

公開可

委員名消去の記録

平成27年度
第1回新潟県後期高齢者医療懇談会
会議録

平成27年7月21日(火)

自治会館本館4階401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	顧問	大野 一伊	
	新潟県シルバー人材センター連合会	新潟市シルバー人材センター 理事	片山 進蔵	
	新潟県腎臓病患者友の会	会長	馬場 享	
保険医又は 保険薬剤師代表	新潟県歯科医師会	常務理事	亀倉 陽一	
	新潟県薬剤師会	副会長	山岸 美恵子	
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
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 企画総務部	部長	土居 稔典	
	健康保険組合連合会 新潟連合会	理事	関 雅人	
行政関係者	新潟県福祉保健部 国保・福祉指導課	課長	吉田 誠吾	
事務局		事務局長	野本 信雄	
		事務局次長	田辺 信一	
	業務課	課長	高橋 浩二	
	業務課	課長補佐	土沼 亨	
	総務課 総務係	係長	遠藤 滋	
	総務課 企画係	係長	細谷 智昭	
	業務課 資格保険料係	係長	牛木浩太郎	
	総務課 企画係	主任	山口 康德	
	総務課 企画係	主任	勝見 慶美	

－ 午後 1 時 15 分 開会 －

1 開会

2 あいさつ

開会にあたりまして、一言ごあいさつ申し上げます。

本日は、お忙しい中をご出席いただきありがとうございます。現在、国では安全保障関連法案の審議が佳境に入っておりますが、保健・医療・福祉に関しましても、税・社会保障制度の一体改革が大きく進もうとしています。

「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」が、2ヶ月の審議を経て、5月29日に公布をされております。内容の主なるものは、国民健康保険の安定化のため、都道府県が財政運営の責任主体となる制度改革や、後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入、負担の公平化として、入院時食事代の段階的な引上げ、紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入、健康保険の保険料算定基礎となる標準報酬月額の上限額の引き上げなどがございます。

そのほかの動きでは、「経済財政運営と改革の基本方針 2015 について」、いわゆる「骨太方針 2015」が6月30日に閣議決定されるとともに、同日付で「日本再興戦略改訂 2015」も閣議決定されております。また、「規制改革実施計画」についても同日に閣議決定されておりますが、いずれも社会保障制度に深く言及しているものであり、医療・福祉・保健に係る改革が、今まさに加速されているとの感がございます。

広域連合としては、この動きを注視し、必要に応じては国に働きかけてまいりたいと考えております。

さて、本日の懇談会の議題についてご説明いたします。「懇談事項」は1点ございます。

保健事業実施計画(データヘルス計画)の策定についてですが、昨年よりお話してまいりましたとおり、国は診療報酬明細書(レセプト)や健康診査のデータを分析・活用などをしたうえで、「保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定し、保健事業の実施及び評価を行うよう各保険者に求めております。

当広域連合も昨年度より作業を行ってまいりましたが、このほど、計画案がまとまりましたので、ご報告し、ご意見を頂戴したいと思っております。

また、「その他」といたしまして、今年度が、平成28年度・29年度の保険料率見直しに向けての算定作業の年となっておりますので、これらのスケジュールについてご説明いたします。

また、この10月からマイナンバー制度が始まり、市町村より全ての住民に個人番号が通知されることになりました。この番号制度に対する当広域連合の対応についてご説明いたします。

以上となっておりますが、皆様方からは忌憚のないご意見を頂戴いただければ幸いです。

本日は、よろしく願いいたします。

3 委員紹介

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。

委員の交代がありましたので、私の方から紹介させていただきます。

※事務局による委員及び事務局員の紹介

それでは、次第の4「懇談事項」に移らせていただきます。ここからの進行は、座長にお願いしたいと思います。

4 懇談事項

(1) 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

しばらくでございました。

本年度第1回の懇談会ということで、先ほど事務局からご挨拶ありましたように、今いろいろな意味で、医療・福祉・保健のみならず様々な政治課題について、あらゆる動向が東京で展開されているわけです。ご挨拶の2番目にありましたように、この広域連合につきましても新たな展開といたしまして、今日の懇談事項である「データヘルス計画」というものが策定されることになっております。

今日の「懇談事項」はこの1つでございます。新たに、医療に関連する様々なデータを集積し、これを利活用できるような制度設計というものを目指して、3年間のデータヘルス計画を策定したいということで、ご提案いただいております。

それから「その他」のところ、保険料率改定の話ともう1つ、マイナンバーの実施にかかわって、非常に重要な論点が含まれております。ご活発な意見を頂戴できればと思っている次第です。

それではさっそく「懇談事項」に入らせていただきます。「懇談事項（1）保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定について」、説明を事務局の方からお願いいたします。

※懇談事項（1）について、事務局員が説明を行う。

座長

ありがとうございました。

ただいま事務局の方から、「懇談事項（1）保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定について」説明をいただきました。

委員の方には、事前にデータヘルス計画（案）の本体を郵送配布し、内容を点検いただいているものということで、詳細はそちらの方にゆだねて、事務局からは資料1-1の概要についてご説明をいただいたわけです。

この説明について、最初にご質問がございましたらお受けしたいと思いますのですが、いかがでございましょうか。

よろしゅうございますか。

それではご質問がないようですので、ご意見を頂戴したいと思います。

初めてのデータヘルス計画を広域連合で取り組むということになりますが、ご意見ございましたでしょうか。具体的な内容につきましては、事務局の説明及びデータヘルス計画(案)についてご覧いただいているという前提で、ご意見を頂戴したいと思います。いかがでございましょう。

