

公開可

委員名削除の詳細記録

平成28年度
第1回新潟県後期高齢者医療懇談会
会議録

平成28年11月1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	副会長・理事	川上 イツ	
	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	新潟県医師会	副会長	吉沢 浩志	
	新潟県歯科医師会	常務理事	亀倉 陽一	
	新潟県薬剤師会	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
	新潟大学	教授	上山 泰	
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	企画総務部長	田中正行	
	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	八木 明	
	業務課	課長	高橋 浩二	
	業務課	課長補佐	牛木浩太郎	
	総務課 総務係	係長	遠藤 滋	
	総務課 企画係	係長	荒木 千里	
	業務課 医療給付係	係長	小松 浩之	

	総務課 企画係	主任	勝見 慶美	
	総務課 企画係	主事	尾崎 元輝	

－ 午後 1 時 15 分 開会 －

1 開会

2 あいさつ

本日は、お忙しい中、また悪天候の中お集まりいただきまして大変ありがとうございます。
開会に先立ちまして、一言ごあいさつを申し上げます。

昨年度は、保険料の料率の見直しがございましたので、7月、10月、2月と3回医療懇談会を開催させていただきました。

ご議論いただきました、平成28年度、29年度の保険料率につきましては、診療報酬のマイナス改定や、一人当たり医療費の伸びが当初より低かったことなどから、余剰金の利用あるいは基金を取り崩すことによって、値上げを回避することが出来、前回と同様の料率で維持することが出来ました。御礼を申し上げます。

現時点において、医療給付費の伸びは、まだほぼ想定の範囲に収まっておりますので予定通り推移しているというふうに考えております。

さて、現在、国の「社会保障審議会 医療保険部会」において、「高額療養費制度の見直し」や、「後期高齢者の保険料軽減特例の見直し」につきまして議論が行われております。

いずれも、いわゆる「骨太の方針」に、その方向性が盛り込まれているわけではありますが、平成27年12月24日に経済財政諮問会議で決定しました「経済・財政再生計画改革工程表」におきましても「世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討」ということで「高額療養費制度のあり方」、また「後期高齢者の窓口負担のあり方」などについての検討を定めております。

窓口負担のあり方については、見直しの結論を平成30年度末までとしております。

まだこの議論は始まっておりませんが、国民健康保険の70歳から74歳までの窓口負担が現在段階的に2割に移行しておりまして、平成30年度末には完了することから、現在、原則1割負担である後期高齢者も、いずれは、負担率の増加についての議論がなされるものと思っております。

「高額療養費の自己負担限度額」の見直しにつきましては、70歳以上について、平成18年度以来見直しが行われておりませんので、「外来上限特例」や「現役並み所得者の負担のあり方」などについてのこれらを中心に、議論が行われております。

「後期高齢者の保険料軽減特例の見直し」につきましては、保険料の軽減措置が、2割軽減、5割軽減、7割軽減と法律で定められていますが、制度開始時の激変緩和措置におきまして、7割負担軽減を、さらに8.5割軽減、9割軽減を設けて低所得の被保険者の負担軽減を図っております。国保が最大で7割軽減であるなど、他保険との整合を取るため、原則の7割軽減に戻す方向で現在検討が行われております。

9割軽減の方が7割軽減に戻った場合は、年額で7,000円の負担増に、8.5割軽減の方が7割軽減に戻った場合には年額5,300円の負担増ということになります。

これらの被保険者の急激な負担増につきましては、保険料の滞納などにも結びつく可能性がございますので、当広域連合では、国に対して、急激な負担増とならないよう経過措置等を設けるようにと要望をしております。

軽減特例見直しにつきましての実施時期、実施方法については、現時点では未定でございますが、近々、具体的な内容が明らかになるものと思います。

さて、本日の懇談会の議題につきましてご説明をいたします。

「懇談事項」は、4点ございます。

初めに、当広域連合の現在の状況についてご説明をさせていただきます。

2番目として、平成27年度の新潟県後期高齢者の医療費についてご説明をさせていただきます。

3番目として、保健事業実施計画(データヘルス計画)の実施状況につきましてご説明をいたします。計画の中に盛り込んでおります年度目標に対しての実施状況をご報告したいと思います。

4番目として、平成28年度健康診査推進計画と歯科健康診査推進計画についてご説明いたします。これは、実施計画として毎年度策定しているものでありますが、この懇談会については特に今までご報告はしておりません。しかしデータヘルス計画との関係が非常に深いことから、今回ご報告させていただくものであります。

以上4点をご報告し、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、今年度から、後期高齢者の医療費特性や地域偏差などを把握し、予防・保健事業に反映するために、民間事業者に委託し、医療費分析を行います。この内容について、ご報告させていただきます。

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、どうぞよろしくお願い申し上げます。

3 委員紹介

続きまして、次第の3「委員の紹介」でございます。

前回の会議以降に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) 広域連合の現在の状況について

(2) 平成27年度新潟県後期高齢者の医療費について

座長

しばらくでございました。先ほど事務局の挨拶にもございましたように、後期高齢者医療制度を巡って政治も色々動いている状況の中で、本年度はこの懇談会1回のみということでございます。本日様々な新潟県後期高齢者医療広域連合における現状につきまして4つほど議題があがっておりますが、それぞれにつきまして活発なご議論等を伺いたいと思っております。よろしくお願いいたします。

それでは、議題の（１）「広域連合の現在の状況について」でございますが、議題の（２）「平成２７年度新潟県後期高齢者の医療費について」と関連がございますので、一緒にご報告を事務局の方からお願いいたします。よろしく申し上げます。

※懇談事項（１）及び（２）について、事務局から説明を行う。

座長

ありがとうございました。ただ今、懇談事項（１）「広域連合の現在の状況について」と懇談事項（２）「平成２７年度新潟県後期高齢者の医療費について」につきまして、まとめて事務局の方からご報告をいただきました。懇談事項のご報告は一緒をお願いしたのですが、ご議論いただくためには一応順序だてて分けてご意見を頂戴したいと思っております。

それでは最初に懇談事項（１）「広域連合の現在の状況について」のご説明でございましたが、これについて、最初にご質問がございましたらお願いしたいと思います。何かございますでしょうか。どなたかございませんか。

