

公開可

委員名消去の記録

平成30年度
第1回新潟県後期高齢者医療懇談会
会議録

平成30年11月13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	山口 衛行	
	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	大脇 健一郎	
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	副会長	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
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	
	デパート健康保険組合東日本支部	常務理事	関 雅人	
事務局		事務局長	八木 弘	
		事務局次長	八木 明	
	業務課	課長	酒井 億	
	総務課 総務係	係長	滝澤 竜大	
	総務課 企画係	係長	富井 和子	
	業務課 資格保険料係	係長	滝沢 明	
	業務課 医療給付係	係長	熊木 研二	
	総務課 企画係	主任	渋谷 華織	
	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

事務局

皆さん、こんにちは。

本日は、大変お忙しい中、ご出席いただきありがとうございます。

委員の皆様には、当広域連合の業務についてご理解とご協力をいただき感謝申し上げます。

この4月から当広域連合事務局長をつとめております八木と申します。どうぞよろしく願いいたします。

広域連合の役割・目的といったものを考えたとき、色々あるのだろうと思っておりますが、私は大きくは、「高齢者の皆さんが安心して健やかに暮らしていくことができる」ことにあると思っております。そのためにはこの「医療制度を安定して円滑に運営していくこと」が必要であると考えています。「安心して健やかに暮らしていく」とは、取りも直さず健康寿命の延伸、すなわち元気に歳を重ねていただくということです。これにはフレイル対策や病氣予防・介護予防といった保健事業の展開が大切になってくると思っております。

また、高齢者の健康づくりは、後期高齢者になってからそれに取り組むというのではなく、それに続くいわゆる前期高齢者の世代、あるいはそれに続く若い世代からの健康づくりに取り組むということが大切だろうと思っております。

当広域連合としましても、効果的・効率的に保健事業を実施することにより、高齢者の皆様の健康寿命の延伸と生活の質、QOLの維持・向上といったことに努めて、これによりひいては医療費増大の抑制につなげていきたいと思っております。

また、「医療制度の運営」では、高齢者が増えていくことなどに伴う医療費の増大への対応とともに、被保険者ご自身からの保険料の確実な収入も、制度を支えていく根幹のひとつであろうと思っております。

保険料の全体の収納率は高いレベルにあるといいながらも、残念ながら滞納されている方もおられるのが現状です。

被保険者の皆様方の受益や能力により公平に保険料をご負担いただくことにより、制度が公正に運営されていくという基本に鑑み、一部の滞納という実態が被保険者のモラル、公平・公正感を損なうことのないように、これまでこの場でも議論されてきたとお伺いしておりますが短期被保険者証の交付・活用も含め、収納対策に力を入れていきたいと考えています。

また、保健事業も収納対策もその実施には、実際の現場で一生懸命取り組んでおられる市町村の皆様からの理解と協力も欠かせません。

今後とも市町村の皆様方と連携して前に進んでまいりたいと思います。

本日は、当広域連合の現状についての報告のほか、医療費の適正化に向けた取組みの一環としてのいわゆる「あはき」療養費の方策、そして広域連合の実施する保健事業について、委員の皆様それぞれのお立場からご意見をいただき、高齢者の皆様方の健やかな暮らしにつなげていきたいと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

3 委員紹介

事務局

続きまして、次第の3「委員の紹介」に移らせていただきます。

委員の交代がありましたので、私のほうから委員の皆様をご紹介させていただきます。

※各委員及び事務局員の紹介

以上でございます。よろしくお願いいたします。

4 懇談事項

(1) 新潟県広域連合の現在の状況について

(2) 平成29年度新潟県後期高齢者の医療費について

事務局

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、座長にお願いいたします。

座長

しばらくでございました。今年度初めての懇談会でございます。

ちょっと風邪を引きまして、元気がなくてご迷惑をおかけする場面もあるかもしれませんが、よろしくご了承のほどお願いいたします。

それでは、早速懇談会に入らせていただきますが、懇談事項の(1)と(2)は関連性がございますので、まとめて事務局からご報告いただきたいと思います。

(1)は新潟県後期高齢者医療広域連合の現在の状況について、次の(2)は平成29年度新潟県後期高齢者の医療費についてということです。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、説明させていただきます。

資料1をご覧ください。

まず、1.被保険者数の概要です。

(1)被保険者数の推移では、平成30年4月1日現在の被保険者数は37万667人で、前年度から2,864人0.8%増加しています。

欄外に参考としまして、全国の数値を記載しています。平成30年4月1日現在約1,722万人、前年が約1,678万人、増加率2.6%ですので、新潟県は全国的に見ると穏やかな伸び率となっています。

次に、(2)被保険者数の内訳、窓口負担割合別です。

平成30年4月1日現在では、1割負担の方が35万6,061人96.1%、現役並み所得者であります3割負担の方が1万4,606人で3.9%となっています。構成比で見ると、前年同時点でも同じ

割合、右側に平成30年10月1日現在の数字も記載しています。これは、8月に行った負担割合の見直しを経た後のものとなりますが、ここでも構成比は同じとなっています。

次に2. 保険料の概要(1)平成30年度の保険料率及び賦課限度額です。

平成30年度の保険料率は、均等割額が3万6,900円、所得割額が7.40%となっています。この保険料率については、2年に1回見直しをすることとなっておりまして、昨年度のこの懇談会の場でも意見をいただきながら決定し、平成30年度から引き上げをさせていただいたものです。

賦課限度額は、62万円、今年度の確定賦課7月2日時点での賦課決定被保険者数は、37万4,875人、1人あたり平均保険料は、軽減前で6万3,768円、軽減後で4万5,606円となっています。

次のページに移りまして、(2)保険料の軽減状況です。

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。

所得が一定額の場合、保険料の均等割額が軽減されます。軽減割合は、所得額に応じて、2割、5割、8.5割、9割です。そのほかに被扶養者だった方に対する軽減があります。これは、後期高齢者医療制度発足時の激変緩和措置として、後期高齢に入る前にご家族の被扶養者だった方に対する軽減です。

これらをあわせた、均等割の軽減額は、全体で65億7,452万8千円、対象者数は26万3,356人となっています。

これら、保険料軽減分の財源は、国、県、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。

なお、この軽減制度は平成29年から段階的に見直しが行われておりまして、元被扶養者に対する軽減割合は、平成28年度は9割、平成29年度は7割軽減でしたが、平成30年度は5割の軽減となったことが、軽減総額の減少に影響していると思われます。