委員

医療費の分析をみると、P15に「平成26年8月～平成26年11月診療分の医科・調剤の電子レセプトを対象に状況分析を行った」とありますが、これはこの3年間に関しては、4か月だけの分析ということになりますか。今回のPDCAサイクルが終わったら、また次回に長いスパンの分析を行うということでしょうか。

分析期間がちょっと短いかな、という気がします。

事務局

はい。このたびデータヘルス計画を策定するにあたっては、4か月間のレセプトを分析させてもらいました。今後は事業の効果検証をしていくということになりますので、逐次新しいデータが蓄積されていきます。今後は、蓄積された新しいデータを使って、いろいろな分析をしていく予定です。

29年度までの計画になりますので、次期30年以降の分については、その蓄積されたデータ等過去分も見ながら考えていけたらと思っています。

委員

何月のデータを使うとか、決められているわけではないですね。

事務局

そういうことはありません。

委員

わかりました。

座長

よろしいでしょうか。

1番重要な、データヘルス計画の根幹にかかわる部分でございます。レセプトデータが4か月分のみで、しかもこれの分析につきましても、データヘルス計画の中で使われているデータそのものをご覧いただきますと、非常に暫定的な形で、限定的な項目についてのみの分析になっています。いうならば弱点なり欠陥なりがあるということです。

これは、今回は国保データベースシステムからのデータが分析対象にならなかった、あるいは、そのための準備期間が十分ではなかった、というバックグラウンドがありました。その上での、今回のデータヘルス計画だにご承知おきいただきたいと思います。

これを含めまして、他に何かご意見はございませんか。

委員

私どもの会では3～4年くらい前から、単体の病名に関して、厚労省の方からいろいろな話を聞かせていただいている。特に今ここに出ている腎不全に関しては、薬と併用しながら透析治療を受けるという形になってくると、冒頭お話しのありました高額医療の筆頭にあげてくるわけです。

そんな中で、今先生がおっしゃったような4か月云々の話がありますけれども、私どもにしてみますと、ここ数年の間のデータ分析はされているように感じます。ですから、ここに今あげていただいた、個々の疾病に関する分析というのは、おそらく内部資料として厚生労働省はもっているのではないかと。私らには示されませんが、そういう気がしています。だから、事務の方でやろうと思えば、それに基づいて、歴史の中で作ることも可能かな、という気がしています。

座長

はい、ありがとうございます。

ただいま委員から、それぞれの疾病分類ごとのデータは、厚生労働省の方で実際には保有しているのではないかとのご指摘がありました。

あるいは他の医療保険者のデータヘルス計画、特に職域のデータヘルス計画は、もう昨年度すでに様々な形で策定されたことと思います。

そのあたり含めまして、保険者側の委員から広域連合のデータヘルス計画について、ご意見をいただきたいと思います。いかがですか。今のご質問も含めて。

委員

被用者保険のデータヘルス計画は、各保険者の力量がありますので、一律的なことをまとめた形ではお話しすることはできませんけれども、今の疾病構造の分析も含めて、やはり限度があります。私どももそうです。

厚生労働省がどれだけの分析をしているのかわかりませんが、数百種類ある疾病構造をできるかもしれません。しかし、おおざっぱに19分類でしかしてないところもあるわけです。お答えになっているのかわかりませんが、レセプトの分析をするシステムの機能の違いもあるかもしれません。

私は広域連合の計画は、立派すぎるくらい立派な計画だと思っています。3か年以降4年目以降も続くというお話が先ほどなかったのですが、いわゆる第1期が3か年計画で、4年目以降が第2期、ずっと続く事業としてみるときに、予算の裏付けもありますし、マンパワーやシステムの関係もいろいろあるかもしれません。計画を見た時に、これだけの事業が3か年の中でこなせるのかな、というところを勉強させてもらいましたが、すごいなと思ったところです。

資料1-1の「4 事業計画」のところですけども、PDCAサイクルを組んだ中で個別に保健指導をされるのか、集団指導をされるのかわかりませんが、「②市町村との地域課題や保健事業等の意見交換の場の設置」ですとか「④医療と必要な場所を提供するための環境づくり」と非常に抽象的な表現になっております。これも人間対人間で指導する部分なので、ロボット相手に答えを出すとか、指導するというのではないと思います。だから、どの程度機能しうるのかなと、ものすごく心配をしています。

これは被用者保険とか国保とか広域とか、仕切りがなく大変な事業だろうと思いますが、3か年計画の中でどれに力をいれて、1番取り組まれるのか、ということが、被用者保険としても課題としてありますけれども、そういったところをお聞かせ願えれば、参考にさせていただきたいと思うところです。

資料1-1「4(2)広域連合において取り組む保健事業」にいくつかあります。28年度に新規が2つ、29年度に新規が1つと、結果的には医療費を削減ということで、これは保険者の適正化の努力の中では1番大切だと思います。

その中の健康相談・指導というのは長く続く事業ですし、6か月の保健指導をやったらまたもとに戻るといったこともありえます。

それから、重複・頻回受診というのは、今でも非常に多いわけです。これをどの程度、本腰をいれて取り組むのか。これは大変な医療費の減になります。

あと禁忌の防止。これは保険者だけで決められるものではなくて、医師会や国保連合会、支払基金等と連携をしながら、禁忌に対する考え方とか姿勢を示さなきゃならない。そうしなければ薬剤の副作用といったものの防止ができません。お薬手帳があるにもかかわらず、体系的な管理の問題なのか、薬局さんの部分なのか、担当の主治医さんなのかもわかりませんが、重複投薬は現実によくあります。こういったことをやるということになると、相当のマンパワーがないとできません。

取組をあげたはいいけど、実施に向けた方法がなかなか見えてこない、あるいは見えてくるけれどもなかなか結論が出ないのではないかという風を感じています。

3年間の中で、全部の事業なんて、とてもできるものじゃないとっておりますけれども、まず27年度と28年度にどれをやっていくのかなということを含めて、意見交換していければと思っております。

