

令和 6 年度 静岡県後期高齢者医療懇談会 会議録

開催日時

令和 7 年 1 月 21 日（火） 午後 2 時 30 分～午後 4 時

開催場所

ニッセイ静岡駅前ビル 2 階 会議室 CD

出席者

（委員）	被保険者を代表する者	遠藤 耕輔	委員
	保険医又は保険薬剤師を代表する者	小野 宏志	委員
	保険医又は保険薬剤師を代表する者	松田 美代子	委員
	医療保険者を代表する者	安田 剛	委員
	医療保険者を代表する者	富永 伸彦	委員
	医療保険者を代表する者	大森 康弘	委員
	学識経験者その他有識者を代表する者	松田 正己	委員
	学識経験者その他有識者を代表する者	古川 善之	委員
	学識経験者その他有識者を代表する者	秋山 憲治	委員
	学識経験者その他有識者を代表する者	藤本 健太郎	委員

（事務局説明員）

事務局長	池田 佳隆
事務局次長	笹川 秀幸
総務室長	中司 里香
資格保険料室長	錦織 有美
医療給付室長	宗藤 寿彦
電算室長	及部 保幸

事業企画室主査

鈴木 優

事業企画室主査

鈴木 浩二

(事務局懇談会担当)

総務室主査

杉山 秀士

欠席者

(委員)	被保険者を代表する者	小池 邦廣	委員
	被保険者を代表する者	藤田 かつ太郎	委員
	保険医又は保険薬剤師を代表する者	小笠原 俊拓	委員

会議内容

静岡県後期高齢者医療懇談会

1 開会

事務局長あいさつ

委員紹介

事務局職員紹介

2 副会長の指名

3 意見交換

以下、発言要旨.....

(1)後期高齢者医療制度の執行状況について

- ・ 保険料収納率の状況
- ・ 被保険者数の推移
- ・ 医療費の状況
- ・ 主な実施事業

(2)第2期データヘルス計画（令和5年度）事業評価について

(3)令和7年度静岡県後期高齢者医療広域連合予算編成方針

(1)後期高齢者医療制度の執行状況について

委員 訪問看護の伸びが著しいという御指摘を会長からもいただいています。訪問看護の伸びというのは健全に伸びているということであれば問題はないですが、現状は問題があります。御存じの方もいるかもしれませんが、有料老人ホームで行われているもの、併設されているものがあります。その訪問看護というのは、医療保険で訪問看護を入れられる患者さんしか入居させないという状況になっています。介護保険にはいろいろな制約があるので、訪問看護ステーションの収益が伸びません。医療保険ですと、制約が外れますので、1日3回訪問看護に入れます。しかも複数人で入るという状況です。そうしますと、かなり高額な医療保険の収入があります。こういった有料老人ホームを運営すると儲かりますといったセミナーまで開催されています。一人当たり月額120万円の収入とそのセミナーでは述べられています。元々病院から退院してもらい、自宅に帰ってもらいのが良いというのが在宅医療でした。病院の医療費を減らすという目的もあって、病床数が減らされ、急性期ではない病棟も減らされてきていますが、その受け皿がこういうところになってきています。そうしますと、医療費を減らすという目的が全く果たせないどころか本末転倒の結果になっていますので、訪問看護の伸びは注視していかななくてはならないかなと思います。まだそれほど大きな影響はないかもしれませんが、これが当たり前になってくるととんでもないことになってしまいます。後期高齢者が増え、こういった状況が続けば、この医療保険が病床を減らしたにもかかわらず、医療費がむしろかかってしまうという状況になってしまうので注意してほしいと思います。東京都では問題視されていまして、訪問看護ステー

ションはレセプトをかなり厳しくチェックされるようになりました。傷病詳記を正しく書いて出すようになっていますので、静岡県もこのようにやっていかないといけないと思います。私たち医療機関は厳しくチェックされています。訪問看護ステーションはそこまでチェックされていないと聞いています。その体制をしっかりとやらないといけないと思います。これは早急に対策を進めるべき問題かと思います。いろんな法律があって、なかなかできないという話は聞いたことがあります。例えばレセプトをチェックする、傷病詳記を記載するということはぜひ進めてみてはどうかと思います。