また、所得割額に対する軽減についても、制度発足の激変緩和措置として特例的に行われており、平成28年度までは5割軽減、平成29年度は2割軽減、平成30年度からは廃止となっています。

次に、(3)保険料の収納状況です。

平成29年度の確定収納率は、現年度分で99.64%となっており、平成28年度の99.60%を0.04%上回ることとなりました。

一方、滞納繰越分は、平成29年度が29.91%で、平成28年度の31.44%を下回る結果となりました。

次に、(4)短期被保険者証の交付状況です。

平成30年8月1日時点の交付枚数は98枚で、被保険者数に対する割合は0.03%となっています。

また、(5)滞納者数の状況として、滞納者数を記載しています。

平成29年度は、延べ人数3,345人で、平成26年度以降、毎年減少しています。

続いて、3. 医療費等の給付についてです。

(1) 保険給付費の内訳で、合計では2,578億9,551万7千円で、前年度比2.41%の増となっています。

内訳は、療養給付費2,405億9,972万8千円のほか、記載のとおりです。

次に、(2)一人当たり医療費です。

新潟県広域連合の一人当たり医療費は、75万2,116円、前年度比1.33%の増でした。全国的に見ますと、この金額は、これまでに引き続き、全国で最も低いものとなっています。

この一人当たり医療費については、懇談事項（2）で説明させていただきます。

次のページのカラーの資料は、平成29年度決算ベースで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ご覧ください。

引き続き、懇談事項（2）平成29年度新潟県後期高齢者の医療費について、資料2-1をご覧ください。

数値は、国民健康保険中央会公表の平成29年度年間分医療費速報と当広域連合がレセプトを元に独自集計したのによります。

繰り返しになりますが、新潟県の平成29年度一人当たり医療費は、全国で最も低いものとなりました。

項目ごとに見ますと、入院、これには食事・生活療養費を含みます。入院は全国平均に比べ、76.63%、全国で46番目に低いものとなっています。入院が低い要因は、受診率の低さにあると推測され、受診率では、全国平均が100人当たり81.88件であるのに対し、新潟県は65.56件、対全国比80.07%となっています。

また、入院外でも対全国比79.40%、全国で45番目に低いものとなっています。入院外が低い要因は、1人当たり日数が少ないためと推測され、全国平均では1.81日であるのに対し、新潟県は1.57日、対全国比では86.74%となっています。

歯科は、対全国比86.63%で全国21番目、調剤は、対全国比93.19%で全国34番目の低さとなっています。

次のページの資料2-2は、受診件数、費用額からみた全体に占める割合の多い疾病を入院、入院外の別に、順位付けしたものですので、参考にご覧ください。

説明は、以上です。

座長

ありがとうございました。

ただ今、懇談事項の（1）及び（2）についてご説明をいただきました。

ご質問あるいはご意見がございましたら、挙手をしていただければありがたいです。

ご質問から受けたいかと思っておりましたが、ないようですね。では、ご意見がございましたら伺いしたいと思います。

ご説明によりますと、保険料の軽減状況についてのご説明、一つはポイントと思うのは、前年度に引き続いて均等割及び所得割についての軽減が一部見直されております。

今後もおそらくこの傾向は続いていくだろうということでございます。いずれ後期高齢者全体にかかっているこの特例の部分が廃止になっていくのではないかとありますと、医療費をめぐる、あるいは被保険者の受診行動をめぐるでも様々な影響が出てくるのではないかとという危惧もあるわけです。このあたりご意見がございましたらよろしく願いいたします。

委員

健康保険組合連合会の全体ということと、それから新潟県の広域連合さんに対してということ

ではございませんが、今、私どもの方で国の方に財源のサポートをお願いしたいということでお願いしているわけです。広域連合さんの後期高齢者の納付金ですか、健康保険組合全体で前期高齢者も含め、拠出金全体が保険料の財源率の半分以上を超えている組合も相当数ということで、言い方が適当ではないかもしれませんが、何のために払っているのか、と。要するに保険料が自分から引かれる保険料の半分以上、拠出金に財源として引かれているということで、本来の健康保険組合の事業で、データヘルス関係も含めて色々支障といたしますか、なかなか手広く活動ができないといった現状があります。特に後期高齢者の拠出金に関していえば、今負担割合1割、3割ということで所得に応じて3割があるわけですが、これは要望としては、1割を2割にしていきたい。

このまま今の制度のままでいくと、協会健保さんもそうかもしれませんが、どんどん拠出金の負担割合だけが増えて、私どもがいくら医療費適正化を図ってもなかなかそちらの方の財源の負担が増えていき、結果的に保険料率をどんどん上げていくという図式がこれからも繰り返される。政府には医療保険制度の体制を維持していくためには、財政構造をやはり見直していただきたいと、とりあえずは後期高齢者の負担割合を1割から2割にしていきたいと、こういった内容で今、一生懸命取り組んでいるところでありますし、国会議員への要請もやってきております。

そういった中で、新潟県は以前から全国的には一人当たり医療費が少ないということで結構なことなのですが、私どもの保険者としての取り組みはやはり高齢者医療費の国庫補助の拡大をお願いしつつ、一部負担金の引き上げもやむを得ないのではないかと、こういう判断で一部負担金の引き上げを今お願いしているところです。

座長

ありがとうございました。被保険者の軽減料率の廃止について、ご意見ございませんか。

委員

私も高齢になりまして、これを拝見すると非常に新潟県としては全国平均でも負担が軽いといえますか、いい結果なのですけれども、いずれにしても年金も減っている中で、医療費負担というのは非常に大きいウェイトになるわけです。新潟県の場合は一人当たり医療費や保険料が低いということで、本当に喜んでいきます。

委員

質問ですが、昨年保険料を少し上げましたが、全国的には何番になったのでしょうか。

事務局

全国最下位レベルです。

均等割と所得割と二本立てなのですけれども、その両方とも改定前から全国47位、46位、その水準だったのですが、改定後の現在の保険料率でもその水準をキープしている状況でございます。

委員

分かりました。

もう一つお聞きしたかったのは、被保険者数の推移というところで、去年に比べて0.8%しか

増加していないというのに、全国的には2.6%増加というのに少し疑問に感じたのですけれど。

事務局

原因が何かということは私どもも確定的なことは申し上げられないのですが、新潟県は元々高齢化の度合いが進んでいた、その部分が全国の伸び率と比べて少ないということはあるかなと思っております。

