

## 令和5年度第2回兵庫県後期高齢者医療制度懇話会 議 事 録

1 日 時 令和6年2月2日（金） 13:58～15:32

2 場 所 兵庫県後期高齢者医療広域連合 海側会議室

### 3 出席者

- (1) 兵庫県後期高齢者医療制度懇話会委員 12名  
(五十音順、敬称略)

足立 正樹、梅村 智、岡田 讓介、岡林 孝直、尾崎 公彦、  
久住 達哉、久保 三男、塩見 美抄、三浦 一樹、村上 恵一、  
森口 裕一、若生 留美子

- (2) 事務局 13名

事務局長 児玉 成二 事務局次長 藤本 豊記  
情報システム課長 樋口 正謙 資格保険料課長 岡村 和子  
給付課長 有原 伸欣 他8名

### 4 議 事

- (1) 令和6・7年度における保険料率の改定（案）について  
(2) 兵庫県後期高齢者医療広域連合第3期データヘルス計画（案）について

5 傍 聴 人 2名

### 6 議事の要旨

- (1) 会長及び副会長の選出

足立正樹委員を会長に互選した後、足立会長が衣笠葉子委員を副会長に指名した。

- (2) 令和6・7年度における保険料率の改定（案）について

資料に基づき、令和6・7年度の兵庫県後期高齢者医療広域連合における保険料率改定（案）について説明。

- (3) 兵庫県後期高齢者医療広域連合第3期データヘルス計画（案）について

資料に基づき、第3期データヘルス計画（案）の概要について説明。

### 7 意 見 等

(委 員) 均等割と所得割、これはどのようにして分けているのですか。基礎控除額の判断ですか。

(事務局) 高齢者の医療の確保に関する法律施行令で割合が定められており、通常50対50で賦課することとなっていますが、保険者により、所得の状況、所得係数と言いますが、都道府県ごとの国の平均所得に対する値を出し、

その値を所得割に乗じて決めますので、兵庫の場合、50対50になります。今回制度改正があり、所得割によって増額分をまかなうために、所得割に2ポイントプラスして、保険料率の算定をするように国からの指示がございましたので、52対48で行っています。

(委員) 年金収入のことを均等割と言っているのか、年金以外の収入があるところを所得割と言っているのかを伺いたいです。

(事務局) 均等割は等しく、どなたにも必ず一律にかかります。所得割については、所得に応じてかかりますが、基礎控除後の総所得金額等が発生した場合に、所得割額がかかりますので、年金収入153万円までの方は、基礎控除後の総所得金額は0円になり、所得割を算出する基となる所得が0となりますので、所得割はかからないこととなります。

(委員) 収入の内訳にありました、後期高齢者交付金に関して、この後期高齢者交付金というのは、人口当たりで国から頂けるものですか。

(事務局) 費用負担のイメージ図の中の公費が50%で、後期高齢者支援金というものが、現役世代からの支援金、約4割の分となります。これについては、社会保険、国民健康保険、共済保険等の加入者が、後期高齢者の医療に関する負担金ということで御負担いただいております、医療給付費の約4割となっています。後期高齢者負担率がどんどん上がっており、平成20・21年度は10%を保険料で負担し、残りの40%は後期高齢者交付金で負担するという制度だったものが、現役世代の方がだんだん減り、令和4・5年度については、保険料は全体の5割のうちの11.72%を負担し、残りの38.28%は、現役世代の方からいただくということで、その分の交付金が令和6・7年度は7,068億8,300万円となっています。

(委員) 国保などは、適正化事業を行っているのと、それによってポイント制で交付金が上がったり下がったりするのですが、同様のことが後期高齢者交付

金にもありますか。

(事務局) 現状では、後期高齢者交付金については、医療費の一定割合ということで、何かインセンティブのようなものがあることや、何かが全国に比べて低いから下がるということはありません。必ずどの広域連合も一定割合で受け取っています。

