく保険料を上げざるを得ないとの計算になりました。剰余金を投入するパターンB、Cでは、それぞれ9.16%、6.95%と、上昇率は抑制されております。令和8年度以降も被保険者数、医療費の増加が続くこと及び後期高齢者負担率の引き上げなど、高齢者の負担が今後も増えていく可能性が高いことを考慮した中で、

剰余金の半分を令和8・9年度に活用できるよう確保したパターンBを基本として検討を進めてまいりたいと考えております。

パターンB、令和6・7年度の試算では、均等割額44,200円、所得割率が8.74%となり、現行料率で試算した場合と比べ、3,800円、0.90%の引き上げとなりました。また、2か年の平均保険料（軽減後）では、61,058円と現行料率で試算した場合に比べ、5,126円の引き上げになると試算結果になりました。

今後の医療費の動向次第ではありますが、保険料率の引き上げ額を可能な限り抑制できるように努めながら、剰余金の投入額の再検討を含め、引き続き試算作業を進めてまいります。

次の13ページで一人当たり保険料額の試算の推移について、グラフと表でお示ししています。こちらの資料における令和6年度以降の保険料の試算額は、今ほど説明したパターンのうち、最も被保険者の負担が大きくなるパターンAの情報を表示しており、一人当たり保険料の引き上げ額は9,938円となっております。

ここまで説明してまいりました試算は、あくまでも暫定的なもので、今後いくつかの要素により変更となる予定です。その内容について、次の14ページにまとめさせていただいております。

まず、(1)の窓口負担割合2割の導入に係る配慮措置の終了については、昨年度からの2割負担導入に係る配慮措置が令和7年度に終了するため、その影響額を検討し、給付額を調整する予定です。(2)の制度改正については、現在、予測の根拠として用いる高齢者負担率等が国から示されているところですが、これらに変更となった場合、試算結果も変更となるものです。(3)の2年に1回の国の診療報酬の改定があります。国から診療報酬の改定の通知があったのちに、医療給付費の伸び率を再度推計する必要がありますので、料率試算結果は変わってまいります。最後に(4)の審査支払手数料の改定があります。今回の試算は手数料の引き上げなど見込んだ上で試算しましたが、国保連と協議中ですので、協議結果によっては、試算結果に影響が生じることとなります。ほかにも、最新の被保険者、医療費の状況や本年度の決算見込みも含めた中で、再度、試算を行いますので、これによって、試算結果は今回お示ししたのから変更となることを御承知おきいただきたいと思います。

15ページ、16ページは現行の料率や、医療給付費、収納率などを全国の広域連合と比較したものになります。後ほど御覧いただければと思います。

資料1-2は、料率改定に係る一連のプロセスを図でお示したものでございます。こちらも後ほど御確認ください。

資料1-3は、現時点の暫定的な試算結果の比較表になります。表中左は、現在の料率で剰余金を活用しないパターンとなりますが、先ほども説明したとおり、支出見込み額に対して2年で(584.5億円の収入となり、)約79.5億円の不足が生じるという試算となりました。表中の真ん中は、その不足分を補うために料率の引き上げを行った場合で剰余金を活用しないパターンとなります。表中右は、不足分を補うために料率の引き上げを行い、かつ保険料の上昇を抑制するために剰余金を2年間で25億円投入するパターンとなります。

資料1-4は、各種統計に基づくグラフ等をまとめた参考資料となります。1ページ目は総人口における年齢区分の割合を示したものです。全人口における後期高齢者の割合は今後増え続ける見込みであります。2ページ目は令和5年4月現在の新潟県の年齢別人口ピラミッドになります。今回の試算対象となる令和6・7年における年齢到達者が多いことが確認できる資料となっております。3ページ以降は今回の試算した数値が全国の各広域連合の現行の保険料率、一人当

たり保険料額の中で、どのくらいの位置になるかシミュレートしたグラフになります。剰余金を活用しない場合の一番高い保険料の試算結果を表示しておりますが、それでも全国平均より低い位置となっております。現在、他県も新たな料率を試算中であり、保険料率も上がってくると予測しておりますので、新潟広域は現在、均等割額が47位、所得割額が46位となっておりますが、最終的にはほぼ同等の位置になるのではないかと予測しております。

最後に今後のスケジュールですが、国から近日中に後期高齢者負担率等の確定数値が示されるとともに、診療報酬の改定率も合わせて示される予定となっております。これらを踏まえて再計算や、剰余金の投入額の検討などを行い、その結果を次回の医療懇談会において、新しい料率改定案としてお示しする予定でございます。

説明は以上になりますが、安定的な医療保険制度運営と同時に、被保険者の皆様の負担が可能な限り抑えられるような料率設定に向けて、引き続き努めてまいりたいと考えておりますので、何卒、御理解と御協力を賜りたいと存じます。以上でございます。

## 座長

ありがとうございました。ただいま、懇談事項（1）令和6・7年度の保険料率の試算について、事務局から詳細の御説明がございましたが、御質問、あるいは御意見を頂戴したいと思いますのですが、いかがでしょうか。はい、どうぞ。

## 委員

昨年の10月から2割負担が導入されておりますが、新潟県では6万人くらいの方が2割負担になったかと思えます。2割負担の方たちの受診抑制というか、その後というのはなかなか目に見えないのでしょうか。前2年などはコロナ禍だったので、なかなか比較は難しいかと思うのですが、受診抑制があったのかどうか、今はまた政府の方で後期高齢者の2割負担を検討しているところもあるので。もし、そういったことが分かればお教えいただきたいと思えます。

## 座長

はい、いかがでしょうか。

## 事務局

2割負担の導入による受診控え等につきましては、確かにおっしゃるとおり、国もその後の影響がどうかということで、確認しているところでございます。私どもも今回の料率の試算におきまして、それがどのように影響するかを確認しているところですが、なかなか制度が始まってから期間が短いというところもありまして、細かい正確な数字が出てきていないというのが正直なところでございます。そういった中で、今回の試算につきましては国の方からは2割負担導入に伴う影響について、こういった考え方で医療給付費を調整したらいかがですかという参考例を示されていますので、その辺りを踏まえた上で、現時点では試算作業を進めているところでございます。以上でございます。

## 委員

はい、ありがとうございます。受診抑制で後期高齢者が重症化しないかが心配なところがありますので、そういうところを後で教えていただけたらと思います。お願いいたします。

## 座長

はい、よろしいでしょうか。はい、どうぞ。

## 委員

はい、質問を2点お願いします。6・7年度の保険料率の試算について、資料1-1の7ページで新型コロナウイルス感染症の影響ということなのですが、一人当たりの医療費を全国と比べると20万前後低いですが、この後もいろいろな数値を全国に比べると医療費が低いというところの要因はどのように捉えていらっしゃるのですかということが一点。それから、9ページの一人当たり医療給付費の試算、これは一人当たりなのですけれども、年々10万くらいずつ増えているという。増えているというのはどういう状況で、10万ずつ増えるのかなという、素朴な疑問でした。お願いいたします。

## 座長

はい、それでは、事務局の方からお願いいたします。

## 事務局

一つ目で、御質問いただきました医療費が低い要因ということでございます。確かに、新潟県につきましては、一人当たり医療費は全国の中で大変低い位置にあるところでございます。その要因につきましては、私どもも調査をしたり、要因を探っているのが現状でございます。しかしながら、なかなか明確に断定してお答えできるものがないもので、引き続き新潟県などの関係保険者と調整した中で、原因については突き詰めていきたいなと思います。明確な答えができず、申し訳ございません。

二つ目の一人当たり医療給付費の増額でございます。その要因につきましては、これもあくまで推測になるのですけれども、医療の高度化が進んでいるということで、なかなか先進的な医療にあたっての治療費だとか、高価な薬だとか、そういったものを使っているもの、医療の環境の整備が進み、診療所等が増えますと、それに合わせて増えていっている部分もありますので、そういったものが、過去のコロナ禍前も増えていった傾向がありましたので、未来予測につきましても、同等の傾向で増えていくと今回試算したものでございます。