委員

質問なのですが、均等割の保険料の収入を見ると段々落ち込んでいるみたいなのですが、今度、８．５割軽減と９割軽減が廃止され、７割軽減になるとどの程度保険料の収入が増えるのでしょうか。単純な質問かもしれませんが、分かりますかね。見ているとだいぶ落ち込んでいるのですけれど、その軽減特例が廃止されるとどの程度。

事務局

私の方から説明させていただきますが、保険料収入が落ち込んでいるというお話なのですけれども、ここに載っているものは軽減特例後のものとなっておりますので、軽減特例が減ると保険料が増えることとなります。

事務局

今ほどのご質問なのですが、９割軽減を７割軽減とした場合、新潟県全体で４億円ほどの保険料が増えます。それから８．５割軽減が７割軽減に戻された場合は、３億５千万円ほど増加する見込みとなっております。ですから、合計で７億５千万円ほどが保険料としての収入が増えるということになります。

つまり、軽減をしていた分の補充を国がしていたものですから、それを軽減しないことになると国の負担が減るということとなります。

座長

よろしゅうございますか。他にどなたかございますか。

委員

資料１－１「新潟県後期高齢者医療広域連合の現在の状況について」の２ページのところの（３）の滞納繰越分で３４．２１％、これは金額については、あれかもしれませんが、具体

的な対応というのはされておられるのでしょうか。

座長

これは昨年度、私もお質問させていただいた部分でして、今ほど委員からのご質問がございましたので関連してお伺いしたいのですが、新潟県におきましては、短期保険証の発行が全国の平均のだいたい10分の1くらい、つまり非常に少ないことになっておりまして、ということは滞納者のほとんどが、保険証の返還をせずに医療給付は受けているのではないかと。モラルハザードが発生するのではないかとということをお伺って、できれば今年度そのご回答をいただきたいというふうにお願い申し上げましたので、委員のご質問に併せてご回答をいただきたいと思います。

事務局

短期証につきましては、各市町村において、滞納者への電話催告や臨戸訪問ということで保険料を納めていただけるように、積極的な取り組みを進めておるところですが、新潟県の収納率が99.63%というところもございまして、短期証をお出しする方というのはやはり全国的に見て少ないという状況になっております。

どうしても収納率が低くなりますと、短期証の交付率は高くなるというところもございまして、今現在の新潟県のように全国で第2位くらいの収納率があれば短期証の交付割合はやはり低い状況になっていくということとなります。

委員

座長から今お話のあった滞納者に対するモラルハザードではございませんけれど、特にペナルティ的なことは現段階ではないということですね。

事務局

その点について私の方からお答えさせていただきます。保険証の返還といえますか、給付の制限といえますか、それにつきましては国保の方ですでに制度は導入されているのですけれど、いわゆる資格証と言われているものがあります。その資格証につきましては、後期高齢者の医療制度につきましては、平成21年10月に国の方から「高齢者が必要な医療を受ける機会が損なわれることのないよう資格証は原則として交付しない」という基本的な方針が示されておりますので、全国の他の広域連合と同様に資格証を発行するという考えは持っておりません。

まずは短期証を発行し、今やらせていただいている半年間の短期証制度を十分活用させていただく中で滞納者との接触を図り、納付相談を実施するなどして、収納対策に努めていきたいと考えております。以上になります。

座長

よろしいですか。それでは私の方から重ねて恐縮ですが、短期証で対応すると仰っているがすべての滞納者へは短期証を発行しておられないですね。そうしますと、短期証が発行されていない滞納者に対する対応はどうかしているのだろうか。また、もしお調べになっておられるのだったら、平均値で結構でございますが、何年分の滞納をどのくらいの期間なさっているのだろうか。つまりは滞納をしてもなお、短期証が発行されないという現状のままでは、モラルハ

ザードが発生しないはずはないと思うのですがいかがでしょうか。

実はこの問題が社会保険の本来のあり方、根幹に関わる問題であり、収納率が高いからこういう滞納者を放置してもいいということは社会保険者としての本来のあり方からして極めて大きな問題ではないかと思うのですが、実際はどのような対応をお取りになるつもりがあるのか、現状をまずご説明いただきたい。

その上で、今後はどのような対応をしていく必要があるとお考えか。

実は昨年度もそういうお話をしたはずなのですが、その結果としてのご回答としては極めて物足りないというのが実感でございますが、いかがですか。

お答えがご用意いただけない様でしたらまず、その他の保険者の、つまり地域保険、国保なり、社会保険の協会保険なりでも、おそらく同じような問題を抱えておられるのでしょから、ここでもしよろしければ協会健保で、あるいは健保組合で、あるいは国保でどのような対応をなさっておられるのか他の委員の方々のご意見も伺いたいと思っております。

保険者側の委員としていかがですか。

委員

私どもとしましては、基本的に加入者である被保険者はおるのですけれども、基本的に事業所単位での加入になっております。ですから、保険料の滞納という部分では個人が滞納するというケースは基本的にはございません。ですが、稀に事業所自体が滞納するケースが実際ございます。それについては、年金機構の方で年金保険料と健康保険料と併せて徴収していただいているという状況でございます。

たしかに、新潟県の収納率的には、ここにあるような高い数字で事業所の保険料も収納はされています。しかし、それが仮に事業所が滞納しておったとしても、保険証はもう事前に出ておりますし、それを使えるというような状況で、それに対してのペナルティは実際には私どもの協会健保ではございません。あとは事業所の滞納によって、当然、事業所に対し行政執行をしたり、保険料の回収を年金機構の方で行っているという状況でございます。

あとは、会社退職後の任意継続、任意で2年間最大限入れる制度がありますが、保険料の滞納がある期限までに入らない場合については資格が切れるというような取り組みとかか仕組みになっております。例えば、10日までに納めなければもう11日から資格がなくなるというようなものです。これは基本的には任意ですから、個人で入るという仕組みになっていますので、そういう対応をして保険証は11日以降については使えないというようなことでは、今の部分に関係あるところはそういったところではないでしょうか。

座長

被用者保険の方は事業主負担といいますか、その責任において事業者単位で管理・コントロールされているので、おそらくそういう同じような問題は生じないと。国保はどのように対応しておられるのでしょうか。もしよろしければご存知の範囲でお答えいただければと思います。

委員

県が直接徴収しているわけではないですけど、指導監督する立場で把握している内容について簡単に説明させていただきますが、この問題は非常に大きな問題でして、基本的な考え方とし