座長

ありがとうございました。

委員から立派な計画じゃないの、とお褒めの言葉をいただいたうえで、この計画期間内に、何を重点的に、優先的に課題として取り組むのか。その優先順位を含めて、この広域連合のデータヘルス計画の本質的な課題について、少し整理してご説明いただきたいというご意見だったと思います。

委員

今の関連で、いいですか。

今、委員がお話しされた関連で、具体的に、例えば「②市町村との地域課題や保健事業等の意見交換の場の設置」とされていますが、どういう形で、どんなメンバーで場を設置して、データヘルス計画を進めようとしているのかについても、併せてご説明いただければと思います。

座長

それでは事務局、お願いします。

事務局

はい。まず実施にあたって市町村との意見交換の場、というお話ですが、保健事業をするには大変なマンパワーが必要です。私ども広域連合の組織の体制を考えて、私ども単独でできるものはしていくべきだと考えておりますし、市町村からのご協力を得ながらやっていくべきものもある、と考えております。

現状としては、今まで保健事業に関して整理をする場というものがありませんでした。ですから、保健事業等の意見交換の場を設置させていただきまして、共通認識をもっていければと思っています。メンバーについては、まだ検討段階です。実際に保健師さんとして活動されている方に入ってもらえればとも思っていますし、事務の方にも入っていただきたいですし、メンバーを検討しながら進めていきたいと考えています。

また、新潟県内広くございまして、地区によって疾病傾向というのも若干差がございます。各市町村で取り組んでいる疾病対策についても、やり方が違うこともございます。事業内容やそういったことも含めて、協力・連携しながら事業をやっていければという考えで、私どもは整理をしております。

あと個別の事業についてですが、後期高齢者につきましては、40歳以上の方の特定健診と違いまして、健診自体が努力義務でございます。保健指導というのものも、実際のところ、40歳以上74歳以下の方と比べて、深く掘り下げてできておりません。まずは保健指導を継続して受けられるようにしていければなと思っています。

重複・頻回受診については、国の方は医療費適正化として、非常に厳しくいっている部分でございます。医療費の高額化といわれていますので、私どもとしては力をいれていければと考えています。

あと薬剤の併用禁忌ですが、委員のおっしゃるとおり、非常に難しい部分でございます。ただ、こちらの部分につきましても、医師会さん、薬剤師会さんを含めまして、私ども協議させていただいて、ぜひとも実施をしていければと考えておりますので、よろしく願いいたします。

座長

ありがとうございました。

広域連合は、公費負担を含めて様々な調整のメカニズムが働いています。

一方、被用者保険はデータヘルス計画を先行して実施しておられる。被用者保険の方のデータを蓄積して、それなりに財政的事実的な機能を担保しないとやっていけない。ですから、被用者保険のデータヘルス計画は、きっちりとしたデータの積み重ねのうえで、分析結果を反映させるような計画をおつくりになっているのではないかと、そのあたりのお知恵を私どもの方が伺わなければならないのではないかと考えていました。

それでは委員の被用者保険のデータヘルス計画の方はいかがですか。そのうえで、広域連合のデータヘルス計画をどのようにご判断されるのかを伺いたいです。

委員

私どもの場合は、加入者が県の人口の1/3、約81万あります。支部ごとにデータヘルス計画をたてて、今実施に入っているところです。新潟支部の場合は、昨年9月に計画をたてまして、27年度からスタートしております。

そもそもデータヘルス計画とは何なのか、何がかわるのか、というものがございます。私は、データに基づいた、エビデンスに基づいたピンポイントで無駄のない保健事業だと考えております。

そうしますと、今ほど座長がおっしゃっていたとおり、まずはデータ分析をして、必要な優先順位というのがあって、そこを取り組んでいくことになります。

私が広域連合のデータヘルス計画を拝見してちょっと驚いたのは、ほとんどが継続なのですよね。

私どもの場合は、ほとんどが新規事業でたちあげています。今までできていなかったことで、データを分析することによってできるようになったことを、新規事業として立ちあげています。

例えば新潟支部の場合ですと、まずデータは職域のデータになりますが、特徴的なことは、加入者の方のデータを郵便番号順に出せるようになったということです。どういうことかといいますと、各地域にお住いの加入者の方の特徴を出せるようになりました。例えばA地区は高血圧の方が多い、とか、B地区の方は糖尿病の方が多いということです。

これが出せるということはどういうことかといいますと、今まで単独ではなかなか進まなかった保健事業を、国保の加入者のデータ、あるいは後期の加入者のデータと合わせることによって、地区ごとの傾向が見えるということです。

ですから、私どものデータヘルスは、各市あるいは県と一緒にやっていくということを考えています。私ども職域の現役世代の方々が卒業されますと国保に入っていきます。それから後期になります。現役世代で健康づくりをしておかないと、卒業されてすぐ病気になって医療費がかさむという構図になります。ですから、各市や県と一緒に、加入者の方々を周りから包囲して健康づくりに取り組んでいただくようなことを考えています。

広域連合の事務局の方のご発言で、「市町村と」という言葉があったのですけれども、決して市町村だけではなくて、職域ともぜひ連携をしていただきたいと考えています。どうもそこらを忘れがちになられているのではないかなと思います。私たち現役世代の健康づくりをしっかりと考えていただかないと、卒業してからすぐに医療費がかさばってしまいます。

それから付け加えますと、私たちが今、新規で立ち上げたデータヘルス以外に、データによって見えてくるものをこちらで申し上げますと、重症化予防というのがあります。

いわゆる健診結果データで、非常にびっくりするようなデータが出る方がいます。血圧で上が220とかで、医療費レセプトのない方がいます。つまり、医療機関に行っておられない方です。そういった方々に「すぐに医療機関いってください」と。データが出ることで、それをピンポイントで行うことができるようになりました。