委員

もともと高齢化率が高いということで、徐々に全国レベルになってきた、ちょっとパーセントにすると低いということなのではないでしょうか。

事務局

おそらくそれが全国平均との違いなのかなとは思っております。

委員

分かりました。ありがとうございます。

座長

この問題についてどなたか関連してございますか。

後期高齢者は今後少なくとも20～30年はピークに達するまでは増え続けるだろうと言われておりまして、一般的にこれからも増加するという趨勢のもとで保険料率をどのように調整していくかということが保険者にとっての非常に重要な課題になっていくかと思っております。その中で新潟県の広域連合の保険料率は昨年度若干の増加をお願いすることになりましたけれども、それでもなおかつ、全国で最も低いという、なぜ新潟県が低いのかということについては随分長いことこの懇談会でも議論してまいりましたけれども、相対的には新潟県の後期高齢者の少なくとも健康状態が良いのかなということ、もう一つは医療の供給サイドと需要サイドのマッチングのシステムそのもの自体が何らかのかたちで機能的な、良質といえるかどうか分かりませんが、マッチングが上手くいっているのだろうと。ただ、その根拠となるようなデータがあるのかなのか現在色々ところで検討していただいているところでございます。今後新潟県の後期高齢者の医療費の在り方について、ご質問ありませんか。

委員

今、座長が仰っていたことはずっと長く論議している課題というか現状だと思っております。そういう意味では、先程全国最下位の保険料というのは逆に言えば全国最下位の医療費。そういう中で、健保組合の拠出金の問題もありましたけれども、今はある意味これで運営できていると、ただ状況としてどう変わっていくかというのは高齢化率に関しては全国平均よりもすでに高齢化が高いからということなのでしょうけれど、医療の供給体制から見れば、新潟市はそれなりに高いのですよね。郡部に行けば低くなるということは供給体制に何らかの支障があるのではないかと。そういう意味では、医師不足ということだと思います。もう一つは、健康寿命を考えると平均寿命に比べ健康寿命は決して高くなく中ほどで、高齢化率が高まる中で健康な老人、元気な

老人をいかに作っていくかということが大きな課題です。それに上手く対応していければ、今の医療費が良いとは思っていませんが、そういう状況の中で、国も皆さんも健康づくりを頑張っていってほしいわけだし、地域ぐるみでどう推進していくかということなのかなと思っています。

座長

ありがとうございました。

新潟県の後期高齢者は案外元気なのかもしれない。新潟県の後期高齢者は医療費を使わないで済んでいるというレベルで健康寿命がそれなりに維持されてきているのかもしれない。

その原因が何であるのかということについては未だはっきりはしませんが、そんなところでよろしゅうございますか。

懇談事項（１）、（２）について、新潟県は少なくとも全国レベルでは最低の医療費のレベルで結果オーライという意味では医療保険財政の現状についてそれなりに評価されるべきだろうということでご了解のほどをお願いいたします。

（３）はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師の施術に係る療養費に関する受領委任制度への参加について

それでは引き続きまして懇談事項の（３）はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師の施術に係る療養費に関する受領委任制度への参加についてという資料３に基づいて事務局からご報告をいたします。

事務局

資料３のはり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師の施術に係る療養費、いわゆるあはき療養費と言っていますけれども、あはき療養費に関する受領委任制度への参加について説明いたします。

これは、国が導入する、あはき療養費の受領委任制度というものに当新潟県後期高齢者医療広域連合が平成31年4月1日から参加する予定というものです。

それでは、制度概要、不正請求等対策、今後の制度参加までの予定を順に説明いたします。

着座にてご説明させていただきます。

まず初めに制度の概要です。右の図をご覧くださいながらお聞きください。

受領委任とは、施術所が、医師が必要と認めた医療保険で定める施術を行い、患者等から1割又は3割の一部負担金を受け取り、患者等に代わって療養費支給申請書を施術所が作成し、それを保険者、広域連合へ提出する、つまり患者から受領の委任を受けた施術所が保険者、広域連合から療養費を受け取るという取扱いが受領委任という取扱いになります。

このような取り扱いはこれまでも保険者等の裁量・判断の中で「代理受領の取扱い」として実質的に行われていました。

しかし、これまでは、患者、施術所、保険者の3者の関係だけであり、図の右上の地方厚生支局長、都道府県知事の部分については、新たに付け加えられたこととなります。厚生支局長、都道府県知事の行政による管理や指導・監査の仕組みができたということがこの制度の柱です。

これが機能しますと、施術所の管理・指導を厚生局と都道府県知事がするという仕組みになります。

次に、不正請求等対策です。どのような不正請求等対策が行われるのかを説明します。

この制度の導入の柱になる部分ですが、療養費の請求内容等が著しく妥当適切でないときに、保険者又は患者等から地方厚生局または都道府県へ不正請求の情報提供があり、証拠がそろっている等の場合に、地方厚生局と都道府県で構成される指導監査委員会が速やかに監査を実施し、不正または著しい不当の事実が認められた場合には、受領委任の取扱いが中止になるという仕組みが導入されます。

また、療養費支給申請書を適正かつ効率的に審査するため、審査委員会の設置基準が定められました。療養費支給申請書について、保険者に代わって審査させるため、都道府県知事は国保連合会と協議した上で、国保連合会に療養費審査委員会を設置することができるとされ、当広域連合でも平成31年4月1日から審査委員会に審査をお願いしたいと考えています。

次に、制度参加は平成31年4月1日からで、審査委員会の設置時期も同じく平成31年4月1日で予定しております。これは既に発送したのですけれど、施術者への制度周知の送付を平成30年10月31日に行いました。今後は平成30年12月に施術者への申請勧奨を行い、申出漏れがあった施術所、施術者に対しては平成31年2月に再度勧奨を行うなどして、周知をしていきたいと思っています。また、制度に参加する場合は国保中央会理事長に対して委任する旨を通知することになっておりまして、こちらの方は平成30年12月28日までに連合会を經由して委任する予定としております。

以上で国が導入する、あはき療養費の受領委任制度について当広域連合の参加についての説明を終わらせていただきます。

座長

はい、ありがとうございました。

ただ今、はり・きゅう等の診療に係る受領委任制度という新しい制度のご説明をいただきました。今まで不正請求が見受けられた分野に新しい制度を導入し、新潟県の広域連合もそこに参加する旨のご説明をいただきました。