## 委員

ありがとうございました。

## 座長

よろしいでしょうか。ほかにどなたか、御質問または御意見ありますか。はい、どうぞ。

## 委員

お世話になっております。今の医療費の関係で私どもの団体の状況を少しお話させていただきます。医療費は全国一低い状況です。なかなか要因も分析をしきれませんが、言えるのは健康度ですね。健診結果をみても、全国と比べて血压、脂質、血糖値、全て保有リスクは全国よりかなり低い、トップクラスで低い位置にあります。ただ、脂質リスクだけは少し12位とか、その程度ですから、健康度がよいというのがひよっとすると医療費が低い要因なのかもしれないと思います。その上で3点ほど質問させてもらってもよいでしょうか。

2ページ目ですけど、先ほど後期高齢者の2割負担もそうなんですけど、私ども、ここにある後期高齢者交付金37.3%の一部を保険者が負担をしています。そこを減らしてほしいということで、この上の方の医療給付費を減らすために、2割負担とか、今言われているのが3割負担者を増やすという議論がありますけれども、私、これ知らなかったんですよ。この12.7%、後期高齢者の負担割、ここ今まで当初10%でスタートとして、ここが上がってきていることを正直勉強不足で初めて知ったんです。要は、後期高齢者の方の保険料を考えると、医療費が今後増え続けるから保険料を上げなければいけない。というのが一方、この下の方の収入見込みに対して、医療費で賄えなければいけない。今、12.7%ですけども。これが、おそらく今後も何%上がっていくことを考えると、その2点の要因で、保険料が今後も上がり続けるのかなと理解している。その理解でよろしいですか。それと12.7%が先々の何%という決まりがあるのでしたら、教えてもらいたい。目安と言いますか。

## 事務局

後期高齢者負担率について御説明をさせていただきます。後期高齢者負担率につきましては、10%がスタートとなって、その中で今回医療の財源につきましては、現役世代の方が負担していただいている中で、負担の割合が高齢者と現役世代の方でバランスよく負担ができようということで、2年に1回見直しをしております。現役世代が減って高齢者の方が増えていくと、それだけ負担率が上がっていくということで、2年に1回、毎年0.3%くらいですかね。上がっていったものでございます。令和6・7年度につきましては、今までの方法ですと、現役世代の負担の上昇率が高すぎるということで、後期高齢者の方からも相応の負担をしてもらわなければいけないということで、制度の見直しが行われまして、その結果、今後は後期高齢者の方が負担していただく割合と、現役世代の方が負担していただく方の上昇の割合が同じになるようにということで、方法が見直されたものでございます。その見直しに伴いまして、今回大きく負担が増えたものでございます。

今後の後期高齢者負担率の見通しでございますが、後期高齢者負担率につきましては2年に1回の見直しとなっております。後期高齢者は今後しばらくの間は割合が増えていく、現役世代が減っていくという中で、後期高齢者負担率についても上がっていきまして。具体的な数字については示されなくて、国会答弁の中で、岸田総理の方からある程度、参考の数値は示されているのですが、将来の数字については2年ごとの見直しの中に決まっていく、今現在は上がっていく見込みといったところでしか捉えられていないというのが実際でございます。以上です。

## 委員

はい、ありがとうございました。もう一つよろしいですか。

先ほどの7ページですが、コロナの感染症の影響で、私どもも、もちろん令和2年度はかなり落ちまして、令和3年度は上がって、令和4年度時点で令和元年度以上になっています。それと比べると、そこまで後期高齢はっていないということは、おそらく受診控えの影響はありましたけど、現役世代と比べると影響がなかったのかなというのが感想ですが、この令和3年度以降回復基調となっています。この回復というのは、医療費の支払いが回復しているという意味ですよ。回復という言葉に違和感を覚えまして、もし見解があればお聞かせいただきたいのが、一つ。それと、12ページでB案とC案を出されているのですが、B案とC案のうち、B案を使う理由がよく分からなくて、単純にBとCの均等割に比べるとBはプラス900円多くなって、8・9年度はBとCを比べるとBは800円少なく、ということは100円多いということですが、被保険者は6・7がピークで増えている。8・9はまたもっと増えるということは、逆の方が財政的にはよいような気がしないでもないのですが、この辺り、なぜC案よりB案を選んだか教えていただければありがたいなと思います。

## 事務局

それでは、まず一つ目の回復という部分なのですが、回復という言葉を使った理由といたしましては、受診控えからの回復ということで、コロナ禍前の状況は毎年医療費が上がっている状況だったので、その状況に回復したということ。確かに、回復という言葉が適切かという点、表現につきましては検討をさせていただきたいと思っております。

続きまして、12ページのB案とC案で、B案の方で検討を進めているという方針にした理由ということですが、B案とC案の違いにつきましては、先ほど御説明したとおり剰余金の投入額の違いでございます。B案につきましては令和6・7年度、今回の料率算定の時期である令和6・7年度と次の令和8・9年度で半分ずつ、C案につきましては令和6・7年度と令和8・9年度で、令和6・7年度の方で大きく剰余金を投入するパターンでございます。パターンBとCに分けた理由につきましては、今回、先ほども御説明したとおり後期高齢負担率が大きく上がるだろうという中で、剰余金の投入額を今回多く投入した方がいいのではないかとということで、バランスを考えたものがC案でございます。それに対して、そもそもの前提といたしまして、令和8・9年度の後期高齢者負担率や、その他制度の概要が見えてこない中で、今回剰余金をたくさん投入すると、当然のことながら令和8・9年度は活用できる財源が少なくなりますので、もし、令和8・9年度で大きな制度改正があった場合、保険料の引上げの上昇抑制に図る剰余金の活用可能額が少なくなってしまう。そういったことを避けるために、まずは剰余金の半分をこの6・7年度で使って、その次の2年間で半分、4年間を通した中で激変緩和につながるようという考え方で、B案を現在、検討しているところでございます。以上です。

## 委員

はい、ありがとうございました。よく分かりました。

## 座長

ほかに、どなたか御質問あるいは御意見ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、懇談事項（１）については、ここで終わらせていただきまして、懇談事項（２）に移らせていただきます。

## （２）第４次広域計画の策定について

## 座長

懇談事項の（２）は第４次広域計画の策定についてです。こちら事務局長から御説明をお願いいたします。

## 事務局

前回の医療懇談会で、広域計画とは何か、また、策定のスケジュールについて御説明しておりますが、計画案を作りましたので資料２－１計画案、資料２－２新旧対照表で御説明します。新旧対照表を使って説明いたしますので、資料２－２を御覧ください。

表の左側が今回の計画案、右側が昨年度に一部を改定した現行の第３次計画になります。２ページをお開きください。現行計画の「２ これまでの作成経過と今回改定の趣旨」を削除し、作成経過については「１ 広域計画の趣旨」に加えます。３ページを御覧ください。「３ 第３次広域計画の項目」を削除します。これは広域連合規約第５条により、広域計画に記載することが定められている二つの項目を記載するものです。規約第５条に基づいて広域計画を策定することは、その前の「１ 広域計画の趣旨」で記述済みであります。また、資料編にも規約全文を掲載しております。次の基本方針へのつながりも考慮しまして、この項目を削除します。

次に「広域計画の基本方針」です。（１）については、今後、紙の被保険者証が廃止される関係で、「被保険者証等」を「各種証明書等」に変更します。（２）から（４）までは、一部文言の修正がありますが、内容に大きな変更はありません。今回（５）に個人情報の保護に関する記述を追加いたします。これは、既に多くの広域連合が基本方針等に個人情報の保護について記載しており、また、昨今、個人情報保護に対する関心が高まっていることから、広域連合の基本方針に「マイナンバーを含む個人情報について、各種法令や情報セキュリティポリシーに基づき、適正かつ厳格に管理します。」という一文を追加するものです。そのほかは文言の修正、資料編のデータの更新を行います。