座 長 4 ページの資料を見ますと 2 年で倍々ですごく伸びているということですね。金額的には 61 億円ということでありまして、ほかの金額に比べると少ないですが、これだけ使っているのであれば最低限チェックは必要かと思います。また、訪問看護は、介護保険適用者であっても特定の場合(末期の悪性腫瘍や神経難病、人工呼吸器の装着時)には医療保険(通例は週 3 日の利用)が適用され、この場合は、週 4 日以上の上の訪問が可能となります。現状どのようなになっているか御存知のことがあれば教えていただきたいのですが。

事 務 局 お話がありましたように、現状レセプトは、厳しくチェックされていないです。傷病詳記の話も出ていないですし、広域連合内で問題視するような話も出ていないです。

事 務 局 9 月に東海北陸ブロックの広域連合の事務局長会議というものがございまして、その場でこの問題に触れております。議題にはなかったものですから、議事録に残しているか

どうかというのは定かではないのですが、各広域連合ごとに個別で動くということは非常に力が弱いものですから厚生労働省の方がリーダーシップをとってこの問題にちゃんと対処できるように方針を出してくれたらという話も出ていましたので、今度の春の要望にそういったものが載ってくるかと思います。静岡県広域単独ではなくて全国の広域連合とタッグを組んで対応してまいりたいと思っております。

座 長 ありがとうございます。柔道整復の関係では問題があって数年前に減らす方向でということがあったのでそれは戻ってきていますから。今の件でも他の件でも大丈夫ですので、何かありますか。

委 員 先ほど訪問看護ステーションの話がありましたが、事前にいただいた資料を見て、確かにこの折れ線グラフが右肩上がりになっているというのは確認させていただきました。実際に訪問看護ステーションがどのように増えているのかというところを担当者に確認させていただきましたところ、一般社団法人の全国訪問看護事業協会というところが出している数字ですが、令和5年4月1日現在での静岡県の訪問看護ステーションが300事業所（稼働数）あったところ、令和6年4月1日現在では347事業所（稼働数）と47ステーション増えていました。冒頭、会長からお話があったように後期高齢者の人口増加と訪問看護ステーションの増加もあり、右肩上がりになっていると思います。

委 員 2ページの都道府県単位の保険料率についてですが、近隣の県に比べて静岡県があまり良くないです。岐阜県、愛知県

と比べて、山梨県、長野県を入れてもいいかもしれませんが、ここは何か原因があるのでしょうか。他の県の状況が分かれば教えていただきたいのと今後、近隣の県よりも低いというのは何か対策を打つべきではないのかなと思いますので、そこに対して見解があれば教えていただきたいと思います。

事務局 静岡県が周辺の県に比べて収納率が低いということですが、人口の規模によるところもあるのかなと思います。また、静岡県は特別徴収で年金から納めるというものが周辺の県に比べて少し低いということもあると思います。国保から切り替わった時の納め忘れであるとか、普通徴収ですと口座の登録をせずに滞納になってしまうこともあります。県内の賀茂地区は、他県から転入してくる方が多く、その辺の市町の収納率が悪いということもあるのかなと思います。

座長 よろしいでしょうか。静岡県は大体のデータが平均当たりということはあるので自治体の大きさなどが関係しているのかなという印象もあります。差といっても数パーセントの差です。近隣と比べるとコンマいくつの世界で、額的には大きいのですが、パーセントについてはそこまで大きくないのかなという印象もあります。でも、専門の方からするともう少し上げた方がいいということだったと思います。そのほかございますでしょうか。

委員 12 ページの健康支援事業の件について、背景等あれば教えていただきたいです。後期高齢者医療の健康診査に関しては、国民健康保険の特定健康診査と基本項目が概ね同じであると認識しています。その中で、広域連合が実施主体となり、