初めて懇談事項にのぼる制度でございます。制度の詳しい仕組み等、なかなか分かりにくい部分もあるかと思いますが、ご質問なりご意見なりをお受けしたいと思います。

委員

初めて参加させていただきました。医療費の不正または不当な請求というものが見受けられたので今度監査機能を強化するというお話なのですが、具体的には不正請求というものは、治療していないのに治療したとする請求なのか、あるいは保険適応外なのに保険を適用させるといったものなのか、こういった不正な請求が多かったのでしょうか。

事務局

不正請求の実態として、社会保障審議会でのあはき療養費の関係、専門委員会で検討されてきたのですが、そこで示された資料を基に紹介させていただきます。平成20年4月から28年11月までのデータになりますが、不正の実態が271事業者で、約5万5千件、金額にして約

9億5千万円あったということです。その中で、一番多かったものが、往療料です。施術者がその患者のところまで行って距離に応じた距離加算などを請求する往療料というものがあるのですが、距離の水増し請求が一番多かったとあります。この受領委任制度導入と並行して不正請求対策の制度改正を一緒に行い、往療料の改正も併せて行われております。

次に多かったのが、施術していないのに施術をしたという、施術回数の水増しです。こちらの方も往療料に比べると半分くらいの件数で不正があったということで報告されています。

座長

はい、ありがとうございました。

事務局

一点補足させていただきます。

今ほど事務局からの説明で不正の件数が約9億5千万という大きな数字を申し上げましたけれども、これはあくまでも全国の数字ということで、我が新潟県に関して言いますと、過去制度が始まってからこの10年の間でいわゆる不正受給ということで私どもの方で確認した件数はわずか1件です。金額にしてもだいたい70万程度ということで、あくまで先程の9億5千万という大きい数字は全国の中の事例ということでそこを申し添えておきたいと思っております。ただ、全国の中でこれだけの規模の不正がある中で、私どもとしてもあはき等の申請があるときはチェックをしまして、少しでも疑わしいものがあればすぐに診療所の方に返戻をしております。今ほどお話をしたいいわゆる往療料についても、本当にここに行ったのかとか、私どもの方でチェックをして、少しでも疑わしいものがあればすぐに診療所の方に返戻をしております。29年度だけでも約900件近くそういった返戻の事例がございます。今までも私どもで医療費の適正化という意味で審査をやらせていただいているつもりではあったのですが、全国的な流れの中で国が決めたフレームに私どもも参加させていただき、より医療費適正化のためにやらせていただくと。他の保険者さんからも後期高齢者支援金をいただいている中で適正化をきちんとしていこうという中で今回の制度に参加させていただくということでございます。私どもの方で特別不正が顕著だったので単独でこういう制度に参加したということではございませんので、その点一つ補足として申し上げておきたいと思っております。

委員

何件あって審査員は何人でやるつもりなのですか。

事務局

審査会の設置に関しては国保連合会の方で国保と後期をやっていただく予定となっております。来年4月からあはきの審査会新設ということで体制構築をしている最中と聞いておりますので、詳細はまだ私どもも聞いておりません。

ただ当然それぞれのはり・きゅう業界の方とかある程度の識者等を集めておそらく10人前後かと思われませんが、まだ分かりません。

委員

調剤は3人しかおりません。

事務局

あくまで私の憶測でございます。人数はまだ決まっておりません。

委員

今までは広域連合さんが審査していたのですか。

事務局

広域連合が申請書を受け取り、まずは私どもの方で審査します。そして国保連合会にも委託業務の一環として漏れがないか見ていただき、ここが間違っているとか、ここがおかしいとか、アドバイスをいただきながら審査している状況でございます。

委員

なかなかやはり専門的ではないと審査は難しいと思ったもので。

事務局

連合会の知恵もお借りしてやっている部分がございます。

これが4月以降の受領委任になると、審査会で連合会の方で識者の方を設置しますのでそちらの方で見ていただくという流れにシフトします。

委員

分かりました。

委員

お願いと質問です。基本的にうちの健康保険組合の場合は償還払いということで、受領委任制度はやはり危ないということで組合会でも提案をこれからいたしますけれども、現行どおり償還払いにするという、逆に言うと領収書を全部付けさせるというようなことになります。

で、お願いしたいのは、実は受領委任制度のデータをこの会議に集計をしていただいて公開し基本的に増える傾向にあるのか、減る傾向にあるのか、横ばいなのか。傾向をつかみやすいようなデータ作りをぜひお願いしたい。といいますのは、柔道整復師さんと同じ請求方法を取ることですので、ご存知のとおり柔整さんは非常に不正請求が多いです。領収書の添付がないということもありまして、請求書を自書すればよい、印鑑もいらない、ということで、非常に厳しい審査をうちでやっておりますし、二次審査も独自でやっておりますけれども、どの程度審査会の審査が厳しい中をくぐってくるのか分かりませんが、基本的に私の勘からすると受領委任制度は増えてくる傾向にあると。ご存知のとおり慢性疾患の方が受ける治療ですので、慢性疾患の方は色々な意味で大勢おられます。見た目は分かりませんという方もおられますので、どの程度増えてくるかということになると当然医療費にも関係してくる部分でございますので、データを取っていただいて、金額もそうですけれども件数ですとか、さきほど言われた往療料の関係も柔整

なんかもあるのですけれど、そういった部分で非常に書面では通るのですけれど実態が違う部分があるということもありますので、傾向をつかみやすいようなデータ作りをぜひお願いしたいということです。全国に柔道整復師の方々の不正請求は非常に多いです。新聞には載らない内容で私ども保険者の方に出てまいります。受領委任制度はある意味領収書もなく疑えばきりが無い。事後管理も含めたご対応を検討していきたい。

それから、もし不正が出たら厚生局に言われますよね。それは保険者が国保、広域の場合、保険者が厚生局に訴えてデータを提供するのか、審査会の方で経由していくのか。健康保険組合や協会、健保は審査会は作らないという前提になっている。そのへんのご対応をもしお分かりになりましたらお聞かせ願いたい。

事務局

受領委任に関するデータのフォローについてですが、チェックというのは大事な部分かと思っています。これから検討させていただきたいと思います。ご意見ありがとうございました。