資料はございませんが、今後のスケジュールにつきましては、本日１２月７日に第２回医療懇談会で説明した後、パブリックコメントを１２月１９日から１月１２日の期間で実施する予定です。パブリックコメント後の、１月に開催予定の第３回医療懇談会で最終案を御提示しまして、２月の広域連合議会への提案・議決に向けて進めてまいります。広域計画についての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、事務局から第４次広域計画の策定について御説明をいただきました。御質問あるいは御意見ございませんでしょうか。

御意見がないようですので、これは、前回もいろいろと御議論をいただいたと思いますので、それでは、次に進めさせていただいてよろしいでしょうか。何か事務局からございますか。

## 事務局

少し補足説明をさせていただきます。今ほど、新旧対照表の基本方針のところと、その次の3番、広域連合及び関係市町村が行う事務に関するところで、各種証明書というところで記述の方を変更させていただくということで、説明の順番が前後していた部分がありましたので、補足説明をさせていただきます。

紙の被保険者証が廃止される見込みでありますけども、その部分は広域連合と関係市町村が行う事務の部分でございますので、改めて補足説明をさせていただきました。

## 座長

はい、ありがとうございました。ただいまの補足説明を含めて、御質問あるいは御意見ございますでしょうか。はい、どうぞ。

## 委員

補足説明の被保険者証から各種証明書に記述が変わったということで、来年の秋には被保険者証は、原則無くなるということなのですけど。現実問題として、後期高齢者の方は現在と同じような各種証明書がないと、なかなか医療にかかれぬのかなという気がしております。それと、新しい各種証明書を発行するのは、今までの被保険者証に変わって証明書を出すということに関しては、事務的には今までどおりということで、新たな経費がかかることはないと考えてよろしいでしょうか。以上です。

## 座長

よろしいでしょうか。事務局からお願いします。

## 事務局

はい、お答えさせていただきます。御質問にありましたとおり、今後、被保険者証が廃止になるという予定になっており、今の被保険者証ではなく、いわゆるマイナンバーカードを利用した被保険者証の利用になります。利用が難しい場合は、資格確認証といった現行の保険証に近いようなもの、マイナンバーカードを所持せず保険証も交付しない方につきましては、こちらの方からプッシュ型で作成を促します。なかなかマイナンバーカードの申請自体が難しい、もしくは、マイナンバーカードを持っているが、身体的な理由で申請が難しい場合等につきましては、資格確認証などを発行できる予定となっております。ただ現状、実際の事務運用につきましては、まだ詳細が不明な部分もございますので、今後どういった形で発行をしていくかということは、国から情報が示され次第、改めて検討を進めていきたいと思いますが、現状としてはこのような状態になってございます。

## 座長

よろしいですか。はい、どうぞ。

## 委員

ありがとうございます。現状、マイナ保険証を使ってかかる方は若い方でも多くなく、私のところでも10%いるかどうかで横這いです。少しずつ増えているという印象も受けていない。調べれば増えているのかもしれませんが、特に後期高齢者の方はなかなか使えない。これから、またシステムを入れなさいと手紙がきて、そこに補助金が出ますということなのですが、なかなかすぐには、思うようにいかないのではないかなということ。今回あったのは、マイナ保険証を持ってきてはいるのですが、仕事が変わったばかりで、まだ紙の保険証が来ていません。マイナンバーで情報を見てみましようとなっても、資格情報なしと出た。本来であれば、変わった時点で資格が見れなければいけない。この状況の中で、後期高齢者がマイナ保険証を使えと言っても難しい。これからどうなるのかなという感じで私はみております。以上です。

## 座長

ありがとうございます。マイナンバーカードについては前回も若干御議論いただいたところでございますが、委員の御意見を拝聴いたしまして、マイナンバーカードというのは、いったい誰に最も権益がある制度なんだろうか。診療サイドなんだろうか、あるいは、保険者サイドなんだろうか、あるいは被保険者サイドはどうなんだろうか。それぞれのメリット、デメリットを含めて、実はよく分かっていないというのが現実ではないかと思えます。資料等をみますと、診療サイドにとっては、薬剤やカルテ情報等を、医師が参照できるというところにメリットがあるのだという説明がありますけれども、これは、委員はどのようにお考えなっているのでしょうか。診療サイドにとってメリットがあるというのが、一番強調されているが、実は本当にメリットを享受すべきなのは、保険者サイドなのではないのだろうか。アメリカやカナダではソーシャルインシュランスナンバーとか、ソーシャルセキュリティナンバーとか、相当古くからやっている制度でございます。これによって、社会保障関連のデータほとんどが、保険者と被保険者の双方が共有できるシステムになっているわけでございますが、日本のマイナンバーカードが、果たしてそれに匹敵するような利便性、保険者と被保険者にとって、どのような活用の余地が期待できるのだろうか。この辺りの説明が未だ不十分ではないかというのが、私の印象でございます。これらについて、もう少しこの機会を頂戴して、御議論いただければと思います。まず、最初に委員、このマイナンバー制度において、診療サイドに相当大きなメリットがあるのでしょうか。

## 委員

残念ながら、今のところ、私のところではメリットを感じておりません。そういうのは、私のところのシステムが、まだ自分のところのコンピューターで、健康診断情報や薬剤情報をみるシステムが立ち上がっていないという状況でありまして、ただ単に受付だけに使っているということで、将来的にそれらを見れるようになればメリットはあると思います。すでに自分自身でマイナポータルにいけば、自分の健康診断の結果や前年度の収入など、様々なことが見れます。医療機関サイドでは、それを使ってメリットがあるという話はあまり出ていない。一部の施設では、診察室内でカルテが見れないので、受付でデータをプリントしてもらったものを事務員に持ってきてもらっているという話も聞いておりますけれども、国の方も大変なのだと思えますけれども、あまりにも拙速に進めすぎているという思い。それを基にした全国医療情報プラットフォームを作るといっている中で、まだまだそこまではいっていない。残念ながら、今のところデジタルで

幸せになるのはIT産業で、私らのところにはメリットをあまり感じていないというのが、私の感想、印象になります。

## 座長

はい、ありがとうございました。それでは、保険者にとってはどうなのだろうか。よろしければ、御意見をお願いいたします。

## 委員

保険者の考えは、委員がおっしゃったとおり、診療側が薬剤情報や過去の特定記録の情報をみて、よく使われるのは、適切な医療をしていただいたことによって、医療費の適正化というか、無駄な医療費が削減されるというのがメリットの一つですけれども、診療側が十分に使っていない状況であれば、保険者にとっても直接的なメリットはないと思います。とはいえ、私どももマイナンバーカードを勧めている立場で、勧めることのメリットとしてよく言うのは、負担割合です。高額療養費にかかったときに、今までは申請をして、高額療養費の受給者証をお作りしていたわけですが、それが無くとも、マイナンバーカードをかざせば、上限額が分かりますので、そういった面では事務負担を防げるし、立替払いをすることがないわけですから、そういったメリットがあると思います。

それと、マイナンバーを使っている方の割合ですけれども、先ほど10%という話がありましたけれども、報道だと全国だと4.45%、私どもの団体に限りますと、確かに2.9%台なんですね。普通であれば毎月上がっていくのが理想なのですが、御承知のとおり7月に色んなことがあって、なかなか上がっていないというか、下がっているというのが状況でして、立場を超えて言うのであれば、このまま保険証を廃止しても大丈夫なのかなというのが、正直なところではあります。だから、マイナンバーカードでも保険証の代わりになるけれども、紙の保険証も使えるといった、ソフトランディングが一番いいのだろうなと思います。先ほど事務経費のお話がありましたが、保険証を発行しないからといっても、何もしないわけではなくて、資格確認証明書を発行したり、それも職権で発行していいと試してみたり、あるいは、マイナンバーカードに載っている私ども保険者の記号番号を別途お知らせしなければいけないということをいわれてまして、要は、保険証を発送するのと何ら変わりがない。要は保険証の名前を変えて、違うものを発行する、全員に発行するということから、ここだけの話、何がしたいのかよく分からないというのが、正直なところではあります。すみません。少し言い過ぎたかもしれません。