ては差し押さえが可能な財産があればそちらを差し押さえるというかたちで徴収するのですけれど、もしそれが無い場合であっても、それぞれ資力に応じて分割で納付してもらうこととしていきます。つまり一気に滞納の解消は困難なので、できる範囲で月々返済してもらうというところでございます。

実際、課税とといいますか、保険料の賦課はしたのだけれども状況によっては収入も、財産もないという人もいらっしゃいますので、必ずしも滞納を一気に解消するために、全ての家屋を差し押さえるとかそういうことはしていないようです。

また、結果的に月々分割で少しずつでも払っているという人も含めて滞納という取り扱いになるようなので、一律に全くほったらかしにしているということはおそらく広域連合さんでもないのではないかと思います。

座長

資格証ないしは短期保険証の発行の比率は国保と比べてどのような状況でしょうか。

委員

国保の場合は基本的には各市町村において運営協議会というのがございまして、どういう方針で対応していくかというのはそれぞれです。ですから、結果的に短期証を発行しない、資格証を発行しないところもあれば、短期証、資格証をすぐ発行するということもあって、逆にきついじゃないとか、診療を受けられないじゃないかというクレームもあるようですが、それは個々の保険者の方で対応をしているようです。

先ほどお話があったように医療を受けさせないというペナルティをかけるものではなくて、基本的には対話によって、滞納が解消されるように窓口に来ていただくとかそういった手段としての短期証というふうに厚生労働省が言っておりますので、できるだけ被保険者の方と窓口との接点を作っていくということでそれぞれ保険者が対応を考えているようです。

なお、悪質なものも若干あるのでしょうか、その場合は当然のことながら財産等の差し押さえ等を行っている事例もあります。

座長

ありがとうございます。おそらく実際に自治体では国保と後期高齢者医療の両方の賦課徴収業務を同じ窓口で同じ担当者がおやりになっているため、その対応についてもおそらく新潟県内の対応と全国の対応の違いというのは後期高齢者医療だけではなくて国保の方にもあるのかもしれないというところでしょうか。

ここで、昨年度も申し上げたのでございますが、この滞納者の実際の状況をカテゴリーに分類したものを示していただけないでしょうか。つまり、軽減対象で本当に生活が苦しくて9割ないしは8.5割軽減を受けている方でさえも実は残りの部分が払えないという方が本当に多いのか、それとも本来ならば、全額払えるはずの方で、つまり軽減対象ではない方がむしろ滞納者の中で占める比率が多いのか、この辺りの事も伺いたい。つまり、この滞納者というこのカテゴリーの被保険者はいったいどういう方々なのか、そして短期保険証を発行する場合の基準はどのようなかたちで市町村は対応をしておられるのだろうか、それとも何らかのガイドラインが厚生労働省から出ているのか、あるいは後期高齢者医療広域連合として何らかの方針をもってこの滞納者に

対する対策を取ってこられたのだろうか、このあたりについて重ねてお伺いできればと思います。

もしご用意いただけたのでしたらそのあたりの昨年度の私の質問の趣旨も含めてご回答をいただければと思います。

事務局

滞納者への対応につきましては、今ほど国保側の対応につきましてもご説明いただきましたが、私どもの保険料の徴収事務につきましても、やはり市町村窓口から行っていただいております。まず基本的には新たな滞納者を作らない、それが非常に大事なことになりますから、早い段階での対応に努めるように対応いただいております。例えば、普通徴収者に対する口座振替の勧奨や電話催告、臨戸訪問など市町村それぞれの実情に応じた取り組みを当然、後期高齢者医療の担当だけではできないものですから、税の収納担当課と連携を密にして実施いただいております。

ただ、やはり滞納をされている方の中には、どうしても滞納常習者と言われている方々がおられます。当然ながらそういう方というのは、税金とか他の料金等で滞納があり、分割である一定の金額を納めていただいても後期高齢者医療の保険料の方にまわる分が少ないということもあります。私ども広域連合としましては、市町村にただ任せるのではなくて、毎年収納対策実施計画を策定する中で市町村と連携しながら収納率の向上にあたっております。

ちなみに、昨年度、平成27年度に財産の差し押さえ等を行った状況なのですが、合計しまして167件、約1,900万円の処分を行わせていただいております。そういうことで当然財産等のある方に対しては差し押さえということで積極的に市町村の方から行っていただいております。

それから、滞納者の所得の状況ということで、昨年ご指摘いただきましたのでその状況をご説明させていただきます。平成27年度の滞納者、資料1-1「新潟県後期高齢者医療広域連合の現在の状況について」の(5)の平成27年度合計しまして3,410人、これは延べ人数なのですが、こちらの方の対象者の滞納者の中でいわゆる所得割の軽減対象になれる所得が58万円以下の方が2,614人とだいたい全体の4分の3を占めているような状況になっております。それから、100万円以下が286人、それから200万円以下が271人、というような状況になっておまして、あと高額となると747万円を超える方が17人というような状況になっております。

座長

軽減割合はどうなっているのか。それから所得割あるいは均等割の比率ももしお分かりになったら教えていただきたいのですが。

つまり、金額ベースでお話いただいても実際のその所得なり資産なりの保有状況との相関関係はこちらではイメージしにくいわけでごさいます、実際にその人は本当に困っている人なのか、それとも実際には租税や社会保険料負担を回避してもなおかつ、ペナルティがないから意図的に払っておらず、何の痛痒も感じないという一種のモラルハザードにはまってしまっておられる方なのか。そしてその方がどのくらいいるのかというのが一番気がかりなところで、社会保険制度とは、そういう仕組みの中で果たして今後とも成り立っていくのかというのが一番大きな問題関心でございます。その部分について、ご説明をいただきたいのですが。

事務局

どの方がどの軽減対象になるかというのは、なかなか情報的に難しい部分もありますので、それについては今のところ手持ちの資料としてはございません。

座長

昨年度も同じ質問をしたかと思しますので、来年度以降お調べいただきたい。

実際にモラルハザードがあるんだったら、日本はこの社会保険制度というのが一番基礎となる制度でございまして、これが壊れるとおそらくアメリカと同じような状況になりかねないと思っておりますので、そのあたりを含めてやはり保険者としての責任なりあるいは権限の行使の有り様みたいなものも含めてご検討いただきたいというのが私の質問の趣旨でございます。