それから、後半のご質問の部分なのですが、一応、国の通知の中ではフレームとしては指導監査委員会というのが設けられることになっている予定です。それは地方厚生局と都道府県の国保の主管課の中でそういう委員会を組織してそこで指導監督を行うということなので、そこに情報提供があったものを指導監査すると。その情報提供は審査会ではなくあくまで保険者、もしくは患者さん直接という間口も用意してあるようなのですけれど、そういったかたちの情報提供を基に地方厚生局と都道府県で組織される監査委員会での指導監査というフレームで国は考えているようでございます。

座長

今の委員からのご質問と関連していつか教えていただきたいところがございます。一つは柔道整復師の制度とこの鍼灸マッサージ師の保険診療に係る請求のシステム及び監査等のシステム、これは別なのか、それともこれで今回の制度によって重なるのか、それと通常のいわゆる医療機関といいますかあるいは医科、歯科あるいは調剤含めてなののですけれど、この診療請求とこの柔道整復師及び鍼灸あん摩マッサージ等の治療についての医療保険の適用及びその審査体制等がどう違うのかということについて簡単に素人に分かりやすくご説明いただければ幸いです。

事務局

まず、柔道整復師、我々、柔整という言葉で呼んでいますけれども、柔整の方は既にここでご説明している受領委任をする代わりに国の方で指導監査するというような体制が整っております。そこはそのフレームの中で今までもまわってきてこれからもまわっていく。あはきは、柔整のフレームを基にやはり指導監査のフレームを作るということで、基本的にフレームは大筋では同じだと思えるのですけれど、あくまで柔整、あはきということで別々の指導監査の流れで進んでいくものだと考えております。

もう一つご質問があった通常医療との関係ということですが、あくまで通常医療に関しましては、いわゆる療養の給付というかたちで、現物給付いたします。レセプトによって各医療機関から診療報酬請求が出されると、その審査はその審査で行う。あくまで柔整、あはきの療養費の申請に関してはそれぞれの施術所からあげられてきた申請書に基づいてそれはそれで療養費

として支給します。ですので、今もレセプトによる医療機関からの診療報酬の請求の支払い、あはき関係、柔整関係の施術所からの療養費の申請の支給支払いと、別の流れでやっておりますので、その流れはこれからも変わらないと思っております。ただ、その療養費の支給申請の際、例えば受診内容が適正なのかどうかというようなことを審査するにあたっては、こういう症状なのであはきをやっている、柔整をやっているというようなお医者さんの同意書が要りますので、本当にこの症状で間違いないのかというところで、例えばレセプトと突合して審査をするとかそういう動きというのは我々今でもやっておりますし、そういった関連性を持ってこれからもあはき、柔整関係の審査は続けていくと思われま

座長

私自身分かっているかと言われたら非常に心もとない部分がございます。

二つほどまた追加でお願いしたいのですが、一つは、後期でこれも監査やっているとしたりデータはあるのだろうなど、実は医療費総額として新潟県の広域は非常に少ない、全国最低というか、医療費で、その中に占めるあはきという、いわゆる鍼灸あるいはマッサージ等のこの請求で何パーセントくらいの医療費の枠の中での相当額になるのかということと、もう一つ、償還払いの話が関委員から出てまいりまして、償還払いでやっているところもあるのだろうし、今度の制度に移るとしたらほとんどこの制度に新たにやっていくのかな、それとも償還払いという制度で相変わらず残る部分もあるのかなと、このあたりについての見通しももしお分かりになりましたらお教えいただきたいと思

事務局

それでは順にお答えさせていただきたいと思

全体に占める割合ということで、先程ご説明差し上げました資料1の3ページをちょっとご覧いただきたいと思

ここに、保険給付費の内訳ということで、いわゆる医療給付費の数字がございます。この全体の数字が平成29年度を例にあげてご説明させていただきますが、合計が約2,570億です。そのほとんどを占めるのが療養の給付費、いわゆる診療機関、お医者さんにかかってレセプトで請求される分の給付なのですけれど、あはきは、この中のその他療養諸費という中に含まれております。これ全部があはきではございません。この中でその他療養諸費が約67億ですけれど、あはきは29年度ですと約7億8千万ほどです。パーセンテージがすぐ出せないのですけれど、占める割合はそのようになります。

座長

償還払いというのはどうなっているのかと、実態の方とこの数字がどういう関係になっているのかということ

事務局

償還払いについて、一応そのシステムをご説明差し上げます。受領委任というのはあくまで患者さんが負担のないように1割ないし3割でお医者さんにかかるのと同じ自己負担で払って、その差額を施術所が我々に請求するということなのですが、療養費というのは原則、償還払いで、これは最初患者さんが全部10割を払う。で、10割を払って患者さんが我々保険者の方にそのお

金を請求して自己負担分を引いた分、9割ないし7割をもらうという制度なのですけれど、我々の方で実際の事務をやっていく中で、償還払いというのはほとんどありません。基本的には代理受領ですね。償還払いはほぼゼロと考えていただいてもいいと思います。ですので、代理受領を今までやってきた中で受領委任というかたちに移るので、おそらくそれ自体は施術所さんもそれから患者さんも大きな変更はありませんので、混乱というのではないかと考えます。基本的には今の代理受領の流れによる支払いのスタイルとしては続くと思われれます。受領委任制度に4月1日から参加させていただくわけですけれど、それを施術所に、地方厚生局の方に受領委任に参加するというような届出を出してもらわなければならない。その届出をしないでいわゆる代理受領のかたちで請求書、申請書を持ってきた場合は、それは一定の期間を除けば基本的には代理受領を認めない。償還払いにしてください、というかたちで受領委任の制度の参加の届出を厚生局にしないでください。施術所に関しては、いただいた申請書はそのままお返し、患者さんに償還払い、10割を払ってもらうというような措置を取らせていただくつもりです。ただ、そうなりますと今度は患者さんが困るのはもちろんですけれども、施術所の方もそういうことをすると経営に影響を与えてしまいますので、受領委任の制度というものはおそらく施術所の中でも定着していくのではないかと考えております。

座長

はい、ありがとうございます。

先程委員から健保組合では償還払いをベースとする方針と仰られました。協会けんぽでも同じ判断なのですか。はり・きゅうマッサージについても8割以上が後期高齢者が受領を受けているというふうに従って、後期高齢者にとっても相当大きな影響がある分野なのかもしれないと思っております。今後の在り方が変わると、特に職域と地域との保険者の対応が違うとするとこれは業界も相当影響を受けるかもしれないと思っておりますが、このあたりもし関委員、あるいはご意見ございましたら。