## 座長

はい、ありがとうございました。国保の状況について御承知の点がありましたら、委員から御意見を頂戴できますか。

## 委員

ありがとうございます。若干視点を変えまして、私どもは厚生労働省から色んな情報がまいますので、そもそものマイナ保険証についてなのですけれども、委員の方から先ほどお話がありましたが、医療DX、簡単にいうと、デジタル化を進めるに当たっての一つの過程であるというところで、国民の皆様はマイナ保険証を使って受診をしていただいて、そのデータを集めて様々

な医療関係のデータ化をして、適切に取扱って、よりよい医療提供体制を作っていこうというところが、そもそもの要因であったと思います。その一環として、マイナンバーカードをマイナ保険証として御利用いただきたいという主旨でございますが、今年に入っているいろいろなトラブルがあって、私ども国民健康保険の関係でも様々な宿題がきたわけですけれども、そもそもマイナ保険証というのは、医療のよりよい体制を取っていこうというような、一つの過程だというふうに御認識いただければと思っております。ただ、そのやり方については政府の方がやや足早に進めているところもありましたので、都道府県、市町村の方は更に事業負担が生じてしまうということで、若干声を上げているのですけれども、何とか安定的に制度を運用していただきたいと、都道府県、市町村の方から、国に要望しているという実態でございます。またあわせて、まもなくだと思えますけれども、マイナンバーカードの確認作業、これは政府の方から発表になると思います。また、その辺りの動きがあるのではないかとということでございます。私も注視しているという状況です。以上です。

## 座長

はい、ありがとうございました。保険者サイドも必ずしも、メリットを感じている状況ではないというお話でございまして、それで最後に、被保険者にとって、マイナンバーカードはどうなんだろうか。前回の懇談会では、委員から積極的な御発言をいただきましたが、ほかの委員の方から御発言をいただけていないので、もしよろしければ、マイナンバーカードの導入について、どの様な御意見をお持ちなのか御意見を伺いたしたいと思います。

## 委員

私も、マイナンバーカードを持っていますけど、実際にカードで受診したことは、今のところ一回もないです。一つの医療機関しか掛かっておりませんので、今年の春頃からマイナンバーカードの読取機が入ってました。私はマイナ保険証を持っていますけれども、一度もそれを使って受診したことがないです。新聞とかメディアで見聞きして、大したメリットがないのではないかというふうな、自分の意見で申し訳ないですが、そういうふうな感じで受け取っています。今後はいろいろなことで、横のつながりというものが見えてくれば、当然それを使うメリットになるのでしょうけれども、私が行っている医療機関でもお年寄りが多いんですけれども、暗証番号を忘れたとか、いろいろな事で戸惑ったりしております。そういう面では簡単に高齢者でも使えるようなシステムの方がよいのではないかと思います。私も78歳なので、手間取る一人です。もう少し高齢者が簡単に使えるようなシステムにしてもらえばありがたいなと思います。以上です。

## 座長

はい、ありがとうございました。それでは委員も、もし、御発言いただければ、この件でよろしく申し上げます。

## 委員

はい、マイナンバーカードですか。私も委員と一緒に、夫婦で作っているのですが、なかなか利用する場所がないといえますか。医者に掛かっていても利用しないというふうな感じで。私もいろいろマイナンバーカードについて調べましたけれども、透析患者は部屋で保険証を見せると

いますか。事務の方が透析患者のベッドに来て、一人一人集めていくというふうな形を取っておりますので、別にマイナンバーカードがなくても透析患者は医療については簡単にできるということでもあります。その辺りについても、政府もこれだけ力を入れているわけですから、透析患者会も全国に35万人もいるわけですので、その人達がどういうふうにやっていくかというのが、これからの課題じゃないかなと思います。以上です。

## 座長

はい、ありがとうございました。ただいま御意見を伺いながら感じているのは、マイナンバーカードの導入を政府が旗振りをして一生懸命に仕掛けてはいるんだけど、診療サイドも、保険者サイドも、被保険者サイドもそれぞれメリットを感じているという御発言はほとんどなかったということございまして、一体どのように考えればいいんだろうかと。これを後期高齢者医療の保険者としての御意見がもしございましたら事務局長、御発言をいただけますでしょうか。

## 事務局

マイナ保険証を保険者として、どうしても勧められるという方向じゃないですけども、国を擁護するわけではないですが、先ほどの委員の方で、医療サイドの方としてもなかなか技術の進まない関係でというお話がありました。例えばそういったところが上手に回り始めると、それこそ受診をする我々も、私も2カ所、3カ所、お医者さんに掛かっています。そういった中、私の状況を实际、私がしゃべらなくても見ていただいて、「あなた、ここでこういう診断を受けているよね」とか、「こういった薬をもらっているよね」とか。お薬手帳を忘れようが何しようが、変わらずに指導をしていただけることになっていくんだろう。そうしたいというのが国の思いの部分でもあると思うのです。また、被保険者、掛かる患者の皆さん方のメリットをなかなか享受がというところがありますけれども、これから確定申告の時期になってまいります。自分が領収書を取っておかなくても、計算をしなくても、マイナポータルの方からそういったことができるようになってきている状況だと思います。そういったところから、非常に楽になっていっている部分だろうと思っております。なかなか、そういう部分に入りきれてなく、皆様が、楽になることが見えていないところもあるかと思えます。そういった過去の情報を把握して、自分で取り出してつなげる。今はまだ、手書きとか紙が必要な状況ですが、そういったことが出来ていく世の中にしていきたいという国の思いと同時に、なっていくのではないかなという思っているところです。保険証を来年の秋になくす、そう意味では、我々は毎年保険証を発行しておりますので、そういった意味では、資格確認書を発行することについては、今までと大きく変わらないと思っている。その中で、国が進めていこうとしている制度の良いところを、私どもも上手にお知らせをしながら、皆様が笑顔になるような形に持っていければよいかなと思っております。

## 座長

はい、ありがとうございました。ただいま後期高齢者医療広域連合としての立場から、マイナンバーカードの導入についての御意見を頂戴いたしました。総括的に申しますと、マイナ保険証の導入については、何がメリットになり得て、何がデメリットになり得るのかということを含めて、情報が不完全、不明確なまま導入論だけが先に進んでいる。現実にはほとんどの方がマイナンバーカードを取得する段階にも至っていないという状況が見えてきたのではないかな。今後、被保

険者にとって、マイナンバーカードを取得するメリットについて、詳細な御説明をいただける機会があるなら、今後も機会を設けていただきたい。

## 委員

すみません、よろしいでしょうか。広域計画の方に話を戻させていただきます。新旧対照表で1番の趣旨が、今回、旧規定だと1番と2番を合わせて、新規定で1番にしましたが、趣旨という言葉からすると、むしろ旧規定の方がしっくりくる。なぜ統合したのかが分からない。新規定の2段落目というは趣旨ではなく、作成作成の経緯になると思う。それを趣旨に含めた理由を教えてください。

## 事務局

旧規定に書いてある「2 これまでの作成経過と今回改定の趣旨」とありますのは、1年前に広域計画の計画期間を1年間延長し、ほかの国や県の計画期間と揃えたときに追加した項目になります。それ以前の広域計画ですと、この2番はなく、1番の趣旨のみでしたので、そのベースに戻すことを考えたのが、今回の計画になる。ただ、計画も第4次まで進んできましたので、計画の作成の経過までは削除せず、どこかに入れようとしたときに、ここに入れさせてもらった。

## 委員

経過を問いているわけではない。2段落目が趣旨にならないのではないかとという質問で、なるとするならば、それで構わない。仮にそうはならないとするならば、余計なものが入っていることになるので、少し書き方を整理された方が良いのではないかと指摘になります。