市町へ委託して実施しているということですので、市町ごと実施項目に差がないと理解しています。それに対して、国民健康保険の特定健診は項目が市町ごとばらつきがあり、市町の皆様がそれぞれの考えで進めているところです。これを国において将来的になるべく揃えるような形で、県の方から標準化するよう助言するということが要求されています。74歳まで国保に加入されている方の特定健診の項目が市町ごと異なるのに75歳になったら後期医療では健診の項目が市町間で同じであるという形と理解せざるを得ないかと思いますが、健診の効果的な実施のため、何か工夫をされていることなどあれば教えていただきたいです。

事務局 健康診査について、国保は保険者ごとの話になりますが、後期高齢者医療は広域連合から各市町に委託をしているため、共通の項目になります。現在、共通指標というものを大事にしており、市町ごとの特性に合わせてばらばらにやるのではなく、健診の項目は同一とし、それを元に各市町の特性を踏まえて、保健事業に活かしていくといった形になっています。

委員 市町の皆様と調整する際の統一に向けて、各項目の調整を県と市町で協議を進めていく必要があるため、その際は細かい話も含めて紹介等いただきたいと思います。

委員 国の方では口腔ケアの問題とリハビリを合わせて高齢者の対策としてやってくださいという要求があり、合理的な話だと思います。そういったことも含めて、健康増進事業ということも計画に含めていただけたらどうかと思ったのでお

願いしたいです。重複受診などの問題に対して行動しているとの話がありました。該当者には連絡をしているようですが、国民健康保険や健康保険組合に加入されている方で重複受診の方がいます。向精神薬の重複受診で一月で何回も様々な医療機関を受診し、向精神薬の処方を受けている方がいます。そういった方がいることは存じ上げているが、実名が公開されないということもあり、注意喚起できず、対応が取れません。ここで、広域連合が行っている重複受診の方への連絡は有効に働いているのでしょうか。もし、有効に働いているのであれば国民健康保険でもそういった対策もスムーズかと思い、質問させていただきたいです。

事 務 局 重複、頻回受診については、広域連合も事業の見直しを行っている段階で2年前まで新型コロナウイルス感染症の影響で電話のみとなり、直接会えないことや、業者の選定によって資料ができていないといった実態がありました。それを活かし、薬剤師会と協力させてもらい、保健指導として、薬剤師の指導を受けるという方法で行っています。これから精査をしていき、来年改善をしていくというような状況です。

委 員 せめて実名を教えていただければ、当人に対して重複受診なので処方できないと申し上げることができるが、分かっているにもかかわらず公表されていないとできない。もちろん疑わしいということで処方しない医師もいる。それはそれで構わないが、本当に重複受診者かということは分からないため、一度疑わしい方に重複受診となっているか質問をしたことがあります。違いますとの返答だったため、それ以上は問わなかった。デパスを1日3回の処方をしているが、それを2以上

の医療機関から処方してもらっているみたいです。そのようなことがあるので早く解決していただきたいです。薬の処方をしすぎてしまうと、査定されてしまうという実態がある。医療機関への対応は厳しくて、患者への対応は何もされていないというのは不公平感があります。協力するので対応を考えていただきたいです。

座　　長　　今のデパスの例は重複処方されてどうするのでしょうか。

委　　員　　闇に流れるのではないのでしょうか。

座　　長　　売ることですか。

委　　員　　そうだと思います。高く売れるのではないのでしょうか。犯罪に使われている可能性もあるし、暴力団の資金源になっている可能性もあるため、早く対応しないといけないとも思います。薬剤師会、県庁と話し合いをしたことがありますが、法律上、対応できないとのことでした。対応しないというのも、言いかたは悪いが、暴力団の肩を持っているという気がしてしまいます。警察もそれに対して動けないということなので医療機関としても協力できない。各機関が対応しようということになれば、医療機関も対応するし、患者に対して毅然としてこれ以上処方できないと言えます。なぜ動かないのかと不思議に思っています。広域連合でも医療費が増えていることに対して、問題視しているので、この重複受診も犯罪性があるかもしれないので、国民のためにも動くべきじゃないかと思います。