委員

私どもの説明会、厚生労働省の説明会がございまして、いわゆる保険者の選択性ということで制度の組み立てがなされていると。受領委任は要は患者さまの負担軽減のサービスの側面が非常に強いということで、協会けんぽさんも全国でたぶん受領委任ですよ。

委員

そうですね。

委員

健康保険組合の大手はだいたい償還払いです。私ども総合健康保険組合もやはり償還払いを推奨すると。健康保険組合連合会全体も健康保険法に沿って償還払いを推奨して、組合会での決議を受けて下さい。というのが、方向性として示されています。

で、償還払いと今までの代理受領ですかね、そういう制度の中で比較をしたときに、ある県では償還払い制度に切り替えたところ、請求件数が半減したということがございます。なぜかというとやはり、先生方の同意書、医師の同意書をいただいて、いちいち領収書を発行して10割分

全部をいったん負担させてという言葉になりますが、それをやったことによって非常に財政の効果が出たと、支払い側から言わせるとそういうことになります。

で、慢性疾患ですので、エンドレスになってしまうと、まあ言い方ですね。で、同意書をお書きになる先生は歯科医師を除いて全ての先生は同意書の記入は可能と。言ってみれば産婦人科医もはり・きゅうの同意書OK。眼科の先生もはり・きゅうの同意書はOK。言ってみればそういう先生までもが同意書を書けるということですね。

ですから、今の時代からすればそこも直さないといけない部分なのですが、それは次回の検討事項というふうになったみたいですが、非常に受領委任制度を導入することによって利便性は増すということですね。ただし、慢性疾患なので先程仰ったようにほとんどの方が後期高齢者の方でいえばほとんどの方が該当すると、というようなことを聞いてちょっとびっくりしたのですが、やはり多いなというふうに思いますね。だから、審査のやり方ではなくて請求方法を変えることによってある意味牽制という言葉になりますが、請求のうえでは一定の医療費の抑制にはなるのかなと、健保連としても考えておりますので、償還払いを推奨しています。ただし、保険者の選択性でそれは償還払いでもいいし、受領委任制度の運用でもいいしと、代理受領制度は認めないということになっております。ということでお話しをさせていただきました。よろしいでしょうか。

座長

ありがとうございました。

被用者保険の方の対応は関委員が説明されたような方向でということで、地域保険の方はこの受領委任ということで厚生局の手続きにのせるという予定だということでございます。被保険者の方でもしご質問、ご意見等ございましたら、いかがですか。

よろしゅうございますか。

委員

ぜひ被保険者の方にお話しをしてほしいのですが、償還払って本当に受診する側からは大変な作業だと思うのですね。先程、委員が仰ったようにまさに償還払いをしたら半減したという現実。かかりにくさがそこにあるし、もちろん必要な医療かどうかということは審査をしなくてはいけないと思いますが、償還払いにおける受診側の大変さはきちんとみていきたいし、ぜひお願いしたいという思いです。

座長

はい、ありがとうございました。

他に、ご発言ございませんか。

よろしゅうございますか。

(4) 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

座長

それでは、引き続きまして懇談事項の（4）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です。

事務局からご説明をお願いいたします。

事務局

懇談事項（4）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です。資料4をご覧ください。

第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）の作成にあたっては、昨年度、この懇談会でもご意見をいただきました。大変ありがとうございました。おかげさまで昨年度末に完成し、皆様にもお送りさせていただいたところです。

ここでは、計画に基づく保健事業について、説明をさせていただきます。この計画の基本的な考えです。生活習慣病の重症化予防、加齢に伴う心身機能の低下防止、必要な受診機会の提供、といった健康課題について、広域連合が保険者として保健事業を実施することにより健康寿命の延伸、高齢者の特性に応じた各種サービスの提供という目的を達成しようとするものです。

第2期計画の期間は、平成30年度から35年度までの6か年で中間の32年度に見直しをすることとしており、その間にも、（4）計画の評価のとおり、要所要所で評価を実施します。

次のページに計画を体系化した図を載せています。

まず、大前提として、目標（好転した状態）の健康寿命の延伸、高齢者の特性に応じたサービスの提供があります。

その下の一番左側で大目標を、生活習慣病の重症化予防、加齢に伴う心身の低下防止、必要な受診・その他のサービスの利活用による医療費の適正化とし、右側に大目標を達成するための中長期的な目標、これを達成するための短期的な目標、これを達成するための具体的な保健事業を実施していくこととしています。

具体的な保健事業については、次の3ページ以降に記載していますが、この中からいくつかについて触れていきたいと思えます。

まず、3ページの一番上、健康診査事業です。

糖尿病など生活習慣病の早期発見と重症化予防を目的として、広域連合設立当初から実施している事業です。一部除外者を除いた全被保険者を対象に、市町村へ委託する形で実施しております。全市町村が行っています。

一番右の列に現状（現時点の評価）を記載しています。

ここに記載している内容は、実績の数値は平成29年度のものですが、どれも現在進行形の事業であるため、平成30年度の内容も混在しますのでご了承ください。

健康診査事業の現状（現時点での評価）としては、①ストラクチャー（実施体制）では、毎年数値目標や目標達成に向けた取組みなどをまとめた健康診査実施計画を策定し、市町村と共有しています。また、健診結果についても、システムを活用して市町村に提供しています。②プロセス（実施過程）としては、必要に応じて、市町村と連携を図っています。③アウトプット（事業実施量）は、平成29年度実績では、受診率25.2%で前年度比1.4%の増となっています。④ア

ウトカム（成果）では、受診勧奨判定値に該当しその方が医療に結びついた割合の目標 90%に対して、H29 年度実績で 96.5%となっています。

糖尿病など、早期には自覚症状がなく、症状が現れたときにはすでに進行している病気も少なくありません。医療機関での受診が必要な方や保健指導を必要とする方を的確に抽出するための重要な事業であると考えており、来年度からは、事業をさらに充実させるため、市町村に対する委託料を増額する予定としています。

糖尿病に関する事業としては、その下の段に糖尿病性腎症・CKD（慢性腎臓病）重症化予防事業を記載しています。

腎疾患が悪化した場合、人工透析が必要となりますが、透析が必要となった方の原因は、糖尿病性腎症などの生活習慣病に関与するものが約 60%を占めます。透析治療は、週 3 回、1 回 4 時間の時間を要するなど、生活の質を著しく低下させて、被保険者の方の生活に非常に大きな支障をもたらします。