2点目として、最初に出てきた各種証明書という書き方は良いのか分からない。そう書かざるを得ないのは承知しているが、その書き方で良いのか分からない。各種証明書というと、際限なく広くなり、それが事務範囲として、そんなアバウトな書き方で足りるのかどうか。新規定の3番「(2) 医療給付に関すること」では、証明書と書いてある。これは医療給付に関する証明書と限定して読み取れる。先ほどの各種証明書となると、各種がつくのと、つかないので何が違うのかを整理した方が、個人的には良いような気がしています。

3点目、新旧対照表で略されていることで、資料2-1の広域計画の案になりますが、3ページですが、事務に関する「(3) 保険料の賦課及び徴収に関すること」と書かれており、巻末の広域連合規約では第4条では「(3) 保険料の賦課に関する事務」と書かれており、若干違う。規約に記載のない事務を含めることに趣旨を聞かせていただきたい。

## 事務局

今ほどいただいた質問のうち、回答できる部分について回答をさせていただきます。

各種証明書という記載についてですが、御指摘いただいたとおり、被保険者証という言葉が使えなくなってしまった中で、どういった表現がよいのかは内部で検討した部分です。確かに各種証明書というと、範囲が広い言葉になるのですが、この証明書の中には給付関係と資格関係の証明書といくつかの種類があるので、証明書の中で限定するのが難しい部分がありましたので、各種証明書という書き方にさせていただきました。

もう一点の賦課と徴収の関係ですが、規約の中では賦課のみになっていますが、実は徴収業務は市町村の業務になっており、広域連合の実質業務ではない。しかしながら、徴収についても完全に市町村任せにはいけないという理念がありまして、私どもの方では、直接徴収をすることはないので、市町村に対して、徴収の対策や助言などを広域連合でしている。そういったことから、広域計画の中では徴収を記載させてもらっている。

## 委員

ありがとうございました。まず、各種証明書については、やむを得ないと理解できますが、何かの注釈があれば、よいのかなと思っているだけです。

賦課と徴収については、おっしゃることは分かります。少なくとも、規約には賦課としてしか書かれてことを計画に書くのは、説明がつくから良いとするのかは分かりませんが、規約の問題かもしれないですし、今すぐという話ではございません。何か機会があるときに、そのあたりの調整を図られたらよいのかなと思います。ありがとうございました。よく分かりました。

## (3) 第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく保健事業（令和4年度実績報告）について

### 座長

懇談事項（3）第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく保健事業について、令和4年度の実績報告ということで、事務局から御説明をお願いいたします。

### 事務局

はい、御説明いたします。

資料3「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）目標に向けた事業計画 目標管理・評価シート」を御覧ください。各保健事業の令和4年度実績と評価を太枠内に記載しております。第3期データヘルス計画案の第2章にも、各保健事業の実績と評価について掲載をしておりますし、また本日は、ほかの懇談事項の分量も多いため、主なものについて説明をさせていただきます。

1 ページを御覧下さい。「健康診査事業」です。令和4年度の実績と評価は2 ページ目の太枠内に記載をしております。受診率は前年度より伸び、26.5%で目標を達成いたしました。受診勧奨判定値該当で医療に結び付いた率は、目標の50%に届きませんでした。

3 ページ及び4 ページを御覧ください。「糖尿病性腎症・CKD（慢性腎臓病）重症化予防事業」です。実績欄を御覧ください。実施市町村数は目標の28市町村に対し22市町村、CKD重症度分類のリスク高・中該当者のうち糖尿病またはCKDで医療未受診者の割合目標50%以下のところ51.1%で、アウトプット・アウトカムどちらも目標を下回りました。

ページを飛びまして7 ページ8 ページを御覧ください。「歯科健康診査事業」です。実施市町村数、受診率、要治療で医療に結び付いた率、いずれも目標を上回る達成となりました。

ページを飛びまして11 ページ12 ページを御覧ください。「在宅訪問栄養食事相談事業」です。実施率、3 回相談終了者率はおおむね達成しましたが、改善率については目標を下回りました。

ページを飛びまして15ページ16ページを御覧ください。「重複・頻回受診者訪問相談事業」です。実施率、改善率ともに目標をおおむね達成しました。

次の17ページ18ページを御覧ください。「服薬相談事業」です。訪問相談の申請率が目標を下回りましたが、ほかの目標はおおむね達成しました。

次の19ページ20ページを御覧ください。「ジェネリック医薬品普及・啓発事業」です。こちらは通知発送の1年後に結果が出ますので、今時点で令和4年度については未評価となります。

次の21ページ22ページを御覧ください。「一体的実施事業」です。実施する市町村数は目標を上回る22市町村となりました。

簡単ではございますが、以上、令和4年度の保健事業の実績について御説明いたしました。

## 座長

はい、ありがとうございました。ただいま懇談事項（3）データヘルス計画に基づく保健事業について、事務局から御説明をいただきましたが、御質問または御意見をいただきたいと思いません。いかがでしょうか。

## （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、時間の関係もございまして、最後の懇談事項（4）に移らせていただきます。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、これも事務局から御説明をいただきたいと思えます。

## 事務局

第3期データヘルス計画の修正案について御説明いたします。資料4を御覧ください。

前回から修正や追加をした点、また、今回は空欄だった部分を作成いたしましたので、御説明いたします。前回の会議で、委員から健診受診率の分母にあります「除外者」について御質問をいただきましたが、私のそのときの回答が不足しておりましたので、訂正させていただきます。55ページをお開きください。前回、除外者は刑務所などに入所している方などとお答えしましたが、そのほかには、病院や診療所に6か月以上継続して入院している方、障害者支援施設、養護老人ホーム、介護保険施設などに入所・入居している方が除外者となっております。健診対象外の方のほとんどは、このような社会福祉施設等の入所者でございましたので、訂正をさせていただきます。なお、55ページの表の下、除外者の部分に「長期入院者や施設入所者等」と追記をさせていただきました。

また、前回の会議で委員から御意見いただきました、「男女別のデータ」につきまして、一部のデータを男女別の表に差し替えをしております。58ページの中段の表を御覧ください。「人工透析患者で糖尿病のある者の状況」ですが、人工透析患者、また、人工透析患者のうち糖尿病のある者の割合は、女性よりも男性の方が高くなっておりましたので、男女別の表に差し替えをしております。また、63ページの一番上の表を御覧ください。「生活習慣病に占める各疾患」ですが、脳血管疾患、糖尿病の割合は男性の方が高く、脂質異常は女性の方が高くなっておりましたので、こちらも男女別の表にしております。また、前回の会議資料59、60ページに、市町村ごと

の健診状況の表を載せておりましたが、全体のバランスを考え、今後作成する予定の資料編へ移動させることとして、今回ここから抜けております。

64ページを御覧ください。前回、作成中ということで空欄でした「重複・頻回受診者」について記載をいたしました。重複受診、頻回受診のいずれの対象者の割合も減少傾向にあります。

69ページを御覧ください。「2 健康・医療情報等の分析に基づく健康課題の抽出」です。前回の会議で御説明しておりましたが、2番が課題と取組に同じ文章が入っていたり、また、市町村からの御意見で、7番の「要介護3以上の者の認定率及びサービス利用率の減少」が、サービス利用の抑制という誤解を受けるなどがありましたので、事務局で検討し、修正しました。その修正案が、本日、机上にお配りしております「当日配布」の1ページ目、「69ページの修正案」となります。関連する項目をまとめ、文言も整理いたしました。内容としては表になっているものと変更はありません。こちらの修正案に差し替えさせていただきたいと考えております。

資料4にお戻りいただきまして、74、75ページを御覧ください。第3期の事業計画の部分で、新たにこの2ページを追加いたしました。中長期的な目標、短期的な目標の評価指標と目標値の設定をし、追加いたしました。こちらの2ページにつきましても、事前に送付しております資料から追加や修正を行いたく、修正案をお配りしております。当日配布資料の2ページ、3ページ目を御覧ください。修正案の赤字は事前配布資料からの変更点、黄色く塗ったところは、介護やフレイル予防に関する指標が不足していたために追加するものです。