事務局

こちらはシステムのにも色々と、情報を抽出しないとできない部分なので、なかなか数字を統計的に掴むのは難しいので、また具体的に検討させていただきたいと思っております。申し訳ないですけども。

座長

もし分かりましたらもう一つ。この滞納者はいったいどの地域の方なのか。もしかすると保険者としての機能があまり強くない市町村があるのかもしれない、そういう偏りもあるのだったらそれも含めて教えていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いします。

委員

座長。

座長

関連ですね。

委員

関連というか、私は全く間逆の意見なのですけれども、座長の危惧するところはよく分かるのですけれども、なぜ短期証の発行が少ないのかという先ほどのご説明の中で、滞納者自体が少ないということ、要するに全国的に比較して少ないわけですね。それと、具体的に年金額と滞納者のお話もありましたけれども、最近高齢者の貧困というところも社会的に話題にもなっておりますし、それなりの条件があるのだと思います。

また、ご説明の中で、それなりに市町村でその方の生活状況を見ながら丁寧に対応をしていますというような説明があったので、中にはまさにモラルハザードの問題でそれこそ差し押さえもしなくてはいけないような現状があるのではないのでしょうか。それは現場の市町村も含めて皆さんやっつけてくださっているのだと思います。

だから、そういうかたちで社会保険がこぼれていくのは大きな問題であり、そのへんを危惧するところはあるのだけれども、市町村等が丁寧に対応していただいているということで、私はこの問題はよろしいのではないかと思います。

座長

委員相互で、おそらくそれぞれ意見があると思います。特に医療の供給サイドからみると、保険診療ができないという方々が増えることはおそらく医療の診療報酬にも影響が出てくる。これも微妙なところございまして、これを利害得失関係、保険者のあり方と被保険者のあり方、そして医療の供給サイドのあり方、それぞれの中でこの社会保険制度を維持していくためのモラルハザードを発生させない仕組みをどのようなかたちで整えていくかが重要だと思います。

新潟県の場合はこの短期保険証の発行が全国平均の10分の1近く低くなっている。これは全国をお調べいただきたいのですが、これだけ低いというようなことだとおそらく委員のご指摘とはちょっと違うと。つまり、新潟県は丁寧に対応をしているからと言うにすればあまりにも累積の滞納者の数も減っていない。これはどのように考えるべきかということについてはやはり全国比較も含めて今後ご検討をいただきたいし、新潟県に対応が特殊なのか、あるいはそれぞれの広域連合ごとに相当のばらつきがあるのか、このあたりについてどのような政策的な対応を今後取っていくべきかということについてご検討をいただいた上で、包括的なかたちで次年度以降もしよろしければご検討結果をご教示いただければと期待しております。

委員

1つ、よろしいですか。座長が仰っていただいたように、このモラルハザードの問題は、今、ご指摘のように新潟県内はそう目立ったものがないのだろうと思いますけれども、やはり一番多いのは都会なんですよ。私たち、全国組織なものですから、こういう行為がかなり強く大阪エリアとかそういうところでは出ているそうです。逆にそういう人が「いや、俺はもう払わなくてすんでるよ」みたいな感覚で勝手に自己PRする人も中にはいるそうです。だから、これを悪として捉えるというのは当然のことなのですが、そういう面でのモラルハザードをしっかりとしないと、善が駆逐されるようなかたちになっていると、これを今おまとめいただいたように、そういう考え方の中で今後広域連合が対応いただければよろしいかなと思っています。

事務局

少し補足をさせていただきます。まず、なぜ新潟県が短期証の発行数が少ないかというか、比率的に全国と比べて少ないのかというお話なのですけれども、先ほどお答えしましたように、収納率が良いので滞納者の数が少ないというのがまず一番の理由になります。それから、全国的な傾向をみても、やはり収納率が低いところは短期証の発行率は高いです。当然、全体の数が多いですから。そういう悪質な人も多いということなのでしょう。

それから、短期証をどういう人に出すかという要件とございますか、条件とございますか、それについては全国的に統一された基準はありません。ですから、国民健康保険と同じように、それぞれの市町村あるいは広域連合で独自の考え方の中で対応をしているので、一律にうちが低いから、よそは高いからどうだということは比較できない状況もあります。

それから、新潟県の場合、他の広域連合もそうなのでしょうけれども、やはり滞納者の中には国保と同じように分割で納めていただいている方もいます。きちんと分割で納めていただければ、短期証の発行者の対象にはなりません。滞納者の中にはカウントされます。けれど、短期証は出ないという方になります。

新潟県の方は真面目という方も中にはいらっしゃいますから、当然そういう分割で納めて、市町村の窓口で親切丁寧に対応をしていただく中で、分割に結びついているという方もたぶんたくさんおられると思います。そういうような要件を色々加味した中で交付率が低い状況であるということもご理解いただければと思います。

座長

このあたりを来年度で結構でございますので、もう少しデータをきちんと詰めて全国比較も併せて、新潟県は、モラルハザードの拡大を図っているような、そういうポリシーの延長上の問題が出ているわけではないのだということを中心に説明していただけるような資料をご用意いただきたいと思います。

ここで、これ以上データがない中で議論しても意味がないだろうと思いますので、この議題は恐縮ですが、来年度の宿題として次の検討課題に移らせていただきたいと思います。

よろしゅうございますか。

それでは、時間の関係もでございますので、先ほど事務局から詳細なご説明をいただきましたが、懇談事項（２）「平成２７年度新潟県後期高齢者の医療費について」も実は同じような問題を考えなくてはいけないのではないかと考えております。これについてもご意見・ご質問両方まとめて頂戴したいと思います。新潟県の医療費、そして収納率の話もございましたが医療費についても全国で最も低い医療費支出で全国平均から２割くらい新潟県の後期高齢者の医療費は低いと、こういうご報告をいただいております。歯科あるいは調剤等の比較においてもバランスを含めて色々な問題が裏にはあるのだろうなと思うところがございますけれども、ご意見あるいはご質問ございましょうか。

委員

資料１－１「新潟県後期高齢者医療広域連合の現在の状況について」の３ページの医療費を比較している表がございますが、そちらの一人当たり医療費が平成２７年度では７５３，０９７円ですよね。それに対して資料１－２「平成２７年度決算に係る事業概要説明」の３「一人当たり医療給付費の推移」の平成２７年が６９５，２１０円となっておりますが、これは数字の出所が違うのですか。