座 長 今の例は資料の 7 ページの多剤処方者になりますか。

委 員 アとウと思われます。1 年以上にわたって 2 以上の医療機関から処方されていると思われます。ここであまり議論することではないかもしれませんが。

座 長 その方は何歳くらいですか。

委 員 50 歳くらいかと思います。

座 長 保険は国保ですか。

委 員 国保でした。以前は健康保険組合の保険でしたが、会社が倒産したということで国保に切り替わっています。その方はマイナンバー保険証を持参しないので、医療機関では確認ができません。

座 長 対応はどこに聞いても難しいのかもしれませんが、記録に残していただきたいです。今の部分の関連で 7 ページの成果事業で令和 5 年度から指導件数が大幅に減っていますが何か理由がありますか。

事 務 局 業者とうまく連携ができていませんでした。アプローチはしたが、指導までつなげられなかった。こういったことも踏まえて件数を確保できるよう事業の見直しを行っているところ です。

座 長 指導ができなかったということは今挙げた例のような

方も含まれますか。

事務局 含まれる可能性はありますが、把握はしていません。個々に指導をしたいと連絡をしたが断られたり、電話に出なかったりということがありました。広域連合としては自宅に行ってもらいたかったが、それがうまく業者に伝わらず、断られたから終了ということになってしまった。そこは広域連合側の伝え方の問題もあったかと思われます。

委員 処方された薬を売ということは法律違反にならないのですか。

事務局 基本的に医師の診断の下、必要性があって処方するため、それを第三者に提供することはあってはならないことだと思います。法律的なことに關しては把握していません。

委員 薬剤師が処方箋無しに薬を出すのは零売といったのでしょうか。問題になっていたかと思います。資格を持った人は問題視され、民間人は問題じゃないというのは変だと思います。

座長 薬は本人のものであって他人に渡すというのは本来いけないことで危険な行為かと思います。法律とは別の問題で医療的にはよろしくない。すぐに答えは出ないかもしれませんが、今後検討する課題になるのではないかと思います。諸外国ではこのようなことはよく起きていて、薬の横流しは大きな問題となっています。そのほかありますか。

委 員 多剤処方が減っていますが、潜在的にはもっと多いということかと思います。14 ページのオーラルフレイル対策が令和 5 年度で極端に減っているのは何か影響があったのでしょうか。

事 務 局 これに関しては広域連合の事情です。職員の退職があり、直接指導ができなかったというところで内部的なことが要因で減少しました。

座 長 令和 6 年度はいかがですか。

事 務 局 今年度の数字は回復しています。

委 員 オーラルフレイルに関しては 5 年間毎年やらないといけないということもあり、継続する方が少ない状態です。歯科健診、オーラルフレイル健診を多少見直して、多くの方に受けてもえるように訪問や集団でもできるような形にしたかどうかという話も出ていて、来年度に計画をしているところです。少なくなっていますが、他県に比べると静岡県は多い方です。他県とも今後どのような形でやっていくのが良いか相談しているところです。

事 務 局 補足になりますが、資料の受診状況の受診者数は継続支援数というのはあくまで広域連合で指導した数であり、左側に受診者数は 431 人とあるので、オーラルフレイルの受診券を持って歯科医院を受診した方は例年通りです。その結果を元に広域連合の医療専門職が直接電話をして指導をします。それが令和 4 年は 335 人だったが、去年は人数が足りず、39 人

になったということです。

座 長 3 ページの上の表の比率ですが、高齢者率が 17.5%とあります。この比率は何の比率になりますか。最後のページの資料では高齢化率が 30%ほどなのでそれに比べると少ないので、対象の方は保険者なのでしょうか。

事 務 局 この数字は例えば令和 2 年度の人数 2,820 人で 0.5%と書いてあります。総計の 56 万 521 人で割っています。そうすると 0.5%になります。

座 長 そこは年齢別の比率ですよね。その下の部分になります。県人口の比率で 15.5%となっています。令和 2 年でいうと約 362 万人の県人口に比べて被保険者数が約 56 万人なので 15.5%。65 歳以上の人口だとそんなに低いことはないと思いますので。

委 員 高齢化率の 30.7%と比べてということですよね。後期高齢者医療の被保険者は基本的には 75 歳以上だと思います。あと 65 歳から 69 歳までの 0.3%などを加えると 15.5%くらいになるということですよね。