再び資料4にお戻りいただき、73ページの第3期計画の体系図を御覧ください。右側の保健事業の枠の中、一体的実施の事業についてを前回から整理し直しました。「重症化予防（糖尿病性腎症）」と「重症化予防（コントロール不良者）」の二つの事業を一つにまとめ、「④重症化予防」としました。これは、区別せずに一つの事業として実施している市町村があったためです。その結果、事業数は一つ減少して、全部で12事業となります。また、一体的実施の中の事業の掲載順を、広域連合で重点を置く順番に並べ替えをし、御覧のと通りの順番としております。

76ページからの保健事業を御覧ください。前は空欄でした、アウトカム・アウトプットの目標値について設定及び記載をいたしました。目標の考え方について御説明いたします。事業番号①から③の「健診事業」、⑩から⑫の「その他事業」につきましては、アウトカム（成果）・アウトプット（実施量）は第2期計画から大きく変わりません。

今回の計画で新たに盛り込んだ、「一体的実施」については、国が示す評価指標例を参考に設定しております。「④重症化予防」から「⑧投薬（重複・多剤）」の5つのハイリスクアプローチ事業につきましては、評価指標はほぼ共通となっております。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、支援実施率（支援対象者のうち支援できた者の割合）としております。事業実施市町村数については、国が共通評価指標に設定しているため、当広域連合でもこれをアウトプットに当広域連合でも設定しております。

全市町村が一体的実施を行う予定の来年度以降は、各保健事業を実施する市町村を増やし、支援できた者を増やしていくことを目標としたいと考えております。中でも、特に第2期計画の評価や健康医療情報の分析から、当広域連合では④重症化予防、⑤低栄養、⑥健康状態不明者に重点を置いて取り組んでいく必要があると考えており、④重症化予防と⑥健康状態不明者につきましては令和11年度までに全30市町村、⑤低栄養は現在取り組んでいただいている市町村数の約2倍の15市町村での実施を目標としたいと考えております。なお、⑨フレイル予防は、ポピュレーションアプローチ事業ですが、一体的実施の要件になっており、既に全市町村で取り組んでおり

ますので、アウトプットは実施する通いの場の数と、参加延べ人数の増加としました。また国保連合会の保健事業支援・評価委員会でいただいた助言を参考に、アウトカムは設定しないことといたしました。

では個々の事業のアウトカム、アウトプットの目標値について簡単に御説明いたします。76ページを御覧ください。①健康診査事業です。アウトカム（成果）は、受診勧奨判定値の未治療者が医療に結び付いた者の割合、目標50%、アウトプット（実施量）は健診受診率、前年度比増加を目標としました。

77ページ、②歯科健康診査事業です。アウトカム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、目標95%です。アウトプットは実施市町村数と、歯科健診受診率の二つを設定し、令和11年度までに全市町村での実施と、受診率、前年度比増加を目標とします。

78ページ、③在宅要介護者歯科保健事業です。アウトカム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が90%、アウトプットは受診者数、前年度比増加を目標とします。

79ページからは一体的実施の保健事業になります。一体的実施につきましては、市町村から事業を実施していただいて目標達成できるものです。

では、79ページ、④重症化予防です。先ほど御説明したとおり、一体的実施の評価指標はほぼ共通で、アウトカム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。目標値は、アウトカムは支援を行った者のうち受診が確認できた者の割合が60%、うち糖尿病性腎症事業の対象者について受診が確認できた者の割合が70%、アウトプットは令和11年度までに全市町村での実施と、支援実施率前年度比増加です。

80ページ、⑤低栄養です。アウトカムは体重が維持・改善できた者の割合80%、アウトプットは令和11年度までに15市町村での実施と、支援実施率の前年度比増加を目標とします。

81ページ、⑥健康状態不明者です。アウトカムは事業により健康状態を把握した人のうち、翌年度に健診を受診した者の割合10%、必要な医療・介護サービスにつながった者の割合50%を目標とし、アウトプットは令和11年度までに全市町村での実施と、健康状態把握率の前年度比増加を目標とします。

82ページを御覧ください。⑦口腔です。アウトカムは質問票で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について25%以上、アウトプットは実施市町村数と支援実施率、いずれも数値目標は設けず、前年度比維持増加と増加を目標とします。

83ページ、⑧投薬（重複・多剤）です。アウトカムは相談により服薬状況が改善された者の割合とし、まだ一体的実施での取組実績が少ないため、広域連合での取組実績から50%に設定しています。アウトプットは実施市町村数、支援実施率、いずれも数値目標は設けず、前年度比維持増加または増加を目標とします。

84ページを御覧ください。ポピュレーションアプローチ事業の⑨フレイル予防です。アウトプットは実施する通いの場の数、参加延べ人数の前年度比増加としました。また、先ほど説明いたしましたが、国保連合会の保健事業支援・評価委員会でいただいた助言を参考に、アウトカムは設定しておりません。

85ページからは広域連合が実施する相談事業で、いずれも継続事業になります。85ページの⑩重複・頻回受診者訪問相談指導、86ページの⑪在宅訪問栄養食事相談事業、87ページの⑫服薬相

談事業は、いずれのアウトカム指標は、相談実施により改善された者の割合とし、それぞれ記載の割合、アウトプットは相談の実施率とし、いずれも前年度比増加を目標としました。

90ページを御覧ください。前回会議で御意見いただきました「2計画の公表・周知」に、冊子を市町村や関係者に配布する旨を追記しました。このほかに、データを最新のものへ移行し、データの追加、数値や文言の細かな修正を行っております。一部にまだ令和4年度のデータが入っていない部分がございますが、追加して掲載する予定です。また、現在、掲載データの年度にばらつきがあるため、本日の資料には間に合いませんでしたが、基本的には平成30年度から令和4年度のデータに統一する予定になっております。

この計画修正案につきまして、委員の皆様からまた御意見をいただきたいと思っております。また、今後のスケジュールとしましては、広域計画と同様にパブリックコメントを行い、第3回医療懇談会で最終案を御提示する見込みとなっております。

よろしく願いいたします。

## 座長

はい、ありがとうございました。ただいま、懇談事項（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、事務局から御説明がございました。御質問または御意見を頂戴したいと思います。いかがでしょうか。はい、どうぞ。

## 委員

前回の懇談会の際、歯科健康診査の受診率に差がある理由をお聞きしたかと思うのですが、その辺りは分かりましたか。56ページに柏崎が3.3%で、新発田市が27.6%ということで、10倍近くの差があるので、何かしら原因があるのだらうなということでお聞きしたと思いましたが、調べていただけましたでしょうか。

## 事務局

すみません、分かりませんでした。

## 委員

分かりました。ありがとうございました。それと、今年度の実施市町村が26市町村だったと思うのですが、来年度は27市町村予定なのでしょうか。予定はまだ目標ということですか。77ページの目標値のところには2024年度には27市町村とあるんですけども。

## 事務局

今年度は26市町村となり、村上市が新たに実施をしております、来年度以降は目標になります。

## 委員

まだ、確実に増えているということではなくて、目標ということですかね。分かりました。

## 事務局

すみません。確定はしていないのですが、実施予定の市町村がありますので、来年度1市町村増やしております。

## 委員

はい、ありがとうございます。

## 座長

ほかにどなたか、御意見または御質問ございませんか。はい、どうぞ。

## 委員

この計画の中に低栄養の対策があったようなのですが、生活習慣病のほとんどは肥満から悪化しているのですが、肥満という言葉はあまり出てこない。肥満対策という言葉はどこかに出てくるのか、それに対する対策というのは表記されているのか。そちらについて教えてください。後期高齢者は肥満の方があまりいらっしゃらないのか、対策は必要ないということなのか。

## 事務局

肥満対策についてですけれども、国の方の手引きですとか資料の方では、低栄養の方に重点をおいておまして、肥満についての対策というのは、一体的実施事業でもジャンルとしてもないので、どちらかというところ、後期高齢者の健康課題としては低栄養の方が重要と考えております。