事務局

資料１－１「新潟県後期高齢者医療広域連合の現在の状況について」の（２）一人当たり医療費ですが、これは医療費なので自己負担も含んだ医療費の全額を一人当たりになっている金額になります。それから、資料１－２の３「一人当たり医療給付費の推移」につきましても、いわゆる自己負担を除いた私たち保険者が給付している部分となります。その差が出ているというかたちになります。

座長

よろしゅうございますか。他にどなたかございませんか。委員、もしよろしければ後期高齢者の医療費について全国で最低であるというところを含めて何かご意見ございませんか。

委員

一応病院についてはご説明いただきましたので、具体的にそれを裏付けるデータというものが無いと議論は難しい。今日のところは結構です。

座長

後ほど、その他のところで、医療費についてのデータ分析を今後民間委託するというお話が後ほどご説明に出てまいります。そのときにまた改めてそれではご意見を伺いたいと思います。

それでは、よろしゅうございますか。懇談事項（２）「平成２７年度新潟県後期高齢者の医療費について」につきましては、ご意見はこれ以上お伺いしないということで、それでは懇談事項（３）「保健事業実施計画（データヘルス計画）の実施状況について」に移らせていただきます。

（３）保健事業実施計画（データヘルス計画）の実施状況について

座長

保健事業実施計画（データヘルス計画）の実施状況についてということで、資料３につきましてご報告を事務局の方からお願いいたします。

※懇談事項（３）について、事務局から説明を行う。

座長

はい、ありがとうございました。ただ今、事務局の方から懇談事項（３）「保健事業実施計画（データヘルス計画）の実施状況について」ご報告をいただきました。この保健事業実施計画（データヘルス計画）についてご質問ないしはご意見ございませんか。

委員

最後の薬剤併用禁忌防止事業の説明がございましたけれど、すでに関係機関に配布をしたという説明ですが、私は見ていないように思います。個々の開業、診療所にも配布してあるのでしょうか。

事務局

先月、１０月なのですが、新潟県の薬剤師会さんの方にこの事業と関連しまして重複投薬の関係の相談をさせていただいた際に、併用禁忌の一覧表を提示させていただいて、相談をさせていただいたという経緯がございます。

委員

それぞれの医療機関に配布したということではないのですね。

事務局

そうです。

委員

もう1点。国保連合会で各市町村、国保の方々にこのデータヘルス計画の助言をしたり、評価方法について関係者がアドバイスをしております、実は明日の午前中にも4つの関係市町村からそれぞれおいでいただいて、県立大学の先生や私も委員の1人なのですが、評価や事業内容についてのアドバイスをしているものなのですが、するとこの保健事業実施計画とは同じものではないのですよね。別なのですよ。委託は各市町村に委託をしてこの事業は展開されるのですか。

事務局

各保険者がデータヘルス計画の策定が義務付けられておりますので、市町村で作るデータヘルス計画につきましては市町村国保がデータヘルス計画を作っております。これに関しては先生方のご指導をいただいているものと思います。

私どもはまた一つの保険者でございますので、後期高齢者医療広域連合としてのデータヘルスを作っておりますので、これについてはまた市町村の担当者と色々情報交換をさせていただくというようなやり方で進めておりますので、別のものだということによろしいかと思っております。

委員

ただ皆さんは現場に出るわけではないので、市町村に委託をしてということになりますよね。そうすると市町村が取り組んでいるデータヘルス計画と更に後期高齢者広域連合から委託されている事業が絡んだかたちで動き出しているのは決して好ましくないですよ。

事務局

双方、関連はあると思います。ただ、国保のデータヘルスに関しては74歳までと年齢を区切って対象を絞っております、私どもは75歳からということなので、同じような事業をやっても片や国保で評価するのと、後期高齢者医療で評価するのとでは少し違います。ただやはり、市町村としてはこの中でも出てきますけれども、例えば、歯科健康診査の計画ですと通常であれば74歳までは生涯歯科健診や成人歯科健診ですか、そういうところに行くけれども、高齢者75歳以上は何なんだと、そういう制度がないではないかということがありますので、これはやはり市町村の中で一環した取り組みをやっていただく必要がありますので、整合性は取るべきだというふうには考えております。

委員

介護保険の地域支援事業が市町村にありまして、現場の方々は大変な思いをして仕事をしているのですよね。そういう中で、本当に現場の方々の苦労をよくご理解した上で、足並みをそろえて事業展開ができればありがたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

委員

先ほどの委員の併用禁忌の関係なのですが、私どもも見せていただいたのですが、例えば総合感冒剤のところにアセトアミノフェンが頓服で出ていると併用禁忌で出てきています。もう一つは、例えば糖尿病でSU剤とビグアナイドが併用されていると、それも禁忌ということで一覧に出ているので、中身をもう少し精査して医師会の方にも相談しながらこの資料をもう一度作り直

していただかないと、各医療機関はこんなことを言われたって診療なんかできないよという話になってしまいますので、その辺を精査していただきたいと私どもはご意見申し上げました。

事務局

それで間違いございません。説明が足りませんでした。委員からご意見をいただき、今資料を精査しておりますので、それらを見てまた関係機関とご相談して、どうかたちで資料提供をしていけばいいかなどご相談させていただきたいと思っております。よろしくお願ひします。

委員

一つよろしいでしょうか。今の委員の関連になる、一緒なのですが、3番目の糖尿病性腎症、私どもが携わっている活動の一環なのですが、これは各市町村行政にかなり任せておられますけれど、こういうデータが出てくるということは広域連合としてもかなり重視されて内容を精査されておられるということでしょうか。あるいは、指導力をお持ちになって各市町村に対応をされているのか、その辺はいかがでございましょうか。

委員

新潟県の保健事業は幸いなことに大先輩の時代、昭和40年代から県内統一方式で新潟県行政も指導に入りまして、どこでも同じ基準で特定健診等をやっております。ここ2年くらい前から、クレアチンを評価してeGFR（推算糸球体濾過量）を評価することが特定健診の中に可能になってきました。それと、尿たんぱく、尿潜血を併せまして、基準を作って問題のある方には精密検査という対応で今年度健診がスタートしております。ただ、専門の腎臓の先生がそう多くはございませんので、抽出しましてもどうかたちで精密検査にもっていくかが各市町村の対応がまちまちな状況でございます。ただ、大変大事な取り組みでございまして、途中で頓挫したりしないようにして続けていきたいと思っております。