このため、糖尿病性腎症・CKD 慢性腎臓病で人工透析導入前の方に医療機関への受診勧奨や専門職による訪問相談などを行い、病期の進行を遅らせようとするものです。

現状（現時点の評価）の①ストラクチャー（実施体制）としては、この取組みは、すでに、市町村において実施していることから、その内容を調査しました。②プロセス（過程）としては、広域連合では現在、市町村の取組みに対し、費用助成という形で支援していますが、実施市町村の増加や内容の充実を図るために、こういった支援、かかわり方にしたら市町村が取り組みやすいのか、検討しています。③アウトプット（事業実施量）は 29 年度実績で重症化予防の取組みを行っている市町村は 20 あります。④アウトカム（成果）、こちらも支援の仕方とともに検討しているところです。

次に、4 ページの一番上、歯科健康診査事業についてです。

口腔機能低下や肺炎等の予防と心身機能の低下防止を目的としており、対象者は、76 歳、80 歳の被保険者としています。この歯科健診も、健康診査と同様に市町村へ委託する形で実施しており、平成 30 年度は 15 市町村で実施していただいています。

現状（現時点の評価）としては、①ストラクチャー（体制）では、数値目標や達成に向けた取組みを盛り込んだ歯科健康診査推進計画を策定し、また健診結果から医療に結びついた割合を集計し、市町村へ提供しています。②プロセス（実施過程）としては、実施市町村を広域全体に近づけるため、未実施市町村に対し、事業化のために何が必要なのか、何が足りないのか課題の聞き取りを行いました。③アウトプット（事業実施量）は、平成 30 年度の実施市町村数は 15 と、前年度から比べて 2 市町村増えました。④アウトカム（成果）としては、平成 29 年度実績で、受診結果から医療に結びついた割合は、目標 90%に対し、96.9%となりました。

歯周病に起因する動脈硬化や糖尿病の悪化など、口腔を健康に保つことは全身の健康につながることから、この歯科健康診査事業についても、市町村が取り組みやすいように、来年度から市町村への委託料を増額する予定としており、実施市町村を増やしていきたいと考えております。

同じく 4 ページの一番下、在宅訪問栄養食事相談事業についてです。

栄養改善と心身機能の低下予防、生活機能の維持・改善を目的として、平成 29 年度から実施しています。対象者は、広域連合が保有する健康診査の結果から抽出した低栄養状態、フレイル、いわゆる虚弱といわれる状態の被保険者の方です。対象者の方には、広域連合から案内をお送りします。申し込みのあった方に、日程調整のうえご自宅に管理栄養士が訪問して、個々の状態に

あわせて栄養相談を行うことにより、状態の改善をはかるもので、6か月間で3回の訪問と電話もしくは手紙での支援を行います。平成29年度は、77人の方に訪問相談を行いました。

また、訪問する管理栄養士育成のための研修会も実施しています。

委託先は、県栄養士会にお願いしており、現在のところ、対象地域は新潟市としています。

現状（現時点での評価）としては、①住民の最も身近な自治体である新潟市との共同事業とすることで、対象者の抽出や関連機関への周知がスムーズにできました。事業実施の過程では、本人同意のもと、訪問相談にあたって留意すべきことを医療機関から情報をもらい、相談後の結果も共有させていただいています。結果は医療機関のほか、包括介護支援センターや居宅介護支援事業所とも共有しています。②プロセス（実施過程）としては、管理栄養士の育成のため研修会を開催し、16人が受講しました。実際の訪問にあたっては、26人体制で対応していただきました。③アウトプット（事業実施量）としては、初回相談時と最終相談時の相談実施者のBMI値が維持・改善した割合を指標としており、結果は64.2%と目標を達成することができました。④アウトカム（成果）は、資料ではアセスメント表16による改善率、アセスメント表16となっていますが、これは相談実施後の日常生活に関する聞き取り結果を記録したものです。それによると「実行してみてどうでしたか」との問いに対し「体によい変化があらわれた」「気持ちによい変化があらわれた」と回答のあったものが67.3%でした。

目標の訪問相談実施者の生活改善率80%に対しては、目標達成には至りませんでした。体または気持ちによい変化があらわれた以外は、全て「変化はないが続けようと思う」という回答で、数値こそ目標達成はできませんでしたが、意義のあったものととらえています。

また、訪問した管理栄養士の方からは、多職種による支援の必要性を感じたという意見が複数ありまして、次の課題と感じております。

この訪問栄養食事相談事業につきましては、現在、新潟市のみを対象としていますが、他の市町村にも今後、水平展開する方向で考えております。

次に、6ページの上の段、服薬相談事業についてです。

被保険者の方の自己負担額の軽減や医療費適正化を目的として、平成29年度から実施しています。この事業も先ほどの訪問栄養相談事業も、高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業として、国も力を入れているところです。

対象者は、広域連合が保有するレセプトデータから、ひと月に2箇所以上の医療機関を受診していて、重複投薬や併用禁忌薬剤処方の方が疑われ、服薬に関する相談や調整が必要と思われる方です。対象地域は現在のところ、新潟市としていて、委託先は新潟市薬剤師会にお願いしています。

対象者抽出の条件にあてはまる方には、広域連合から案内をお送りし、相談を希望する人から申し込みをいただきます。申し込みをいただいた方には、日程調整をしたうえで、新潟市薬剤師会から薬剤師がご自宅を訪問して相談を行います。平成29年度は45人の方に訪問相談を行いました。

現状（現時点の評価）としては、①ストラクチャー（体制）では、相談時にお薬手帳に相談内容を記入したシールをはって、かかりつけ薬局と共有しています。その結果、かかりつけ薬局が指導した内容などはハガキで薬剤師会にフィードバックしてもらいます。また、対象者にお知らせを送る際には、新潟市の後期高齢担当部門から勧奨に適さない方がいないか、確認をいただいています。また、実施結果も共有しています。このように、新潟市薬剤師会、かかりつけ薬局、

新潟市と広域連合との連携体制ができています。②プロセス（実施過程）としては、初年度の29年度は、重複あるいは併用禁忌とされる薬剤の組み合わせの設定でうまく抽出できないケースがあったことや、対象者の抽出時期と実際の訪問時期の期間があいてしまったことから平成30年度は見直しを行っています。③アウトプット（事業実施量）、④アウトカム（成果）の平成29年度実績では、行動が改善された人は、相談実施者の53.3%、これにより削減された医療費は26,106円となりました。