## 委員

色んなところに言葉としてね、生活習慣病の重症化予防のための行動をとることで、その行動というのは、やはり、運動と生活習慣病の重症化予防のためのカロリー制限ですよ。そうすることで糖尿病も少なくなるだろうし、そこから移行する透析も少なくなるだろうし、基本的には、そこにあるんですよ、生活習慣病の要因というのは。ところが、世の中の人には薬を飲んでいれば大丈夫、糖尿病の薬を飲んでいるから、どんどん食べているとかですね。そういう人が結構いらっしゃると印象を受けているので、そういう人の対策を練らなければダメなんですよ。薬を減らすということに関してはですね。そういうのをどこかに盛り込んでいただくと、よいのかなというふうに思っているのでも御発言させていただきました。

もう一つは前々から言っているように、横文字、カタカナ言葉ですよ。アウトプットやプロセスなど、括弧して日本語で書いてある。これが逆だったらよいのですが。表紙のデータヘルス計画は括弧がカタカナだから、これはいいですね。ほかのところは、アウトカムが括弧で成果、最近キックバックという言葉が出てますが、何で最近こんなにね、カタカナ言葉が多くなってきたのか、非常に危機感を覚えています。私が高齢者だから気になるだけなのかもしれませんけど。そちらにいらっしゃる若い方々は、今後、こういうカタカナ英語みたいなものはなるべく使わないように、日本の言葉を使うように、これは国がそういうふうと言っているから仕方がないというのは分かっているんですけど、考えていただけたらと思っただけで、発言をさせていただきました。以上です。

## 座長

はい、よろしいでしょうか。こちらは御要望としてお伺いするというので。ほかには、どうぞ。

## 事務局

どこまで、出来るかという部分はあろうかと思えますけれども、例えば、私どもで主体となつて、そこを同じように出しているところについては、そういったことも考えていきたいと思えます。私も実際に見ても、最初一読した段階では、あまりよく分からないというのが実態でございます。ありがとうございました。

## 座長

ほかに。はい、どうぞ。

## 委員

今ほどの委員のお話を踏まえて、少しコメントをさせていただければと思えます。まず、肥満の方の話でございますけれども、今回広域連合の皆様の方がデータヘルス計画を策定いたしました。国民健康保険の分野においても、各市町村の方でデータヘルス計画を同じように策定をいたしております。そんな中、これも国から示されたのですけれども、全県を統一するような評価指標を作るべきじゃないかということで、肥満の関係、メタボリックシンドロームの抑制というところを国民健康保険の分野では入れさせていただいております。それに基づいて各市町村の方ではデータヘルス計画を策定中ございまして、保健事業支援・評価委員会というところで、専門家の皆様から御意見をいただいて、データヘルス計画の実際がどうかというところを確認させていただいているところでございます。合わせて、横文字の関係についてなのですけれども、結果的に私ども役所の方で作るものですから、国のガイドラインに沿ってというところになると、どうしても横文字になってしまう。私も初見したときに、ストラクチャーですとかプロセスとかがよく分からなかったのですけれども、国の方も、今までは第3期になりますけれども、各市町村がバラバラで、各組織が組み立てたデータヘルス計画をなるべく同じような方向性にもっていこうというのが、理由でございます。従って、全国的に、新潟県全体で同じような目標という方向性を組み出したのですけれども、各市町村がバラバラで取り組むよりも、同じ方向で、同じ課題意識をもって、この評価指標を立てて、取り組んでいこうというのが、今回新しくなったところでございます。

何を申し上げたいかという、各自治体がバラバラで目標を立ててやっても、なかなか成果が上がらないので、全体で同じ目標・視点をもつことが大事だというのが、今回大きな流れということで、御理解いただければと思えます。

## 座長

はい、ありがとうございました。委員から補足的な御意見を頂戴いたしました。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。はい、どうぞ。

## 委員

今ほどの説明で、男女の比率を出していただきましてありがとうございました。説明では、男女の比率に違いがあったというところで、58ページは人工透析患者、それから63ページは生活習慣病に占める各疾患ということですが、それでは逆をいうと、ほかのところでは男女差がなかったということでしょうか。そうすると、62ページに疾病分類別の医療費ということで文章を掲げられていますが、男女差があるというところの文言をそれぞれに入れてもいいのかなというふうに思ったところですが、その辺りは、どうですか。

## 事務局

文章の文言のところにも男女差があることを表記すべきかということによろしいでしょうか。

## 委員

はい。入れない理由というか、その辺りのところですね。

## 事務局

検討させていただきます。ただ、男女別に対策を立てているわけではございません。現状の整理としては、男女に差があるというところを加えるかどうか、検討させていただきたいと思えます。

## 委員

はい、ありがとうございます。ここで男女別が出てきているので、その辺りを触れた方が違和感ないのかなと思いました。あとは、よろしく願いいたします。

## 座長

はい、ありがとうございました。ほかに、どなたかございませんか。

## 委員

初歩的なところで分からないのですが、例えば、一体化事業の79ページとかで、支援実施率というのがあるのですが、支援実施率というのは誰が誰を支援するのですか。

## 事務局

市町村の方で、ハイリスク者として抽出した人が事業の対象者になりまして、そのうち、支援を実施できた者が実施者になります。実際に訪問して指導ができた者の割合です。

## 委員

これも、統一的な書き方をしないとダメなのかもしれませんが、単純に、対象者の中で実施できた者というだけ、そういう理解でよいのですか。

## 事務局

そのとおりでございます。

**委員**

なぜ、支援という言葉が入っているのか分からないのですが

**事務局**

言葉についても、分かりよい言葉があるかどうか検討をさせていただきたいと思います。

**委員**

ありがとうございます。すみません、引っ張るつもりはないです。各種事業において、市町村が行っている、何らかの事業を実施する際、対象者を抽出して実施するということですか。

**事務局**

そうですね。リスクが高い者をデータから抽出して対象者を決めるのですけれども、その対象者が支援対象者になります。

**委員**

支援の中身が分からない。

**事務局**

支援の中身は、各市町村でバラバラです。

**委員**

それぞれの何らかの事業があって、それを支援という言葉で包括しているという主旨ですかと聞いたのですが。

**事務局**

はい、そうです。

**委員**

分かりました。あと、すみません。これも細かいかもしれませんが、86ページの在宅訪問栄養食事相談事業についてですけれども、これは全然悪いわけではなくて、ここだけプロセスが妙に具体化されているんですけれども、第3期もそうだったんですが、ほかのプロセス欄というのは、むしろ概要というところが何も無いことに等しくて、それは実施内容を見ないと分からない。ところが、ここだけ概要というところで、それなりに具体化を図っている。そうだとおっしゃればそれでよいのですが、なんとなく抽象度の違いが、ほかの項目と比べて気持ち悪い気がします。その辺りはどういうことでしょうか。

**事務局**

表現については、統一を図らせていただきたいと思います。

## 委員

すみません、もう一点だけお願いします。個々のアウトプットに関しては、考えの上でのことなのでしょうけれども、例えば、78ページの在宅要介護者歯科保健事業ですね。これはアウトプットで純粋な数の問題にしているのですけれども、ここでは率は触れなかったのかと、ほかのところでは、割と受診率とかが多かったのですが、③の部分だけを数にしたことの理由を教えてくださいと助かるのですが。

## 事務局

預からせていただいてよろしいでしょうか。

## 委員

お願いいたします。

## 座長

それでは、ほかにございますでしょうか。はい、どうぞ。

## 委員

また、肥満のことに戻って申し訳ないのですけれども、その問題については57、58ページ辺りに出てましてですね。57ページには「生活習慣病リスク保有者の割合は、全国と比較すると全てのリスクにおいて低い状態ですが、経年では増加傾向にあります。」と書いてあって、その図が次のページ、肥満リスクが平成28年から少し上昇をしている。全国平均よりは低いみたいですが。それでそのまた、76ページの健康診査事業で「生活習慣病の重症化予防のための行動をとることができる。」と、目標の中では、計画だからあまり具体性は持たなくてもよいのかもしれませんが、糖尿病、高血圧、CKD未治療者の減少、自ら健康づくりに取り組む高齢者の増加、健康状態が不明な高齢者の減少、その辺り、そのためには、まずBMIを少なくとも25以下にしましょうとかですね。具体的な目標を入れてもいいのかなというふうに、私は見ながら思っているということです。以上、意見にないです。