事 務 局 その通りでございます。県人口が 353 万人で 17.5%というのはこの県人口に対する被保険者数の割合となっており、表でいいますと、総計が 65 歳から 100 歳超までの 2,021 人から一番下の 2,884 人までの合計が 61 万 6,490 人となっております。この人数が県の人口に対する割合で 17.5%という理解で良いかと思います。

座 長 ありがとうございます。それは分かるのですが、後期高齢者であれば 75 歳以上かと思ったら、65 歳以上や 70 歳代が入っているものですから。

委 員 65 歳から 69 歳までと 70 歳から 74 歳までは障害認定ということなので全年齢ではないですね。国保など様々な保険に入っている方以外に後期高齢者医療保険に一部入られている方がいらっしゃるので基本は 75 歳以上の後期高齢化率にこの一部加入されている方を加えて 17.5%になるということでしょうかと思います。

座 長 75 歳以上の方に加えて 5,000 人ほどの障害認定の方がいらっしゃるんですね。ありがとうございます。

事 務 局 後期高齢者医療保険に加入されている人数と御理解ください。

(2)第 2 期データヘルス計画（令和 5 年度）事業評価について

座 長 議論になるのが、5 番の総合評価が A で良いかどうかということかと思います。訪問指導実施率が 10 分の 1 と極端に少ないのに A として良いかということだと思います。1 番は B であり、2 番と 3 番は C なのですが、相対的に見ると A というのはどうかという印象ですが、皆様いかがでしょうか。全体の評価はアウトプットとアウトカムの④と⑤を掛け合わせるものです。なので、どちらかが極端に悪いと評価は当然下がるというのが一般的ではないかと思われます。

委 員 5 番のアウトプットの実績値が 2.74%であるにも関わら

ず、総合評価Aというのはどうかということをおっしゃった
ということですね。私も御意見のとおりだと思います。

座 長 評価をAにすると来年度以降もこれでいいだろうという
ことになるので、極端な話、訪問指導の実施は10分の1程
度でいいと次の担当者は誤解されると思うので、あまりよろ
しくないと思います。過去の評価と比べるとこのようなこと
はなかったかと思いますが、いかがでしょうか。

事 務 局 御指摘していただいたことはごもっともだと思います。昨
年も御指摘があったようで、こちらとしても重く受け止めて
います。今年から第3期データヘルス計画が策定されていま
す。第2期の反省点を踏まえながら、第3期データヘルス計
画を策定しました。また、国の方から共通事業を使ってほし
いということで通知があり、全国で統一した目標を設定して
おります。そのため、今年から御指摘があった、実態と乖離
しているような評価方法になっていないのでその点は御安
心いただければと思います。

委 員 データを見て、このような場合はたまたまかもしれませんが、他の偶発的な要因が作用したものではないかと考えるの
が普通かと思います。アウトプットの効果がどうなのかとい
うことは提起されるということかと思います。偶然かもしれ
ませんが、そういうことがきっかけになり、改善されるとい
うことが大切なのでそのようなことを踏まえた評価をすべ
きではないかと思います。

委 員 2番と3番の歯科健診事業、オーラルフレイル対策事業の

受診率が低いという問題が指摘されていたかもしれませんが、全身の健康管理の面からも大切な問題なので、この受診率を上げるための工夫や対策はされているか又はこれからしようとしているか何かございますか。

事 務 局 今年度特に歯科医師会と協力し、事業の見直しを行っています。受診率向上の取組として訪問歯科健診を来年度実施予定です。また、健康診査をやっているところに歯科医師に来ていただいて、歯科健診をやってもらう集団健診も検討しています。特に賀茂地区は歯科医師が少ないと聞いているのでそういった地域の方も歯科健診を受けていただけるような工夫に取り組んでいます。また、どうやって封筒を開けてもらうかというところで、まずは封筒を開けてもらわないと話が始まらないため、封筒の作りを見直したり、受診勧奨の仕方を検証しつつ、取り組んでいるところです。劇的に改善するかは分かりませんが、事業の見直しに取り組んでいるところです。