ですので、今まで100人の方にそういったお願いをしていたところを、今は5人の方にしぼっております。ただし、その5人は重症度の高い方です。その5人の方に、徹底的に病院に行かせようとしています。こういった取り組みもできるはずですよ。

だから、まずお願いしたいのは、1つはデータに基づいて効果的・効率的な事業をすることがデータヘルス計画であるということ。もう1つは、それぞれ関係機関と連携をとって、データに基づいた保健事業を行っていかねばならないということです。

この非常に幅の広い計画ですけれども、本当にできるのかなと。非常に失礼なことを申し上げますが、もう少し絞られた方がいいのかなと、私はそう思います。

座長

ありがとうございました。

今、委員から辛口のコメントがありました。

委員の方では、職域のデータは実際に何年分お持ちで、さらにそれをどのような形で今後活用していくのでしょうか。新規事業でいろいろ計画の中にとりいれてられるというお話がありましたが、データベースその物自体がどのような構造で、どのように利活用するような仕組みになっているのか、そのあたりを伺いたいです。

広域連合は、利用できる4か月分のみをベースにして分析した結果で、このデータヘルス計画を作っているわけですが、委員の方はどうですか。市町村の中でも、C市は被用者保険からデータを譲り受けて、国保のデータと職域のデータを併せてデータヘルス計画を策定していると聞いております。

その辺含めまして、補足的に委員から説明いただきたいと思います。

委員

私どものデータですが、レセプトは5年分あります。これはルールで決まっていますので、健診データも準じる形で、だいたい5年分くらいあります。

ただ、現段階においてこのデータを使いきれているかと言ったら、そうではありません。

今、C市の話が出ましたが、新潟支部の場合は、C市とD市と平成25年7月に「健康づくりに関する包括協定」というのを結んでおります。その関係でC市に何度かデータを出しましたが、実は個人情報の問題がございました。

個人情報を出す場合にはマスキングが必要です。私どもには、このマスキングをする仕組み自体がありませんでしたから、C市に情報を出す際に、マスキングにかなりの費用がかかっています。

私は、データ自体を分析することだけがデータヘルス計画ではないと思っています。データヘルス計画で保険者にとって1番大切なことは何かといいますと、やはりアクションを起こすことだと思っています。ですから、今、私たちが行っているデータヘルス計画は、個人情報データには踏み込んでいません。経年で追っかけるということは、今でもしていません。統計データで十分です。

各地域にどのくらいの人、どういった方がいらっしゃるか。あるいは業種別で、どういった業種の方はどんなふうに健康を害する傾向がみられるか。そこは統計データで十分出ますので、今はそこに取り組んでいるといったところです。

以上です。

座長

補足的なご説明を含めて、非常に貴重なご意見をちょうだいいたしました。

それでは、この懇談事項につきまして、他の委員のご意見をいただきたいと思います。

委員ひとこと、現在の国保におけるデータヘルス計画で、県内の策定の経過、結果及びそこから見える問題点と、広域連合のデータヘルス計画で何かご意見いただければと思いますが、いかがですか。

委員

現状、市町村国保におけるデータヘルス計画は、国の動きも踏まえて、できるだけそういった動きをしてほしいと、説明会の中では取り組みを進めるようお願いをしているところです。

ただ具体的な取り組みについては、市町村間においてまだ温度差があるようです。我々も勉強しつつ、市町村に、例えば広島県ではかなり先進的な取り組みをしておりますし、民間で業者の方から話を聞いたこともありますので、そういった情報を流していければと思っています。

市町村ごとに相当温度差があるものですから、各市町村において独自の視点から具体的なデータをもとに1番効果的な取り組みを検討し、それぞれ違った視点で取り組みを行っているようです。

今後、県が財政的な部分を含めた運営主体に、ということですので、我々も勉強していきたいですし、そういった点では、県の方としましては、今お話しありました広域連合さんですとか、国保連さんですとか、様々な機関との連携に、積極的にかかわっていきたいと思っています。

座長

ありがとうございました。

今、委員から、これからの取組についてお話をいただきました。

それでは他の委員の方からお話を伺いたいと思うのですが、特に被保険者側のご意見として、委員どうぞ。

委員

今、広島为例が出ましたが、私の会としましては、岡山県が岡山大学を中心として力を入れています。

私どもと県が一緒になって、ここ5年程積極的に取り組んでいるのがCKD対策です。慢性病。慢性の、特にここに書いてある生活習慣病の発症と重症化の問題です。特に糖尿病性腎症。この伸び率はものすごい勢いです。

厚生労働省統計にありますように、慢性的な腎不全患者というのは2千万人とも3千万人ともいわれています。しかし実際、薬をいただきながら治療を続けながら、となると、32~33万人となります。そのうちの6割強が糖尿病性腎症で入ってきています。

市町村行政の中では、そういう部分での取り組みを積極的にやっています。特に、E市、F市、G市、H町。大とか小とか関係なくして、市町村行政において、CKD対策を非常にご熱心に、大学の先生方を中心に展開をいただいております。

そういった意味では、広域連合において取り組む保健事業の中の「生活習慣病の発症・重症化予防」や、3番目の「糖尿病性腎症重症化予防」に関しましては、ここ5~6年の間に全国的に相当進んできております。これは、これからも継続するってことになるでしょう。

また、最後の方のジェネリック医薬品についても、厚労省のバックアップをいただきながら、我々は積極的にジェネリックを活用するという方向で動いております。個々の団体においては、かなりジェネリックは取り組んでいると思います。だから、広域連合さんだけの発想ではなくて、横の連携をとりながら、こういう計画をおまとめになるのも1つかなど、聞いていて感じたところです。