委員

ありがとうございます。本当に委員から仰っていただいて、まだまだ市町村においては保健師さんをはじめとして非常に遅れているっていいですかね、そういうのがドクターも勿論なのですが、大学の先生が一生懸命ご尽力をいただいているけれども、市町村にまわってくるとなかなかそこが上手くいっていないと。ただ、私がお聞きしたかったのはこれに関して各市町村行政、保険課の方では対応いただいているのですけれど、これに広域連合として何かご意見を申し上げたり、ご指導したりというのはいかがなのでしょう。あるのでしょうか。

事務局

私どもの作っておりますデータヘルズ計画の中でも糖尿病性腎症重症化予防事業については事業の一つとして銘打ってあげておりますので、私どもとしては力を入れて取り組んでいくところでございます。今、市町村の方に健康診査結果を利用した取り組みを市町村にお願いしているところですが、今後は私どもの方で医療費分析も行っていく予定でございますので、実際市町村の方で保健指導をした方がその後、重症化していないかどうか追跡調査をすると共に、効果的な保健指導をしている市町村があれば、その情報を他の市町村と情報共有したりして、私ども市町

村の事業として情報提供なり効果測定なり色々協力し合ってやっていきたいと考えております。

委員

委員から言われたように、まだクレアチニンとかeGFRとかという言葉聞いてもなかなか高齢の方とかは理解されていないのですよね、実際問題。だから、このへんを広域連合がやるのかあくまでも市町村行政でおやりになるのか、ある程度徹底しないとせつかく取り組んでいただいても本当に途中で切れていくような感じですのでぜひよろしくお願ひしたいと思ひます。

座長

実は私自身は、今年から後期高齢者となりまして、後期高齢者1年生でございますけれども、この健康診査事業については、どのように考えるべきかと思ひております。実際にもう少し上の世代の方はお受けになっておられるのだろうか。私自身は、被用者保険の被保険者時代には人間ドックを受診してござりまして、そこから国保に移りましては2回ほど健診を受けてまいりました。ただ、これで本当に実際の自分の健康維持のための情報提供として、きちんと管理されたデータとして自分が読み取れるかといつたら、読み取れないのですよね。おそらく、後期高齢者の方々は特にそうだろうと思ひますが、実は受診して結果を紙でもらつても、それによつて自分の健康状態を判断できない。例えば、委員は健康診断をお受けになってられますかね。それから、委員も、後期高齢者の被保険者ご本人として健康診査事業といふのはどのようにお考えになって、実際に受診してられるのかどうかのご意見を伺えればと思ひますが、いかがですか。

委員

私自身は受けていません。それと同時にこちらの資料を見ますと、ここまで細かくやつておられるということを初めて知りました。しかし、実際こう出ていますけれど、どこまで実施しているかということが疑わしいところも随分あるような感じもします。こういうものを徹底的に全体の高齢者に対してやつていただければ、大変参考になって良いのではないかと私は見ていますし、非常に興味を持ちます。実際にこういうことをやつていただきたいということをお願ひしたいのと同時に、私にしてみると非常に参考になるような感じがいたします。

また、先ほど盛んに出ていましたけれど保険料の滞納者ですね。そんな方がやはりおられるんですね。びっくりしました。ですが、これはやはり特に企業の方の中で経営不振とか色々あつて払えないという方も勿論おられると思うのですが、どうしても人間といふのは色々な面でお医者さんにかかつたりする面が多いわけですから、保険料を滞納しているとかは、市町村の方でもう一つ頑張つていただきたいなというところがございます。

座長

ありがとうございました。委員も一言お願ひします。

委員

私は定期的に健康診断を受けております。それは目であり歯であり勿論身体全体なのですが、これは個人の問題という考え方もあります。事業所なりあるいは行政とかで強制的にやるのではなくて自分の健康は自分で守るといふのが基本だと思ひておりますので、定期的にやつてお

ります。また、今回受けた1回だけのデータを見るのではなくて、3年とか5年とか自分がずっと受けてきた結果の流れを綴り、自分で管理しておくということを私はやっております。

保険料の滞納の方も、皆さん一生懸命討議していただいたのですが、地域別のようなものがあるのか、個人の滞納はなくても事業所はあるというのはそういうものも関係しているのか、あるいは職業に関係してくるのか色々考えました。色々入り混じりましたが以上です。

座長

ありがとうございました。よろしゅうございますか。

委員

確認したいことがあるのですが、データヘルス計画について、私どももここまでのきめ細かな項目としては事業で取り組むことができません。特に、歯科健康診査事業がそうなのですけれど、事業的にはできないので、実際やっておりません。しかし、健康診査事業の部分では、目的としては健康診断のデータとかレセプトのデータを積み上げられて医療費の削減等に資すると思えますけれど、国保の健診データをあるいはレセプトのデータを広域連合さんの方へ引き継いで、参考にしたり予防につなげ、医療費の削減に努めるとかそういった部分で活用するための、連携についてはどの程度されているのか、あるいはされていないのであれば今後されるような予定があるか教えていただければと思います。私ども被用者保険では住所把握はできず、連携もできないわけですが、せっかく国保さんと広域連合さんでは新潟県内であれば、おそらく情報の共有はできるのではないかなというふうに思いますので、ぜひとも連携をして、予防に取り組むという姿勢を出していただいて、医療費の削減に努めていただきたいと思ひまして発言させていただきました。以上です。

座長

ありがとうございました。後ほど、その他のところで事務局から医療や保健事業、あるいは介護まで含めて新潟県後期高齢者医療広域連合として、独自にデータ解析を行う事業を民間に委託したいというお話をいただくことになるかと思いますが、実は以前も、地域保険の方と社会保険の方というのは性質なり構造なりというのが相当違うので、これを突合することもなかなか難しいし、データそのもの自体の集積もいったいどうなっているのかよく分からないというようなお話をいただきました。地域保険については、国保と広域連合の連携はどうなっているのだろうかというお話がございましたけれど、事務局から一言お願いできますか。