(委員) 後期高齢者の負担率の変更に関して、今回の制度の改正に当たっての負担率の算出方法について、高齢者一人当たりの保険料と現役世代の一人当たりの後期高齢者支援金の伸び率を、同じようになるように見直すと書かれています。これは今回だけですか。それとも今後もこのような見直しになるのですか。

(事務局) 令和6年度から見直しが行われており、今後この内容で高齢者負担率を定めていくことになっています。

(委員) 今後、高齢者が増えて、現役世代が減るとなると、現役世代の伸び率がどんどん伸びていくことに関しては、いかがなものかと思います。

(事務局) 高齢者負担率については、現役世代の人口の減少による、現役世代一人当たりの負担の増加分を、高齢者と現役世代で折半して設定する仕組みとなっていました。それでは現役世代の人口の減少は反映しますが、高齢者の人口の増加については、考慮できていませんでした。そのためにその両方の影響を受けることになる現役世代の一人当たりの負担の伸びは、制度導入以降、高齢者の保険料の伸びが1.2倍なのに対して1.7倍となっています。この仕組みが維持された場合、2025年までに全ての団塊の世代が後期高齢者になる中で、当面の間、現役世代の負担が増加する傾向が続くほか、将来的な高齢者人口の減少局面においても、高齢者負担率が上昇し続けることが見込まれているところです。今までは、負担する割合が若年者の方に率が高くなっていましたが、高齢者の負担する保険料

と、若年者が支援する支援金の伸び率を、同じになるように、介護保険の制度がそういった内容で設定しているというところで、それを見習って改正することになりました。

(委員) 母数が逆転することで、同じ伸び率にすると、絶対額は若年者、現役世代が減るという理解になるのですか。

(事務局) 細かい計算方法などは分からないのですが、この方法を採用することにより、被保険者の一人当たりが負担する保険料の伸び率と、現役世代が支援する支援金の伸び率が、同じになることになっております。

(委員) 少し分かりにくいのが、絶対数ではなく伸び率でいくと、その拠出金の絶対額が増えるか減るかで、人口の増比で負担額が変わることになると思います。結局、伸び率と言われても、人数が減るとどうしても負担金が増える、かつ給与も伸びなかったら、伸び率は増えるけれども、絶対額も増えてくると、やはり若い人は負担額のほうが非常に問題にされると思います。あまりこういう話をすると、世代間の争いになってしまうのですが、やはり応分の負担ということを前提になるような考え方を将来していただきたいなと思います。

(委員) 給付費準備基金を全部取り崩して、今後の展望というのはどうなるのですか。例えば単年度で、決算してみないと分からないけれども、これまでの趨勢から見れば、やはりまたこれも貯めていかないといけないわけです。いつも0というのは基本不安定な状況になりますので、その見通しについて少しお話いただければと思います。

(事務局) 給付費準備基金につきましては、国からも準備基金をできるだけ保険料率の上昇を抑制するために、全額使うように指示は出ています。なるべく早く還元させていただくという当広域連合の考えと、国の通知が今一致しておりますので、使わせていただいております。

また、県の財政安定化基金は、基本的には保険料の収納の減少と給付費の増加に対応するためのものなので、それがなければ貯めておくものですが、発足当時から、保険料軽減用の財源に使うことを特例として認めるといふ法の定めがあるため、当広域連合も検討は慎重には行っている状況ではあります。

今回、全額の給付費準備基金を使うことにつきましては、もし医療費の見込みが、これは妥当に見込んでおりますので、ぴったりとなると、次回にはもう基金が貯まらないということにはなりますけれども、2年間の医療費のことは、本当に今の段階では足りなくなるのかならないのかというのは分からない状態ですので、当広域連合としましては、今ある基金というのは、直近の料率の上昇抑制に全部使わせていただくのが一番よい方法だと考えて、今回算定させていただきました。

(委員) 今出ておりましたお話なのですが、この令和5年度の見込みが、かなり伸び率が高く出ております。5.60%の伸び率ということですが、我々の実感的に、医療費の4分の3を占めるのは病院の医療費なのですが、これはかなり下がっている、そういう手ごたえです。コロナ禍が3年余りあり、超過死亡がありまして、かなり病院のベッドの入院率、稼働率が下がっている状況で、どこの病院ともかなり経営が苦しくなっているという状況です。この4分の3を占める病院の入院の費用が下がっているのに、この5.60%という高い伸び率が出ている根拠はどこにあるのですか。