## 座長

よろしいでしょうか。ほかにごなたか御発言ございませんでしょうか。

それでは、最後に私の方から1点だけ、委員は肥満を問題にされましたけれども、私として気になるのは、むしろ要因の分析のところ、54ページでアルツハイマー病の死亡率が全国の2倍以上で、令和4年度の全国死亡順位は1位であった。これが出ておるのですけれども、これとデータヘルス計画における事業とどう関連付けるのか、全く見当たらないわけでありまして、そもそも、このデータそのもの自体がどれだけ深堀りした結果として、新潟県でアルツハイマー病がこれだけ高い、全国比率で最も高い県になっているのか。しかも、医療費は全国で最低だということで、アルツハイマー病の対策というのは、医療の対策としては不可能なのだろうか、それとも、保健事業と介護予防との一体的な取組の中で進めるという御予定なのだろうか。この辺りについて、どのような判断がなされているのかを伺っておきたいと思っております。いかがでしょうか。

## 事務局

なぜ、アルツハイマー病の死亡率が高いのかということについての研究はしておりません。逆にお医者さんにお尋ねしたいくらいです。どういった場合にアルツハイマー病の死亡診断がつくのかなというところを、逆に教えていただきたいなと思っております。アルツハイマー病の対策ということで、何をするとということに記載はしておりませんが、例えばフレイル予防で運動をしたり、人との交流をもったりというところで、少し重症化予防の中で進行を防げるところがあるかということ、総合的に絡んでくるところなのかなと考えているのですが、その辺りについても、御意見を専門家の方から教えていただければありがたいなと思います。いかがでしょうか。

## 座長

原因について委員、何かございますか。

## 委員

私もアルツハイマー病が死因として載ってくるという話はよく分からない部分があります。最終的に老衰で亡くなられて、アルツハイマー病と生前に診断されていたので老衰やアルツハイマー病とつけたり、それだけ健康で長らえてお亡くなりになったのではないかなというか、ほかの病名がつかないという気がする。このデータが果たして悪いどうかといわれると、ひょっとしたらよいのかもしれない。この病名で死因にすること自体が、かなりバラつきがあるのではないかなという気がしています。私は専門外なので分かりませんが、死亡診断書を書いておりませんが、少しそんな気がします。だから、死因が1位であるからといって、決して悪い状況ではなくて、最終的に大腸がんや胃がんなどの死因がなく、自然に亡くなられて、アルツハイマー病として診断がでていたから、死因としてそこに書いたのではないのかなという気がします。詳しくは分かりませんが、そこまで気にしなくてもよいのではないかなという気がするのですが、調べてみないと私も何とも言えません。以上です。

## 座長

少し伺っておきたいのですけれども、医師が死亡診断書で死因という記載をするときに、何を標準的な基準として用いられるのか。アルツハイマー病で死亡というふうを書く場合と、老衰で死亡と書く場合に厳密な区別はあるのでしょうか。

## 委員

ほかに何もなければ、老衰として書くのでしょうか。アルツハイマー病と診断されていたということが分かれば、それを使ってしまう。主病名を死因に書くわけで、書くのは悪性疾患であれば第一に書くことが多いですけれども、胃がんで衰弱して亡くなったとか、脳出血なら脳出血、脳梗塞なら脳梗塞、そういうふうに行くわけですが、それは診た医者の判断もあるので、必ずしも全て死因がそうとは限らない、病死であることははっきりしているということで、医者がそのどれを主病名とするかということで、私も最近そういう死亡診断書から離れている人間ですので、何とも言えません。その原因を2番目に書くということ、本当に最終的に心臓が止まって心不全とかね。本当は心不全だけれども、それを書かないで、その原疾患を書くわけです。

よ。慢性的にもっていた病気が悪化して亡くなったのであれば、その病名を書きなさいよとなっているかと思うのですけれども。今のアルツハイマー病と老衰のどちらかということは、単に診断がついているかどうかだけなのではないかなという気がしますけれども、私の個人的な意見ですので、何とも間違っているかもしれません。

## 座長

それは、統計的な優位な差が全国対比で2倍になると、これは個人のお医者さんの判断の揺れというレベルではなくて、統計的に優位な格差があると。ここをどのように評価すべきかというところが、問題なのですけれども、これも個人差の集積の効果でしかないのだろうか。この辺り何かございますか。

## 委員

これは調べてみないと分からないのですけれども、今、たまたま調べてみて、死因としての認知症というコラムを書いた先生がいらっしゃいましたけれども、老衰や誤嚥性肺炎が原因の認知症もあるし、死因をアルツハイマー型認知症とすることがすごい増えてきて、2016年の統計では女性の死因の10位に入りました。死因の肺炎として、アルツハイマー病がかなり含まれているのではないか、という意見もあって、新潟県だけ多い理由、新潟県の方がそういう診断をする先生が多いのかなという気がするので、調べてみなければ何とも分からないので、私の方も調べてみたいと思います。

## 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や御質問はございませんか。それではないようですので、本日予定しておりました全ての懇談事項を終わらせていただきます。

## 3 その他

### 座長

そのほか、事務局から何かございますか。

### 事務局

すみません。本日の中で、1点補足させていただきたいことがございます。資料2-2「第4次広域計画」の関係です。委員から御質問いただいた3番目のところです。3番目の(3)広域計画の方には賦課、徴収と書かれていて、規約の方には賦課のみになっていた件について補足をさせていただきます。こちらについては今ほど確認したところ、規約の方には広域連合が行う事務となっており、広域計画の方は趣旨の中で広域連合及び関係市町村が役割を分担して、連絡調整を図りながら進めていくことになっております。3番のところでは広域連合及び関係市町村が行う事務に関することになっておりましたので、広域連合は賦課を行いますし、関係市町村が行う事務として徴収を入れております。先ほどの御質問の中で規約と広域計画の違いというところで御説明をさせていただければ、ここでは関係市町村の事務を入れており、徴収を入れておりますことを補足させていただきます。

## 座長

事務局から補足説明がございましたが、よろしいでしょうか。はい、委員。

## 委員

もちろん、主体が違っていることは分かっているのですが、だから広域連合が徴収しないのかというと、徴収に係る事務も間接的ながらやっているという事実は変わりありませんので、そうすると、むしろ規約の方が言葉足らずというか、むしろ加えた方がよいのではないかという主旨であります。ありがとうございました。

## 座長

はい、よろしいでしょうか。それでは時間も押し迫ってまいりましたので、これにて懇談会を終了させていただきます。座長としての進行役もこれにて辞任させていただきます。どうも長時間にわたりまして、熱心な御議論ありがとうございました。

## 4 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務めていただきまして、ありがとうございました。委員の皆様も長時間御懇談いただき、ありがとうございました。

本日は令和6・7年度の保険料率や、第4次広域計画、第3期データヘルス計画などにつきまして、たくさんのお意見をいただきました。頂戴いたしました御意見などを踏まえまして、修正等を加えながら御報告をさせていただきたいと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

また、委員の方から肥満に関する御指摘をいただきました。保健師と一緒にこの計画を練っておりますので、そういったところを確認し合いながら、ブラッシュアップをしていきたいと思っております。ありがとうございました。

次回の懇談会の開催予定ですが、来年の1月下旬から2月上旬までの間で調整をさせていただき、開催をさせていただきたいと考えております。懇談事項につきましては、今回御懇談いただきました保険料率や第3期データヘルス計画についての最終案の報告などを予定しています。引き続き、委員の皆様から御意見を賜りたいと考えていますので、よろしくお願いいたします。

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2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31分 閉会 —