座長

ありがとうございました。

他の委員のご意見はいかがでございましょうか。委員、もしございましたら。

委員

すみません不勉強で。声が出なくてちょっと聞き取りにくいかと思いますが。

今ほど各委員の方がお話しなされたことは初めて聞くようなことばかりで、まだ消化しきれないところがあります。

この資料をいただきまして見た時に、1番感じたのは、新潟県は、前から健康診査の受診率が低い。これを25%に引き上げていくという目標をたてておりますが、それも市町村によって格差があります、と。そういう文章がありましたけれども、あまりにも格差が大きくて。粟島浦村だと91.5%、南魚沼も85.8%と非常に格差があります。5年間のデータの中で、低かったけれどもずいぶん上がったところもありますし、逆に上がっていたのになぜか10%に満たなくなった、というところもあります。

「市町村と協議の上で対応する」、「意見交換の場をもつ」。そういうことをして推進していくという話もありましたが、私たちからすれば、なんでこんなに格差があるのかな、と。これに対してどういう対応を考えてらっしゃるか、お聞かせいただきたいと思っておりました。

座長

ありがとうございました。

ご意見とご質問の部分がありました。ご質問では、特に市町村ないし地域ごとに相当の格差があるのではないかと。

後期高齢者の医療給付費が全国で1番低いということは、以前から、この懇談会で話題になりました。なぜ新潟県は、特に後期高齢者に関してのみ低いのか。国保は全国で20数番目と平均的な地位だけれども、後期高齢者だけが非常に低い。

健診受診率については、地域間格差も相当あるという委員のご意見でした。

今の分析結果がございましたら事務局から説明をいただけたらありがたいですが、事務局いかがですか。

事務局

健診の受診率について、地域格差があるということの分析についてはできていません。私どもも課題だと思っています。全体で1/5ほどの方しか受診していないということは、非常に問題だと思っています。

受診率をあげること、必要な方に必要な受診を受けていただくということは大切なことですので、対策の方を考えていければと思っております。

座長

よろしゅうございますか。

委員

受診率 25%。ジェネリックにつきましては普及率 60%。

素人考えですが、この広域連合は、医療機関とか関係団体のところに、そういった指導・指示を出すと思います。しかし、一般の我々のところは耳に入ってきません。

ジェネリックはチラチラ聞きますがまだ浸透していません。頻繁に同じ病名で医者をかえるとか、薬をたくさんもらうとか、ちらっとそんな話は聞きますが、それに対してもどうしなさいとか、こうですよとか、そういう情報が案外入っておりません。

計画のどこかに、広報を活用していきたいということがありました。医療関係のみでなくて、一般の人たちのところへ、わかりやすいような情報を流していただきたいと思います。しおりの中に書いてありますけれども、しおりというのは案外見ない。1つの紙であれば目につきますが、何ページもある中だとちょっと見落としがあります。

私たち高齢者も、企画・目標にのって、少しでも達成するような努力をしていかなければならないと思っております。そんなわけで、もうちょっと私たちにもわかりやすい広報づくり、PRをしていただきたいと思っております。

座長

ありがとうございました。

委員、データヘルス計画について、もしご意見いただけたらよろしくお願いします。

委員

初めてこの会に参加させていただきました。後期高齢者に対して、皆さんがいろいろなことでデータを考えておられて、私は初めてなものですから、なるほど、こういうことをやっておられるのか、と思って今、見させていただいておりました。

データヘルスの関係ではありませんけれども、シルバー人材センターというのは、皆さんが会員になられてある程度体を動かしていろいろな活動をやっておるわけです。

全国のシルバーの会員は 75 万人ほどおるようですが、その中で他の一般の方と病気に対しての比較をみますと、6～7%ぐらい、高齢者でも仕事をしている方は、何かに集中して頭を動かしたり体を動かしていたりということで、非常にプラスになっているというようなことが、全国のシルバーの統計の中から出ているようです。

いずれにしても、私今回はじめて参加させていただきました、このようなデータを見て非常にびっくりしているわけですが、もう少し勉強させていただいて、ご質問に参加させていただきたいと思うわけです。

座長

ありがとうございました。

ひととおり各委員の意見を伺いました。

先ほど委員からご発言ありましたように、被保険者サイドにおける例えば重複・頻回受診、多剤投薬を受けている方々がおそらく相当数いるのですが、現在、特定した形で保健指導をできるようなデータの解析はできていないし、また、そこまで保険者が踏み込むべきか、ということについても、まだ国民的な合意がないのかもしれない。

ですが、実際に、医療保険における保険者と被保険者の、例えば疾病治療ないしは健診その他調剤も含めて、さまざまな受診行動をデータヘルス計画の中でコントロールしていくべきなのか。このあたりでご意見がもしありましたらお願いします。

これは事業計画自体の内容に触れる部分でございまして、診療サイドの方からご意見をいただきたいと思いますが、委員いかがですか。

委員

計画のP13にあります保健事業の中のジェネリックが、思ったよりもすごく成果が出ていますね。月平均2,400万くらい減らせることができたということはすごいな、と。こんなに多いとは思っていなかったの、これなら年1回の通知書発送を年2回にすれば、もっと、と思います。

あと、歯科の立場から発言させていただきますと、後期高齢者の歯科健診は、今は新潟県で8市町村がやっていると思います。歯科も、どうやったら医療費が減らせるかということに向けているのですけれども、口の中をきれいにすることで誤嚥性肺炎を予防するとか、歯があることによって認知症予防になるとか、いろいろいわれて、エビデンスも出てきています。