事務局

医療費分析の関係は後でご説明させていただきますが、医療の現場での活用ということでいえば、実は今、佐渡市が厚労省の補助を受けて「ひまわりネットワーク」というネットワークを組んでいます。これはどういうものかというところ、各病院のレセプトではなくてカルテ情報と各国保、後期から提供をうけた健診情報を、佐渡総合病院を中心として共有・管理し、それで介護あるいは健診もしくは診療というところで共通のデータを活用するという試みを始めているところです。現状は後期の情報がまだ入っていないので、これから入れようというところなのですが、こういう現場での健診の活用というのが、ずっと以前から旭川医大などでもやっていたのですけれ

ど、やはりそういう試行的な現場利用というのが健診データも入れてということで、各保険者からのデータを集積したいと考えているようです。また、各市町村においても自分たちの市の健康事業を各保険者からの情報と合わせたかたちで、高齢者あるいは市民の方々に健康指導を実施するというので、県内市町村からも我々の後期の健診データが欲しい、あるいはレセプトデータが欲しいということでデータの提供を求められております。これについては、私ども広域連合事務局は市町村と一体で事業を進めておりますので、市町村にデータを提供し、共有しながら進めております。市町村においては当然、自分たちの市町村の国保のデータを持っておりますので、国保と後期のレセプト情報、健診情報を合体して役に立てているということかと思えます。

座長

ありがとうございました。ついでにと言いますか、社会保険では被用者保険の方はどうなっているのかということで、委員、もしよろしければ現状についてご報告いただければありがたいと思います。特に、医療と保健、健診と、そして介護も含めてもしデータ共有化が進んでいて今このレベルまでできているということがご報告いただけるならば、そのあたりの現在の進捗状況をお教えいただければと思います。

委員

当然私どもの方でもデータヘルス計画に取り組んでおまして、健診のデータとレセプトデータを活用するというようなものも、考えてやっております。先月ようやく基本的な部分での医療費のデータ分析というものが出来上がりました。私どもは今、国保で16市が参加しておりますが、そういったところにこれを持ってお邪魔して、いわゆる現役世代の状況をお示しし、地域ごとのリスクや、医療費が高い部分の情報が出ておりますので、そういうことを訴えていきたいと考えております。現在は平成26年度分の情報までしか分析はされていないのですが、また今後もこれをベースに平成27年度で作ってというかたちで進めていきたいと考えております。また、この広域連合のデータヘルス計画と同じような部分としましては、例えば糖尿病性腎症のいわゆる重症化予防につきまして、HbA1cの数値等によって全国一斉にある数値以上の方や、ある数値以上でいてレセプト情報のない方に対して通知を出すというような取り組みを行っています。それから、何ヶ月かしてまだ未受診の方については支部といいますか、新潟県なら新潟県支部でアプローチをかけるというようなことはやっております。一例としてはそのようなところでございます。

座長

二点ほど伺ってよろしゅうございますか。委員の方から健保組合の話がございましたが、協会健保と健保組合での情報の共有関係はどのようになっているのかというのが一つと、それから先ほど佐渡の話がございましたが、被用者保険の方では、保険者としての何か独自の取り組みをなさっているようであれば補足でお願いします。

委員

健保組合なのでございますけれども、全国1,400団体ありまして、その全てがデータヘルス第2期に入るわけですが、第1期の計画については行政の指導に基づいて補足やフォローをしてい

ただきながら作成いたしました。内容自体は様々であり、ここまで詳細に作成しているところもあれば、内容を限定して作成しているところもあるということで、正直申し上げて全国統一した話というのはできかねます。作成については、国の補助等もありませんので、各健保組合の財政運営と人員、事務体制の関係から、全部を外部委託している組合もあれば、組合で努力をして作成しているところもあります。外部委託で作成しているところというのは、全てがそうとは言い切れませんが、健保組合なり母体企業の方針がきちんと定まっておらず、委託業者が作った内容に則ってやっているだけというようなところもございまして、本来の目的から外れたデータヘルス計画になっているところも無きにしも非ずというところですよ。ちなみに、私どもについて申し上げれば、加入事業所ごとの特徴を、例えば健診の結果では高血圧なのだけれども、レセプト情報がなく、即医療受診をしてもらわなくてはいけない人がいる。そういう分析まではできています。ただ、実際に保健指導までにたどり着く、あるいはそういう医療受診しなければいけないような人をどうやってフォローしていくかというところで各健保組合はみんな悩んでいるところですよ。保健事業の予算についてはほとんど無い状態の中で、データヘルス計画を実施しているというようなことで、ご質問のお答えにはなっていないかもしれませんが以上です。

座長

分かりました。結構でございます。健保組合と申しましても単独型と連合型と総合型、それぞれ事情や様々なバリエーション、あるいはそれぞれの支部組織も含めまして実態は相当なばらつきがあるのかもしれないというふうに私も思っておりました。なかなか大変だろうということは推測しております。申し訳ございませんでした。

委員

ご説明をいただいたのですけれども、裏面の方の重複投薬、ジェネリックの問題が出ておりますので一言お話をしておきたいと思っております。ジェネリックに関しては、国は早い時期に普及80%というところで、皆さん保険者の方々には通知されておまして、私どもも窓口で一生懸命お話をしています。それなりに普及率は上がっているのではないかとこのように思っております。

それから、重複投薬の問題なのですけれども、本当に多い方は同じようなものが出ていまして、お薬手帳を活用してお話はしているのですけれども、手帳を何個も持っていればそれはそれでおしまいというようなものがあります。私どもも、この事業が出てきたときに何らかのお手伝いはできないかというところで広域連合さんと話しております。また、もう一つ残薬問題があります。薬がだいぶ余っているというようなところにも重複の問題が出てきますので、その辺りをどういうかたちで情報共有して対応していければいいのかというところの話し合いをしています。今後とも色々なかたちでお手伝いというか、それが私ども本来の仕事だと思っておりますのでぜひ活用していただければと思っています。

(4) 平成28年度健康診査推進計画及び平成28年度歯科健康診査推進計画について

座長

それでは恐縮でございますが、時間の関係もございまして、最後に残されました懇談事項(4)「平成28年度健康診査推進計画及び平成28年度歯科健康診査推進計画について」を事

務局の方からご報告をお願いいたします。

※懇談事項（４）について、事務局から説明を行う。

座長

ありがとうございました。ただ今、事務局の方から懇談事項（４）「平成２８年度健康診査推進計画及び平成２８年度歯科健康診査推進計画について」ご説明を頂戴しました。今まで懇談会ではこの項目についてのご報告はなかったというご説明でございました。もし、その点に関連しましてご質問なりあるいはご意見ございましたら伺っておきたいと思いますが、いかがですか。