(事務局) 今回の6年度、7年度の保険料の算定に当たって、医療給付費がどれだけになるかということなのですが、令和5年度は、今現在は11月までの実績と、12、1、2と3か月間の推計という形になります。

その計算の方法については、当広域連合がこれまで積み重ねてきた計算方法があり、令和5年度分については、3月診療分から11月診療分まで

の9か月分は、まず実績として上がっており、12月診療分から2月診療分までの推計を足して求めた数字になります。

この12月から2月診療分の推計に関しては、平成30年度から令和4年度まで、過去5年間、同じ月の対前年度の伸び率の平均を出し、令和5年3月診療分から11月診療分、今年度の実績の伸び率の平均を出して、その大きいほう、過去5年間で大きいのか、今年度のこれまでの実績の伸び率が大きいのか、大きいほうを伸び率として採用し、医療費の3要素、1件当たり日数、1日当たり医療費、受診率この3つを、伸び率から出して、それを掛け合わせると一人当たり医療費というのが出てきます。この一人当たり医療費をもって、各月の一人当たり医療費を算出しています。

ちなみに令和6年度は令和5年度の一人当たり医療費の推計に、平成28年度を除く、平成27年度から令和元年度までの伸び率の平均値を乗じて算出しています。

令和7年度は令和6年度の一人当たりの医療費の推計に、平成28年度を除く、平成27年度から令和元年度までの伸び率の平均値を乗じて算出しています。確かに、令和2年度は、医療費が下がっていたと思うのですが、全体的に見ると、令和3年度から徐々に上がっており、過去5年ないし、この今年の3月から11月までを見ると、徐々に医療費の伸び率が上がっているということを反映して、今回の医療給付費を算出しています。

(委員) 基本的にはコロナが5類になり、その臨時的な取扱いが8月いっぱいでしたけれども、9月以降は入院しても、臨時的な取扱いの費用が3分の1ぐらいに下がっており、9月、10月、11月はかなり落ちているはずで、す。なので、今、12月から2月を推計したと言われたのですが、これは9月以降か、その臨時的な取扱いのない状態を推計されているのですか。それまでの平均をされると、かなり高くなってしまいます。臨時的な取扱

いがなくなっているのです、その9月以降入院の値についても。

(事務局) それに関しましては、この中では全く想定はされていません。今までのこの過去5年間と今年度の3月から11月でしか見ていませんので、今回、臨時の措置がなくなったというのは特に算定の中には入っていません。

(委員) この10月以降はかなり下がっていますので、予定よりは余りが出るのではないかと思います。

(委員) じわじわと保険料が伸びているというような形で拝見しまして、このままでこの先どうなっていくのかというところが、どうしても県民の皆様も気になさるところではないかと思いますので、この後、まださらにどんどん伸びていくのか、どの辺りを頂点と試算をされているのか、その辺りのイメージがありましたら御教示ください。

(事務局) 保険者として、そこは一番気になっているところですが、国からの通知により料率を算出するという事しか実際できませんので、どこまでというのも全く分かりません。そうならないように一人当たり医療費が下がるような保健事業などで、出ていく医療費を少しでも伸びを抑えていくような方法しか、今は保険者としては考えられないです。

(委員) 兵庫県の人口の動態を試算はされていると思うのですが、そう考えたときに、何年辺りが一番兵庫県としては厳しそうな人口構成になるとお考えですか。

(事務局) 団塊の世代の方が75歳になられるのは、この令和6年までとはなっています。国の資料によると、全国的にということですが、2025年までに全ての団塊の世代が後期高齢者となり、全国的には2040年頃をピークに高齢者人口が増え続けるとなっているのです、兵庫県についても、同じような状況であると思っています。