歯科健診を普及させていって、後期高齢者の人たちに歯は大切だといってもらいたいと思います。そういうことをすることによって、医療費の抑制になると考えています。

委員

薬の話題がいっぱい出ているのですけれども、患者さんへの対応について、実は私ども日本薬剤師会の方から「市町村職員と一緒に薬剤師もまわれ」ということが、半年も前から指示がきておりました。

データベースを活用して実践するということ、薬剤師がいかに動くかという方策がいろいろと出てきているのですけれども、では現実的に、市町村職員と意見交換の場を設置ということ、どう動くのかと聞いていたのですが、これからということ。

先ほどお薬手帳の話もありましたけれども、お薬手帳とかでいかに重複投与しているかをチェックすることが、今の薬剤師の任務だと思っています。お薬手帳の普及率は60%です。それとドクターショッピングというか、あちこちにかかりたい人は、お薬手帳を見せません。なぜかという、同じものをもらおうと「これ他に飲んでらっしゃいますよね」という話があるので、意識的にお薬をもらいたい方は、お薬手帳を見せずに、いただきたいものをいただくというところがあります。その辺の重複っていうのは、特殊な患者さんだとは思いますが。

そうではなくて、新潟のように分業が進んで、マンツーマン分業の中では自分の好きな先生のところにいってお薬をもらおう。そういう状況の中では、薬剤師がチェックするにもそれなりの限界もあります。また、例えば常用量が2錠と決められているけれども、どうしてもこの人には3・4錠出さないとダメだという場合には、同種同効で併せてそれを出すと、重複投与という形でデータとしては載ってくる。今日、委員はご欠席ですが、医師サイドからもこれに関してはいろいろな意見があると思われま。

問題は、同じような疾患であちこちかかっている人を、もうちょっと1つのところで、主治医機能を生かしていく。「かかりつけ薬剤師」「かかりつけ医師」という役割を医師会の方でもだいぶ強調しているようですが、「かかりつけ医師」とか「かかりつけ薬剤師」の中でその人1人をみていく。これをいかに徹底するかということが、重複投与、頻回受診の改善になると思います。

そういう意味では、市町村がそういう形でデータを掴んでいて、個人情報をごとまで出すべきかという微妙な中で、それぞれの地域差もあるようでしたら、ぜひ職種の方も含めて懇談会を開いて、具体的な対策をたてるという方向を作っていただきたいと思います。

それとジェネリックの問題は、計画（案）では普及率 60%となっていますが、2020 年に 80% 目標ですから、もっと厳しい数字がきています。薬局では必死にジェネリックをお勧めしていますが、医師の方からジェネリック変えてはダメというハンコが、今でも新潟県かなり大きな所でも押されています。ジェネリック普及のためには、医師サイドでのジェネリックの捉え方というのをクリアしながら進めなければならないかなと思います。

もう 1 つは国自身の問題というか、これは担当者が全然違うのですが、ジェネリックが普及してくる頃になると新しい同種同効の新薬が出てきます。そうすると医師はそちらにいつてしまいますので、結果的には今までよりも高いお薬で新たな治療方針にかかわることになります。厚労省も一方ではジェネリックにかえながら、一方では新薬を作っていくわけですから、国は政策的に考えた方がいいのかなと思います。もちろん、どうしても必要なお薬で新しいもの、というのは必要でしょうが、同種同効でいろいろなものが出てくるというのが、日本の医薬品産業かなと思いますので。そのへんの問題もあるのかなと思います。

それから最後の禁忌薬というのは非常に厳しいものがあります。医師も自分の処方で、意識しながらも使わざるを得ないという場合と、単純に気付かなかった場合があるかと思いますが、気付かなかった場合については、私ども薬剤師サイドで、いろいろなお話しはさせてもらっています。広域連合は「ここまで手を付けるのか」とびっくりしたわけですが、この方針も含めていかに適正な医療費で対応していくかというのはとても重要なことだと思っております。

繰り返しますが、市町村がどう動くかというところで、ぜひ職能団体も使っていただければと思います。

座長

ありがとうございました。

様々なご意見をいただきました。特に広域連合において取り組む保健事業の中でも、高額療養費の問題と、重複・頻回受診の問題と、ジェネリックの問題と、禁忌薬剤の対応の問題。このあたりに議論が集中してきています。

実質的にどのように取り組むのかというと、現場におけるマンパワーの問題で、広域連合としては掲げてはいるのだけれども、実質的には市町村に、現場における対応をお願いせざるを得ないという実態です。

このあたりで、被用者保険さんが具体的に何か新しい取組をやっておられるとしたら、お知恵を拝借できればと思います。いかがでしょうか。

委員

先ほど座長からお話しありましたが、C市との連携でデータヘルス計画を進めています。C市内の協会健保加入事業所で、「新しいことをする被用者保険に協力してもいいよ」という事業所が 35 ございました。この 35 の事業所と C市と私ども支部の 3 者で、データヘルス計画の Cモデルというのを作り上げています。

内容は、職場の健康づくりやりました。健康づくりという言葉は職場の方が聞きますと、

「しんどい」「面倒くさい」「忙しい」とかいろいろありますけれども、「そうじゃないんですよ」。

スモールチェンジということコンセプトに、ターゲットを事業主にしぼりまして、事業主の行動変容を促します。社長さんが健康づくりをやりようと思っている事業所さんは非常に多いですけども、「いつやるの。どうやってやるの」というのが1番の問題になっています。この辺がうまくかみ合うように、健康づくりメニューというのを作りました。今のところ、健康づくりメニューの種類は100を超えています。その中から、私たちが「これがいいですよ」と示すのではなくて、各事業所の従業員の方々から選んでいただきます。それをお試し期間2週間、そのあと1か月、そのあと3か月、計4か月半やっていただきます。ちょっとの健康づくりですが、4か月半もやっていただくと、なんらかの効果が見えてくるでしょう、と。