委 員 通院してくる患者さんもこの後、歯医者に行くということをよくおっしゃっているので、たくさんの方が歯科医院を受診されていると思います。その受診で歯科健診の代わりになっていたりするんでしょうかね。

事 務 局 いわゆる「みなし健診」ということだと思いますが、実施の検討をしたことがありました。ただ、本人からの申し出が必要で、歯科医師からのアプローチでみなし健診のデータを送っていいかと聞くことがやり方としてすぐわないため、今の歯科健診の方法でみなし健診を行うのが難しいという結

論に至りました。歯科医師会から歯科医師に定期健診で受けていても歯科健診を促してほしいということしかできないという状況ではあります。

委 員 施設に入居されている方はこういった歯科健診は使えますか。

事 務 局 使えません。健康診査の基準に準じて、対象者を決めているため、除外されます。理由としては入居されている方は健康管理下にあるということで対象から外しているということです。

委 員 入居者の健康管理は嘱託医がいますが、歯科医師が特別に施設と契約している方はいないと思うので、施設負担で歯科医師に来ていただくのは無理ではないかと思います。

事 務 局 あくまで何かの基準に基づいて、歯科健診を実施すべきと考えています。健康診査は国からやり方について通知がありますが、歯科健診はありません。そのため、広域連合としては健康診査の基準に基づいて要綱を定めているわけですが、今お話あったとおり、現場を見てみると難しいところもあるので、そこは検討材料かと思います。

委 員 歯が痛いとか入れ歯が合わなくなったということであれば歯科医師が往診に来てくださっていますが、健診ということまでは無理なので、やはり口腔ケアというのは大切ですし、ぜひ検討し直していただければと思います。あと、特定健診のはがきと同じ欄に歯科健診も書いていただくと、私た

ちも歯科健診を促せますし、逆に歯科健診に行かれた方は、歯科医師の方から特定健診を促すこともできますので、ハガキを1枚にさせていただくとよりいいんじゃないかなと思います。

事務局 歯科健診の対象者が75歳と80歳ということで限られているのでそこは難しいかなと思います。

委員 静岡県は健康寿命が日本一でしたので、それは歯の状態が良いということもあるのではないかなと思いましたので、それを意識していくためにも御検討いただければと思います。

座長 ありがとうございます。歯は認知症予防でも大切になってきていますので、重要性が増してくると思います。そのほかいかがでしょうか。

委員 5番の重複頻回受診者等訪問指導事業のところで座長が問題提起されましたが、④のアウトプットは低くても⑤のアウトカムの評価が高ければ総合評価は高くなるという御説明に聞こえました。しかし、この表を見ますと、総合評価のところは活動指標及び成果指標を総合的に判断と書いてあります。ところが、総合的な判断は⑤だけで評価するという仕組みになっているという理解でよろしいでしょうか。

事務局 そのような評価になってしまったというところですか。

委員 それは改善されるということですか。

事務局 はい。

(3)令和7年度静岡県後期高齢者医療広域連合予算編成方針

座長 これは報告を伺うということでして、何か意見を言って変わるということではないと思いますが、まだ御発言がない、老人クラブの遠藤委員この件以外でも構いませんので、何かありますでしょうか。

委員 認知症に対して様々な意見が出ていますが、認知症になった方がいる家庭から対応していった方が良いと思います。認知症がいるということが周りにも分かるようにした方が話の仕方が変わってくると思います。市の方でも認知症について、指導をしています、認知症の方がいる家庭に対して対策をしていった方が良いと思ったのでその点について伺いたいと思います。

座長 認知症のことで何か話はありますか。

委員 認知症の方がいる家庭を地域の方に知ってもらってサポートを受けられるようにした方が良いということでしょうか。

委員 はい。話の仕方が違ってくると思います。認知症の方がいるということがよりオープンになる方法はないかと思っています。

委員 貴重な御意見だと思います。なかなか対策が立てようがなく、中には認知症ということを知られたくない人もいます。難しいところだと思いますが、サポートできる地域づくりを

しなければいけないのではないかと思っているところです。
確かに認知症だということが分かれば、地域全体で支えていき、つらい思いをせずに暮らしていけることになりますし、認知症の進行を遅らせることもできるかもしれません。