(委員) 今の発言ですが、今現在物価がすごく上がっています。今年度の物価上

昇指数も4%が通常で、それにつれて医療は保険診療があり、職員の賃金は、当然、保険からも賄われています。なので、保険料を抑えるといっても、物価が上がってしまったら、当然、診療報酬も物価とさらに連動して上がるべきものであり、それを抑えられると、ほかの業種で賃金が上がっているのに、医療、介護関係だけ上がらなくなるので、そこは少し切り離して、物価上昇も考慮していかないといけないと思います。

(委員) 2点お伺いします。健康診査事業の受診率について、若い方の特定健診なら分かりますが、後期高齢者の方は、医療機関にかかっておられる方も多いので、かかっておられない方がどれだけ受診して病気を見つけるかということに重きがあるとは思いますが、今出している数字に関してはあまり意味がないのではないかと思います。具体的に覚えていませんが、検査項目も少なく、その辺が疑問に思います。

もう1点は、重複、投薬とか、頻回受診について、これは患者さんのために行っているものですか。それとも、財政上の負担を減らすための目標なのか、その辺のことについて。それから頻回受診、これも今回の次期の診療報酬の改定の中で、あまり受診するな、といった感じがあるのですが、その辺はどう考えておられるか、少しお聞きしたいと思います。

(事務局) 健診の受診率に関して、高齢者の方は有病率が高いということで、この数字がどうかということについてですが、健康診査につきましては、重症化予防や、あるいは早期発見ということで、重要な役割を担っていると考えており、第2期計画から取り組んでいることから、第3期においても、まずは受診率の向上に取り組むたいと考えています。

それから重複投薬、あるいは頻回受診について、もちろん各患者様、個人の方の状態が改善するということが第一の目的だと考えていますので、一律に、例えば1医療機関にするとか、一律にお薬を減らすというもので



はなく、地域の保健師等が、まずは被保険者の方の状態を確認するというのが大事な目的だと思いますので、そのようなことで計画に取り組ませていただきたいと思います。

(委員) 今の御説明は分かりますが、それなら受診率27.8%はすごく低いと思います。もっと高い目標を上げて、もっと受診して、ということにしないと、4分の1の人しか勧められないというのは、目標と設定値が少し矛盾していると思います。

(事務局) 御指摘のとおりですが、まずは第2期の目標を越えるように取組を進めてまいりたいということです。もちろん健診受診が必要な方に受診いただけるように、受診勧奨等に努めてまいりたいと考えています。この目標に満足するのではなくて、受診が必要な方に必ず受診いただけるような取組を進めてまいりたいと考えています。

(委員) 以前、地域医療構想というものがあったと思うのですが、あれとデータヘルス計画とはどうつながっているのですか。地域包括ケアですか。バラバラになっているというか、少し離れてしまって、個別にやっているのかと。地域包括ケアは、結構よいシステムになっていると思ったのですが、あれに従って、全体的に実施したほうが、医療費も下がるし、健康な老人は健康でいられるし、悪い人はすぐかかりつけ医が対応して、という形になると思うのですが、その辺りに整合性はありますか。

(事務局) 各種計画を参酌して、この計画を立てなさいというようなガイドラインを国も出していますが、まず保険者として、被保険者の方に、このような取組を行いたいというような計画になっています。我々、後期高齢者医療広域連合の中での取組が、引いては地域の皆さん全員の健康につながればということで、後期高齢者医療広域連合としての計画をお示ししているものでございます。

(委員) それはよく分かりますが、やはり患者と保険者と医療が一体になるというのが本来の考え方であるので、この場では保険者の話が出るかとは思いますが、最終的には三者でよい形を作っていけたらと思います。将来的には、特に後期高齢者というのは、最後の看取りの世代になるので、あまり若い世代から考えると、この言葉は好きではありませんが、無駄な医療と言いますか、それよりもやっぱりよい最期を迎えられるような形にならないと、若い人も世代間の対立が起こるのも嫌なので。そのようなところもまた勘案していただければと思います。