要するに、何を目的にしているのかということ、健康になるということが目的ではないです。健康を意識していただくというきっかけづくりが目的です。その後、各企業の方で自主的に健康づくりに取り組んでいただけるように繋いでいけたらな、ということと、加えて健診の受診率をあげたいということと、その後の保健師のサポートを受け入れてほしい、といった構図でございます。

私どもの場合は、本部から指示がありまして、支部ごとに身の丈にあったことをしなさいよ、という厳命でした。身の丈にあった、コンパクトでもいいから実現可能なことをやりましょうと。ですから、1番の課題は「見える化」だと思います。具体的に何をやるのか。それを加入いただいている方にご理解いただくということが大事ですね。

先ほど広報の話も出ましたが、加入いただいている方が、今、広域連合の方で何をやっているかということ、
「あ、そういうことなのか。このデータでこれが悪いから、これについて皆で頑張ろうよっていうことをやっているのか」とご理解いただかないと、絶対にいい結果は出ないと思っております。やることも大事ですが、わかりやすい丁寧な広報を…。

座長

申し訳ありませんが、時間の関係もありまして。

お聞きしたいのは高額療養費、ジェネリック、重複頻回受診このあたりについて具体的な対応をしておられるかということです。保健事業ではないのですが、何か具体的な取り組みをしておられるのでしたらということで伺いました。

委員

データヘルスとは別にやっています。

座長

委員の方ではいかがですか。

委員

いろいろ話が進んでいるのですが、高額の部分はどうやってご本人たちに理解させるかについては、国保さんなり後期高齢者さんなり、私ども被用者の方で違うと思えます。やり方が違うので効果も違うだろうとはいいたくないですが、少なくとも頻回受診いわゆる「はしご受診」と私

どもいつているのですが、医科歯科を含めて、時にはやることもございます。疾病と絡めてですね。

毎月、レセプトがきてからちょっとの間おいてやりますので、長い場合は、診療月でいえば6か月くらい前の忘れた頃に、患者様あてに事業所を経由して通知します。しかしながら、それに対して、医師からのこういう処方なり治療なりの指示があったと、ご本人から連絡をいただいて、これからもずっと医科の併用をしなければならぬとご連絡をいただくこともあります。

逆に、出すことによって、その人が重複受診をやめたといった効果もあります。広域さんもそういう風にされているかと思いますが、それを繰り返し、相手の方は嫌がるかもしれませんが、そうした形で繰り返していくことで、大きな医療費にかかわる部分もありますし小さな部分もありますけれども、月日を迫いながらやっていけば、トータル的に医療費が抑えられていくのではなかろうかと。こんな風に思っております。

もう1点、簡単にいえますけれども、健診については今までは被用者保険全体がそうだったと思いますけれども、やりっぱなし、結果を出しっぱなし。事業所に対して何らかのアクションを起こすといったことは、やっていたところはあるけれども、ほとんどがやっていなかったと思います。結果を通知するだけ、というところでした。データヘルス事業をそれで終わってもらいたくない。

それと単純なところですが、計画案にあります保健事業の取組、例えばP12で、せっかく「スポーツクラブ、健康施設等の利用助成」「人間ドック等の利用助成」とあるわけですから、この費用の内訳を、せっかくですから出していただくということ。

全体の見直し・スタートになる年度だと思えます。スポーツクラブ・健康施設は、利用の頻度を見て、当然見直しをされているでしょうが、今まではおそらく拡大の形での施策だったことと思えます。これからは実績を見ながら、費用のバランスを考えて、縮小すべきところがあればその費用を別のところへ振り分けていただくという形でお考えいただいて、こういうデータ・助成があるのであれば、内訳をぜひお披露目していただければと思います。

座長

ありがとうございました。さまざまな意見を頂戴いたしました。

新潟県広域連合のはじめての取組として、データヘルス計画を策定するわけです。ご指摘いただいた部分含めて、これからデータが蓄積されて、それをクロス集計すると様々な課題が見えてくるのではないかと思います。広域連合その他の保険者もその入り口に到達して、これからの課題が様々盛り込まれて、その一環として、今日ご議論いただいたような計画の初年度を踏み出すということになるかと思います。

いろいろご質問いただいた内容をこれからも生かして、事務局の方でさらなる見直しなり調整なりを重ねていっていただきたいと思えます。

5 その他

座長

それでは「その他」について、事務局から説明をいただきたいと思えます。

よろしく申し上げます。

※その他（１）について、事務局員が説明を行う。

座長

ありがとうございました。

ただいま、その他（１）平成 28 年度及び平成 29 年度保険料率の算定に係るスケジュールについて、ご説明いただきました。何かご質問はありますでしょうか。

これは 2 年単位で保険料改定を行うという、通常のスケジュールでございます。次回暫定的な案が懇談事項にあがるということで、ご了承ください。

それでは、その他（２）新潟県後期高齢者医療広域連合における社会保障・税番号制度の対応について、事務局から説明をお願いします。

※その他（２）について、事務局員が説明を行う。

座長

ありがとうございました。

ただいま事務局からご説明をいただきましたけれども、その他（２）について、ご質問がありましたら伺いたいと思います。いかがでしょうか。

日本で、はじめて税と社会保障に関する共通番号が、「マイナンバー制度」として導入されます。これに基づいて、実はワンクッション「医療番号」というのが間に入るわけですが、これが様々な形で個人情報とタグをつけられる形でデータ集積されていく。医療に関する情報が、このナンバーで様々な社会保障関係、医療なり年金なり、あるいは介護なりの個人情報と統一的に関連付けられて、いわゆる国保データベースであるとか、被用者保険の方でもナショナルデータベースといった形で統合されていって、データ収集され、かつ活用されていくという時代に入るわけでございます。