委員 島根県ではGPSをつけているところもあります。静岡県でもそのような対策は無いのかなと思っています。

委員 認知症の方の徘徊のためにオレンジシールというものを配布しています。認知症の方の靴にシールを貼るのですが、どこかに行ってしまったという場合に靴にオレンジシールを付けた方を探すことで、そのシールに通し番号がついていて、誰がどこにいるということが分かるような対策はされているようです。

座長 認知症は昔「ぼけ老人」と呼ばれていた時代もあって呼び方が良くないのではないかとということもありましたが、今もあなたの家族は認知症ですよねと言われてもあまり良いことではないので難しいところですね。しかし、対象者が分からないのに気を付けようがないというものもあると思います。

委員 認知症の方を抱えた家族の方は特につらい思いをされています。なので地域で支えるというのは私も良いことだと思います。

様々な事業をなさっていると思いますが、高齢者が増えてくると、この先の人生をどう生きていくかということをおさえないといけないということで、国ではアドバンスケアプランニングや自立性管理が出ています。こういった病気になっ

たらどうしますであるとか倒れたらどうしてほしいといったことを医師会とか地域の方に普及していかないといけないと思っています。それをやることによって、無駄な医療を防ぐことができると思います。その人が望んでいない医療を防ぐことができます。医療費を削減することが目的ではないですが、その人が望んでいない医療を提供しなくてもよくなるということは結果的に医療費の削減になっていくということになるのではないかと思いますので、何年後になるかわかりませんが、人生会議を普及させるということもこの高齢者医療の年間計画にも盛り込んでいただけると良いのかなと思ったりしています。他にも取り入れなければならないことも多くなると思いますので、人生会議だけを入れることは難しいとは思いますが、検討いただければと思います。

委員 後期高齢者医療ですから原則として 75 歳以上ですが、それ未満の年齢の方と結び付けたような包括的な分析、問題抽出、課題設定、例えば健診事業とかオーラルフレイル対策とか予防にかかわることについて、75 歳未満の方を対象に行った事業の実態などのデータとどうやって突き合わせ、それに取り組むための枠組みはどうなっているのでしょうか。

委員 基本的には、保険者ごと事業になりますので保険給付など、個別の運用については当然、保険者ごとの単位で実施するのですが、医療費の適正化という観点から、データヘルス計画はすべての保険者で作成する形になっており、市町国保の場合は、市町が保険者になり、それぞれ作成しています。先ほど少し申し上げたとおり、市町国保の特定健診と後期高齢者の健康診査が、基本的な部分で連動するよう、それぞれ

の課題が引き継がれていくような形が必要になると思います。県という立場で申し上げますと、東部と西部、あるいは海岸部と山間部で様々な地域事情や生活環境によって課題が異なります。健康寿命などの数値も違いますし、必要となる対策も市町によって異なります。そうしたことから、それぞれの市町の皆様が必要な施策の優先度を決めてデータヘルス計画として打ち出されているはずですので、市町の違いが最終的に保険者が後期高齢者医療広域連合になったときに、先ほど申し上げたように、保健事業を統一的に進めていくということと、市町ごとの特徴を踏まえて進めていくということのバランスをとっていく必要が、今後あるのではないかと思います。一方で国保事業全体の話で申し上げますと、市町単位ではなかなか経営が厳しいということがあって、県単位化を進めるということが求められているので、保健事業についても県全体の中で、ある程度、統一して進めていきたいと思いますという話をまさに今検討している段階です。そうしたことから、市町ごとの特性と県全体の共通課題を年齢区分関係なく、今後検討していかなければならないということが、地域保険である国保においては議論されているところです。保険者間の連携が必要ではないかということで、保険者間で様々な課題を共通認識しながら、対策について検討しているという状況になっています。

座長 社会保障全般ですと大きな話になってくると思います。いずれ、そのような方向に向かっておられるということで、少し視野を広げていく必要があるのではないかと感じています。

そのほかよろしいでしょうか。今回も様々な意見をいただ

きました。それではお時間が参りましたので、意見交換を終了させていただきます。

.....

4 連絡事項

5 閉会