(委員) 今の話で、後期高齢者医療は広域であり、兵庫県でみていますが、同じ包括ケアでみている介護保険は、運営主体が市町村ばらばらです。なので、全体論で言うと、先ほどもあったとおり、市町村ごとのデータが出ていないこともあり、やはり後期高齢者の介護保険と医療保険は、保険者がばらばらになっている。片方では広域で兵庫県になっており、片方では市町村ばらばらということがありますので、全体として見るのであれば、どちらも兵庫県で、広域で見てもらって、制度設計をしていただいたほうが、一方は市町村でばらばらで、一方は兵庫県でやるということでは、なかなか整合性が取れないのかと思います。

(事務局) 制度的にはおっしゃるとおり、介護保険は各市町が保険者で、後期高齢者医療については、広域連合が運営主体になっています。そのような弊害、あるいは国民健康保険と後期高齢者で保険が切れるところの情報の引き継ぎができないということから、現在保健事業につきましては、各市町で1人、介護と国保と後期の全体を見渡すような企画調整ができる専門職を置いています。一朝一夕にはできませんが、国保と後期の壁、あるいは介護保険と医療保険の壁をなるべく低くして、市町で一体的に事業を実施するという国の方針に基づいて、我々も今回のデータヘルス計画で、事業の主

なものについては、市町に介護と国保と後期の間の壁をなるべく低くして、一体的に実施をするようお願いをしています。

委員がおっしゃるのは、もっと保険の運営主体自体を、広域化するような考えも含めてのお話だと思います。我々は1保険者であり、なかなか実現には動きにくいですが、県の介護部門等とも、この一体的実施でお話をさせていただく機会がありますので、我々の懇話会でも、介護も広域的な運営のほうが、今後のためによいのではないかというお話が出たということで、意見を伝えてまいりたいと思います。

(委員) ほかの会議でも言ったことで、マイナンバーによる保険データとか、個人のを連携するというお話ですが、保険者が云々よりも、マイナンバーで各被保険者が、どういうお医者さんにかかっているとか、どういう持病があるとかの情報連携を推進したら、保険者がどうこうではなく、被保険者をキーとして、ちょうど地域包括ケアを中心に御老人が来て周りを囲むということが、その人のマイナンバーでつながるので、そのようなことをもっともっと国が言っていただければ、保険証をなくすとか、変な方向ではなく、そのデータを共有して、関係するお医者さんや保険者、地域市町や県、データヘルスもその個人のデータを使っていただくように国に言う等すると、みんなマイナンバーカードを持つかと思います。そういったものもまた考えてみてください。

(委員) 地域包括ケアシステムというのは、基本的には今、受け入れていますように、介護保険のあるべき姿ということから出てきた理念です。第9期の介護保険計画、老人福祉計画にもある理念で、兵庫県が策定したところです。その地域包括ケアシステムの理念の浸透は、今後の介護保険や老人福祉、老人医療を考えるに当たって、最も重要なキー概念ですから、それを普及させることができるのは、やはり県のリーダーシップがなければいけ

ないと思います。正確には忘れましたが、兵庫県のアンケートで、地域包括ケアシステムについて知っていますかと問いかけたら、知らないという答えが大体40%です。言葉は知っているけど中身は知らないというのは39.7か8%です。たしか、2025年を目途に、国が地域包括ケアシステムの一応の確立を図るという目標を上げているはずで、もうすぐそこに来ていますが、今知らない状況が80%近いということを考えれば、もう絶望的です。なので、今からでも追い込みで、今度の第9期計画の実施に当たっては、市町に働きかけるというのが中心だとは思いますが、その地域包括ケアシステムの浸透をぜひお願いします。

それらの最終は、やはりこの広域連合にも重なりますので、今の委員の御意見にも出ていますように、これもぜひ県と協力した上で、人々のこれからの福祉の考え方という面で非常に重要な点を持っていると思いますので、ぜひそういう意味を普及させるような努力をしていただきたいと個人的には思います。