おそらくわかりにくいと思います。つまり I T 時代が始まりましてから様々な動きがございますけれども、他の先進国がもうすでに 20～30 年前から、あるいはもっと古い時代から取り組んでいた課題に、ようやく日本が取り組み始めようという段階でございます。

いかがでございましょうか。何かご質問ありませんか。

委員

市町村さんと連携して事務を行いますね。徴収や保険給付はマイナンバーを使います。レセプトは別ですが。

今ある保険証の記号番号ではなく、マイナンバーの管理についてお聞きします。広域連合の事務は市町村が具体的に行うわけですが、市町村ではマイナンバーを知りえる立場の方というのは、国保の方と広域連合の事務の方ということですか。被保険者というか、外から見るとしきりがわ

からないのですが、番号の管理も含めて情報管理の整理はされているのですか。

広域連合の中だけの評価書になっていますが、市町村との連携は書いてあるのでしょうか。教えてください。

座長

このご質問に対して、事務局お願いします。

事務局

情報の管理についてのご質問でございましたが、皆様のところにも別冊でお渡ししております全項目評価書のP6に、事務の内容を図で表してございます。

個人番号いわゆるマイナンバーについては、それぞれの実施機関、行政機関・保険者単位で管理が徹底されておりまして、広域連合はこの赤い枠で囲まれている範囲の中で、情報をきっちり管理して、適正に取り扱うという評価書の作りになっております。市区町村につきましては、それぞれの市区町村での管理です。

私も広域連合の職員は、県内の市区町村から派遣をされてきております。ですから、各市区町村の業務を共通で行っているという取扱いになっております。従いまして、データの管理はするのですが、我々は市区町村の業務の内部処理を行っているともみならず、という取扱いで管理しています。

今お話しした中身については、P15「入手に係る妥当性」で記載しています。上から10行目ほどになりますが、「広域連合と市区町村は別の期間であるが、『一部事務組合又は広域連合と構成地方公共団体との間の特定個人情報の授受について（通知）』で整理してあるとおり、窓口業務をそれぞれの市区町村で、広域連合は審査認定業務を行う。同じ業務をそれぞれの部署内で行っているのですが、同一部署内の内部で利用しているとみならず、ということです。

座長

よろしゅうございますか。事務局、補足でお願いします。

事務局

非常に専門的な説明をさせていただきました。

要は、広域連合は市町村の事務をまとめてやっているということがありますので、市町村の個人番号の管理の方法と、私どもの方法を全く同一のものとみなします。

市町村からここに出てくる情報は市町村の情報を使っていますし、広域連合の情報を市町村が使うのは広域連合の情報を使っているもので、それはお互い自分の情報としてみなしていいという通知が国から出ている、ということです。あえてこれに関して、協議協定の必要はないとの見解が出ています。

以上です。

委員

委員がおっしゃったように、私も、何度聞いてもそこが疑問です。

事務局、本当にそんなに簡単に、共有しながらやられるときに、方法というのは守られるので

しょうか。そこについて質問です。

事務局

私ども広域連合は、地方公共団体、特定地方公共団体なので、市町村と全く同じ立場です。ですから、公益団体であり、かつ我々は公務員という立場ですので、市町村と同じ守秘義務を持っています。

これに関して言えば、市町村と広域連合は全く同一体とみなしていいという見解が国から出ている。ただ他の企業や団体に出すときはそうはいかない、ということです。

座長

よろしゅうございますか。

税と社会保障の共通番号について、セキュリティにマスコミの関心が集まっていますが、この問題の本質は、どこまで行政が保有する情報が突合可能な形で管理されるか、ということです。行政担当者の枠をこえて、保有する情報の突合可能な形が、今後相当範囲まで広がるのではないのでしょうか。

医療なり年金なり介護なり、というこの部分は突合される。福祉の分野はどこまで、どういう形で突合されるのか。

あるいはそれ以外の金融情報なり、様々な財産の保有関係なり、税関係含めて、多様な情報を統一的なコードに基づいて管理できるようなシステムであるマイナンバーを、今後の業務としてどのような形で活用するのかというのは、保険者それぞれの課題だと思います。広域連合でも、これから実務的なレベルでいろいろな問題が出てくるのではないのでしょうか。

来年度以降の話になるかと思いますが、保険者の役割として、マイナンバー制度を活用したレベルでの新たなデータヘルス計画というか、こういうレベルにアップした計画の策定というのが、計画期間の3年間の途中でも必要になってくるのではないかと考えております。

これから具体的に実施してからの様々な問題について、次回以降の懇談会で、またご議論いただくことが可能かもしれないと考えております。事務局の方でも、その時々資料を用いてご説明いただければ幸いです。

恐縮でございますが時間の関係もありまして、「その他」の内容については入り口の段階を認識していただきました。これからいろいろな形でご紹介、またはご意見を頂戴する機会があるということをご了承いただきたいと思います。

それでは長時間に渡りまして、活発なご意見・ご質問をありがとうございました。私の進行役としての役割を終わらせていただきます。

ありがとうございました。

6 閉会

事務局

座長には、長時間にわたり進行役を務めていただきありがとうございました。

委員の皆様からも様々なご意見をいただき、ありがとうございました。

いただいたご意見などを参考に、事務を進めていきたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

次回の懇談会の開催予定については、10月下旬を予定しております。

委員の皆様の任期は8月末までとなっており、現在、関係団体へ推薦依頼を出させてもらっているところです。

引き続き委員をお願いさせていただく方もおられると思いますので、その際は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。

以上をもちまして閉会といたします。

— 午後3時05分 閉会 —