平成30年度は、29年度と同じく新潟市をモデル地区として実施していますが、この事業についても、今後、他の市町村でも実施する方向で考えています。

広域連合が実施する保健事業については、事業の企画段階から、また事業開始以降も、新潟県医師会様、歯科医師会様、薬剤師会様、また、地域医師会・歯科医師会・薬剤師会様からの助言や絶大なるご協力をいただいていますことに、感謝申し上げます。

また、今後も健康で元気な新潟県後期高齢者のために、また全国的に低い医療費を維持するため、より効果的な保健事業を行っていきたいと考えておりますので、引き続きご指導をお願いいたします。説明は以上です。

座長

ただ今懇談事項（4）について事務局から色々ご説明をいただきました。

ご意見、ご質問ございますか。

委員

ようやくデータヘルス計画が動き始めたということで、非常にありがたく思っています。地域の医療機関との協力に対しましても最後にコメントがありましたように、強力な連携が必要だと思っておりますのでこれからもそういうスタンスで進んでいきたいと思っております。

全県的にこのデータヘルス計画は市町村の関係者が動いているわけではありますが、広域連合としましては市町村に委託ということでお話しはございましたけれども、それで現場でやっている人たちと整合性が取れるような事業内容で凸凹することがないような展開を考えていっていく必要があるかと思っておりますので、工夫をしていただきたいと思います。以上です。

委員

私からは、冒頭に事務局長さんの方から後期高齢者になる前に前期高齢者、もっと前の若い世代、いわゆる私どもの働き世代から健康に取り組むというところが大事になるとお話があったのですが、このデータヘルス計画の関係もありますし、あとはその後の保険料率というのにも影響してくるのでしょうけれど、実際私ども協会けんぽも新潟支部としては都道府県単位の保険料率は全国一低い保険料率をここ数年を維持しております。ただ、このデータヘルス計画の取り組みで、重症化予防の取り組みの中では実は新潟の私どもの加入者は全国のトップクラスの健診の受診率にあります。2番目くらいでしょうかね。若干2番目、3番目なのですが。それはいいのですが、すごくいいことなのですが、実はその結果で要治療者という判断をされた方の医療の受診率、これがワースト3番目、4番目くらいなのです。ですから、だいたい他の支部、他の県を見ていると、9から10の受診率に対して私どもの新潟は7から8、約2%違っています。その結果、ワースト3、4あたりにいるという状況で、保険料率が低いというのは

当然医療費も低い方という状況があるわけなのですけれど、実は先程もちよっとお話がありました。本当は適正な受診がされているかどうか、というところが大きな課題になっております。今年はずせめて全国平均ぐらいの要治療者が受診に結び付けようということで、重症化予防に取り組んでおります。なるべく健康で実は国保の協議会とかにも色々なところにも参加しているのですけれど、毎回言われるのは、国保にくるときにはもう既に皆さん体調を壊している方が多い、ということをおっしゃっておりますので、その前の私たちの加入の段階でしっかり取り組んでほしいとご意見をいただきます。一昨年ぐらいから重症化予防を特に取り組んでいるところなのですけれど、なかなか新潟県民はいまひとつ反応してくれないというところがあり、昨年からは事業所内に電話をして本人を呼び出す、本人に受診の状況とかをお話しをしておりますが、だいたい分かりました、というような話をされますが、色々聞いていますとなかなか受診がしにくい環境、例えば仕事を休めないとか、仕事が遅いとか若しくは自分がいなくなると仕事が遅くなるというような環境があり、影響していると感じております。ですから、事業主や総務担当者に対してそういったところでなんとかならないかということをお進めしていこうと思っております。実態としてかなり後期高齢者の方は受診に結びついているというのはデータに出ておりますので、私どもとしてはそこに行くまでに健康な状況で送り届けたいということで今後進めてまいります。

委員

毎回言っていて申し訳ないのですが、歯科健診の委託先なのですけれど、全県 30 市町村ですかね、まだ半分程度なので、歯科医師として健康で楽しく生きるためには美味しく食べることが基本かと思っておりますので、そういった意味も含めましてできれば 15 市町村ではなくてできれば、なかなか難しいとは思いますが 30 市町村全てに拡大していただけるように働きかけをしていただければと思います。なかなか難しいとは思いますがよろしくお願ひいたします。

委員

意見といいますか、現在の老人クラブといたしまして、やはり後期高齢者の方が多々大勢います。私たちはクラブを通して健康な高齢者又は長寿社会にしていこうと、県老連や全老連にしても取り組みをしております。その中で言えることは、クラブに入っていない市町村の各町内の方は、ややもすると健康づくりが遅れがちだと感じるわけです。それをなんとか行政の力をお借りしてクラブ活動に邁進していただければと思います。高齢者はやはり口腔も大事で平日頃の歯のケアを朝晩きちんとしてはだめだと感じ取っている人も多々います。ですから、色々な取り組みありがたいなと思っております。私自身もう 80 歳になっていきますから、皆さんは数字も大事なのですけれど現場の声も聞いていただければと思います。地域でも隣近所の高齢者でも結構なので、話をしていただければありがたいなと思っております。以上です。

座長

ありがとうございました。

色々なご意見を伺いまして、データヘルス計画、これからも色々なかたちでフィードバックのご報告をいただくことになるかと思っております。目標と、それから実績を比較しながらこれもなかなか難しいというか、後期高齢者に対する広域連合の直接的な働きかけというのはなかなか難しい

部分もあるかと思いますが、目標と実績の間に様々な中間的なプロセスの中でのご努力のほども期待しつついずれ最終的なデータヘルス計画の達成時点に向けてどのようなご成果を達成されるのかというのも含めまして今後ともご報告のほどよろしくお願いいたします。

それでは、ちょうど時間にもなりましたので本日の懇談会、滞りなく懇談事項等を終えることができました。

5 その他

座長

その他については、何か事務局のほうからございますか。

※懇談事項（5）について、事務局からは特になし。

座長

それでは、長い間色々熱心なご討議ありがとうございました。

これにて本日の懇談会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、進行役を務めていただき、ありがとうございました。

また、委員の皆様におかれましても、長時間にわたりご懇談をいただきましてありがとうございました。

本日、色々いただきましたご意見を参考に、今後広域連合として事業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。