(委員) 今、御説明いただいたところに、医療費が高い疾病ということで、腎不全や糖尿病はよくあるなと思ったのですが、骨折と言われて少し驚いたところもございます。

あと、データヘルス計画を拝見していたら、県においてリスクの高いものとして、運動、転倒や、口腔機能のリスク保有者が多いというデータも出ていますが、この辺りのデータの背景を、どのように兵庫県広域連合としては捉えているのか、分かる範囲で教えてください。

(事務局) データの背景、このようになった要因ということの御質問だと思いますが、現状ではこのような結果になっているというところまでが、我々が把握できる範囲であり、例えばそれが食生活によるものなのか、生活習慣によるものなのか、あるいは独居などの社会的な環境によるものなのかとい

う要因の分析については、現状では私どもではできていない状況でございます。

(委員) ありがとうございます。先ほどから先生方がおっしゃっているところとも少し通ずるところかと思います。健康増進計画との兼ね合いで、健康増進計画に重きを置くような点なのかもしれませんが、データだけではなく、そのデータの背景となっているものに着目をして、今、関連すると思われる計画内容でいうと、「通いの場」や、フレイル予防の内容が少し出ていました関係で、実際、兵庫県において、骨折や転倒等のリスクが高い要因が見出せるのであれば、それについて、個人に「通いの場」に通っていただくだけではなく、環境を整えるとか、その予防を推進できるような施策を打つことも、非常に重要になってくるのかなと思いましたので、今後、様々な計画との横断的なものを見られる際には、御検討いただけたらと思います。

(委員) 今のことに関連して、私も言おうか言うまいか迷っていたのですが、第3期になり、非常に手慣れたデータヘルス計画が作られていると思います。しかし、ない物ねだりですが、現状を整理しているだけであって、その背後の要因というもの、つまり、因果分析はほとんどないです。そこまでいかないと、対策を打つ有効な政策の手だてを出せないと思います。国の指針に従ってデータを集めて整理しただけという、非常に要領よくまとめられて、特に3期になりますと、本当に手慣れたものだと思いますが、ただ、欠けているのは、もう一度言いますと、その因果分析です。背後の要因、原因、そういったものに対する視点がほとんどない。ただこれは、行政機関の者が詰めるのは、私はやはり無理だと思っています。本来はやはり独立の研究機関等に委託する以外はないと思います。だから、ない物ねだりと申し上げたのですが、今後そういうものに向かっていかなければならな

いという、個人的な気持ちは持っています。

もう1つは、今少し委員が言われていましたが、そのデータの相互の突き合わせをどの程度行っているかです。例えばいろんな医療保険が並行して、データヘルス計画を作っていますが、それを突き合わせて、兵庫県全体のその姿、あるいは非整合があるのかどうかです。そのようなことを考えていけば、もう少しその要因分析が入る、手がかりが得られるのではないかと思います。もしそのようなことを行っているなら、それを少し教えていただきたいと思います。

(委員) 今のお話ですが、例えばお医者さんは骨折したら何で骨折したのかを聞くと思います。足が悪いただけではなく、その町では坂が多いとか、何か原因は言われると思うので、そういうところで地域特性が出るのではないかと思います。特定の病気が多いことと関連するものなどについて、各医師会からいろいろな分析が出てきたら良いのではないかと思います。

(委員) そのようなものを含めてデータを一元的に集めて、兵庫県全体の疾病構造の分析ができればよいのではないかとずっと昔から言っているのですが、誰に期待したらいいのか。県に期待したらいいと思うのですが、なかなか県の方もイニシアチブを持ってやるのは難しいようですから。

(委員) 私はやはりお医者さんだと思います。

(委員) お医者さん自身はしかし、治療行為と並行して、分析まで期待されるというのは、なかなか困難と私は思います。

(委員) 逆に、先ほど言ったように、御本人のスマホのポータルに、原因はこれだとお医者さんに言われた等について書いてもらったらよいと思います。

(委員) 集めればそのような個々のデータはかなりあると思います。それを集約するという作業が、なかなか片手間では出来ないということです。

(委員) 診療していると、個々の患者さんに対しての原因は分かります。しかし、

それを集約するという作業がなかなか難しい。それはやはり行政の方、あるいは、地域の行政、市町の方々の協力がいるでしょうし、そのようなアンケートは、たまにあります。小さい規模のアンケートですが、それを少し広げて実施したらよいと思います。お医者さんは、自院でかかっている患者さんの骨折の件、あるいは、フレイルになっているような方が、実際どのような背景でなったかというのは、よく分かっていると思います。個々の患者さんについて、その辺を拾い上げていくということは、必要であると思います。ただ、その集計を実際にお医者さんで行うのは難しい。