委員

歯科健診ということで少しよろしいでしょうか。今、８０２０（ハチマルニイマル）運動が功を奏したのか分からないですけれど、高齢者でも自分の歯を保っている人が多くなってきていますし、歯があるほうが認知症予防になるとか健康寿命に役に立つとかという話もありますので、本当に後期高齢者の歯科健診ができていてありがたいなと思っております。ただ、これを見ると受診率が非常に少ないというのがありますので、色々取り組みをなさっていますけれども、できれば１１市町村ではなくてもっと多くの県内市町村に広げてほしいと思っております。

今、７５歳と８０歳の高齢の方に長寿歯科健診の案内ということで実施していると思えます。名前もなかなかいいかなと思えますので、ぜひ１１市町村だけではなくてもっともっと広めてほしいと思っておりますので、よろしくをお願いいたします。

座長

事務局へのご要望としてよろしく申し上げます。

５ その他

座長

最後、５「その他」でございまして開会の挨拶にございましたように、来年度からのデータ分析の民間委託についてお話を頂戴したいと思います。よろしくをお願いいたします。

事務局

それでは、事務局からの報告というかたちで、「レセプトによる医療費データ分析」について、ご説明いたします。

国保データベース（ＫＤＢ）システムの運用が開始され、また、「保健事業実施計画（データヘルス計画）」の計画策定・進行管理が全ての保険者に義務付けられたことなどから、当広域連合では保有するレセプトによる医療費データあるいは健診データを分析し、保健・予防事業に活用する必要性を痛感しておりました。

そこで、医療費分析の方法やデータの活用方法について、学識経験者のご意見をいただきながら進め方を検討することとし、平成２６年８月から、「高齢者医療研究会」を立ち上げました。

この研究会には、ご専門の先生方と、国保連合会の担当課長様、またご担当者、当広域連合の

事務局職員らにより、平成28年6月までに5回の会合を持ち、議論を進めてまいりました。

現在、最終的に、報告書を取りまとめていただいておりますが、今後の医療費分析の目的、方向性としては、1「新潟県の後期高齢者の一人当たり医療費が低い要因の探査」、2「地域包括ケアシステムと医療との関連を健康寿命の観点から」、3「後期高齢者医療制度の将来展望を終末期医療の視点から」ということで、以上の3点を中心として進めるよう提言をいただいております。

また、これらの分析についてはKDBシステムによる解析が、現段階において汎用性を有しないことから、新たにデータベースを構築し、分析専門の民間業者や学識経験者を活用することなどについてもご提言をいただいたところです。民間業者については、現在、選定作業を進めております。

この業務委託では、単に分析研究を進めるだけではなく、高齢者医療の現状をわかりやすく「見える化」して、被保険者の皆様にご提供するとともに、「重複・頻回受診者」や「多剤・重複投薬者」「低栄養状態者等フレイル状態者」への訪問・相談事業を展開するためのデータベースも併せて構築いたします。

この懇談会でも以前から話題になっておりましたように、「新潟県後期高齢者の一人当たり医療費が全国一安いのはなぜか」という課題がありましたが、医療資源の観点や、介護保険事業との関係、また、高齢者の置かれている生活環境、生活習慣などからも分析し、疾病の傾向と地域偏差と重ね合わせて分析してみたいと考えております。一人当たり医療費が全国一高い福岡県広域連合でも、同様の取り組みを進めておりますので、将来的には両広域の分析結果を比較してみますと、一番高いところと一番低いところがございますので、今後の医療費適正化や保健・予防事業の進め方もより明確に出来るものと考えております。以上でございます。

座長

ありがとうございました。若干補足いたしますと、私も研究会の一員だったわけですが、今、医療費のデータ分析で先行しておりますのが福岡県、それから、沖縄県と東京都が大学との連携事業として始めているようでございます。これからの日本における医療費の負担を考えますと、いずれ団塊の世代が後期高齢者になるこの時代で、果たして今の医療保険制度、社会保険制度は、その仕組みが維持できるのかどうかという瀬戸際に立っていると思います。それがゆえに、政治的にも色々な議論が行われており、その議論のベースになりうるようなデータというのが、どのようなかたちで抽出し、かつそれを分析し、実務に活かしていけるまでに仕立て上げていくかが非常に重要な課題だと私は思っております。今後とも事務局の方で予算も含めて大変なご負担をお願いすることになるかと思いますが、ご検討を進めていただけるように期待しておりますのでございます。

この点についてどなたかご意見・ご質問ございますか。

委員

これは最終的には提言的なかたちで発表されるのでしょうか。

事務局

研究会のいわゆる結論、ご提言については、いただいた時点で私どものホームページ等で公表

できればと思っていますので、医療懇談会の場でもご報告できればというふうに考えております。

また、今日は、ノーペーパーでご説明しましたが、事業の詳細が決まり次第またご報告させていただきたいと思っています。以上です。

委員

詳しい内容を拝見しないと具体的なお話はできかねますが、一つ目の目的として、一人当たり医療費の低さの要因の分析をしたいということですよね。その要因の分析に当たって、医療関連データだけで十分な分析ができるかということについて個人的にはやや疑問がないわけではありません。資料2-1「平成27年度新潟県後期高齢者の医療費について」のところで拝見した例えば入院費が低いという観点で受診率の低さがあるというのは、抽象的な分析としてはそれで理解できるのですが、根本的な要因としてはそもそもなぜ受診率が低いのかということ进行分析せざるを得ないわけで、その分析に当たっては医療関連データだけでは残念ながら不十分かなというように感じます。そのあたりも含めてその委員会の方でご検討されているとは思いますが、せっかくお金をかけるのであればなるべく丁寧な分析をしていただければというように考えます。以上です。

座長

ありがとうございました。他にどなたかございますか。よろしゅうございますか。

それでは、それらのご報告をまた来年度以降伺えるということで、本日の医療懇談会はこれにて全ての議題を終了させていただきます。長時間にわたりまして熱心なご討議どうもありがとうございました。

事務局

どうもありがとうございました。座長には、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。また、委員の皆様、長時間におかれまして懇談をいただきありがとうございました。今回頂戴いたしましたご意見などを参考に、こちらの方も事務を進めていきたいと考えておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

本日は、誠にありがとうございました。

以上をもちまして閉会させていただきます。