(委員) その人が地域を変わっても、そのような原因を持った人が医療機関にかかられたら、全部個人のデータをマイナポータルに入れられたら良いと思います。マイナポータルは国で集めようとしているわけですから。

(委員) 患者さん自身がマイナポータル自体を扱うという方々は、少ないと思います。なかなか難しいです、患者さん自身も。

(委員) できるように国がしないといけないと思います。

(委員) 御高齢の方は、マイナンバーカードを持ってくる意味も分からずに持ってくることもあります。まして、自分でマイナポータルを見て、自分の健康状態を入れるのは、今の高齢の人には無理です。今の現役の人が70代ぐらいになれば、その人たちは皆、携帯で暮らしてきた人たちなので、できるかもしれないけど、今すぐやるのは無理です。

(委員) 自ら書くのではなく、ボタンを押すなどの仕様に国がするとか。

(委員) ボタンを押すだけでも少し難しいと思います。

(委員) 全くないより、何かのデータが集まればよいと思います。

(委員) 骨折の件で言うと、やはり夜が多いです。基本的には、高齢者の方は不眠を訴えられまして、今現在ベンゾジアゼピン系の睡眠薬を飲まれている方が多いです。なので、骨折が多いと言うと、まず我々が気にするのは、

睡眠薬を飲まれているかどうかです。これについては、我々も本当に、ベンゾジアゼピン系をなるべく使わないようにと思うのですが、それを軽いものに替えると寝られないから、元に戻してくれと言われますので、なかなか今睡眠薬を切れない状態です。骨折が多いと言われるのであれば、一度ベンゾジアゼピン系の睡眠薬をどれくらい使われているのか、その使用率を調べられるのであれば、保険者で一度、睡眠薬の使用量として比べていただいて、それが多いうならば、やはり、骨折を防ぐために睡眠薬に関して、どう高齢者の方に関与するかということが、一番、図られないかと思います。データは調べられるような気がします。多分、今睡眠薬の使用を減らす方向ではあると思うのですが、副作用もあるということです。

それと、糖尿病に関しては、食事が大事なので、やはり歯科との連携はあると思います。歯科では、糖尿病なのかどうかは分からないと思います。なので、できれば、糖尿病の患者様が、歯科受診する際に、なるべく歯科の先生も、糖尿病であるかどうか分かるような連携が、先ほどのマイナンバーカードではないですが、歯周病で、糖尿病が悪化することがございますので、そこを少し、医療機関同士の連携ができればよいと思います。糖尿病については、かなり歯が抜けます。なので、糖尿病の方は、年齢の割には早く歯が抜けていますので、その辺、どうしても歯科の協力をいただかないと、なかなか、糖尿病の改善が見込めないと思います。

(委員) 後期高齢者医療制度の運営に当たりましては、本日出されました意見を十分踏まえていただきますよう、事務局にお願いいたします。

最後に、事務局から何かございますか。

(事務局) 委員の皆様には、長時間にわたり、様々なお立場から、いろいろな御意見、あるいは貴重な御提案をいただきました。本日いただきました御意見を、兵庫県始め、関係機関であるとか、兵庫県内の構成市町とも情報共有



を図りながら、制度のよりよい運営に努めてまいりたいと思いますので、  
今後とも皆様方の御理解、御協力をよろしくお願いいたします。

本日はどうもありがとうございました。

(委 員) それでは、これをもちまして、本日の懇話会を終了させていただきます。

円滑な会の進行に御協力いただきましてありがとうございました。