

別記様式 1

会 議 概 要 書

審議会等の名称	令和2年度 第5回 磐田市の国民健康保険事業の運営に関する協議会
担当部課名	健康福祉部 国保年金課 (内線 2151)
会議の開催日時	令和3年3月18日(木) 午後2時55分から午後4時45分まで
会議の開催場所	磐田市役所西庁舎 3階 304・305 会議室
出席者	<p>磐田市国民健康保険運営協議会委員 16人 (公益代表4人、被保険者代表5人、保険医・薬剤師代表5人、被用者保険等保険者代表2人)</p> <p>事務局職員 12人 (健康福祉部長、国保年金課7人、健康増進課3人、職員課1人)</p>
議題	<p>議事・報告事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 磐田市の国民健康保険税率のあり方について 2 令和2年度医療費分析結果について 3 その他
配付資料等の件名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 磐田市の国民健康保険税率のあり方について ・ 保険料水準統一に向けた検討・協議すべき事項について ・ 令和2年度医療費分析結果について ・ 令和2年度後発医薬品(ジェネリック医薬品)差額通知について <p style="text-align: right;">等</p>
概要	<p>議事・報告事項</p> <p>1 磐田市の国民健康保険税率のあり方について</p> <p>委員 県から提案されているワーキンググループというのは、どういうレベルでしょうか。この協議会も含めての話になりますか。</p> <p>事務局 先ほど課題として挙げさせていただきました医療費適正化、専門用語で言いますと、医療費水準を反映するαという係数についてですとか、収納率格差を是正するための検討会、保険料算定項目、保健事業費とか給付金の取扱いをどうするかという、複数の担当者レベルのワーキンググループを設置して、課題の整理、検討素案の作成などを行うと、県から提案されているところです。ただ、具体的に何市町が参加するとか、そういうところまではいっていませんけれども、そういう提案を受けているところです。</p> <p>委員 参考資料で、医療費水準反映係数αが出</p>

てきたが、医療費水準というのは、この α 0.5というのはどういう意味ですか。

事務局 α 1というのが、医療費水準を反映するというので、 α ゼロがしないということなんです。医療費水準を反映すると、先ほど申し上げましたとおり、医療費水準が高い市町の納付金は高くなり、低い市町の納付金は低くなりますが、磐田市の場合、現状、医療費水準が平均よりも少し低いので、医療費水準を反映させないと、7,100万円事業費納付金が上がってしまいます。それを0.5にすると、その半分ですので、3,550万円、納付金が上がるということになります。

委員 医療費水準とは何ですか。

事務局 医療費水準というのは、大雑把に言うと、県内各市町の1人当たりの医療費が高いか低いか、ということなんです。

委員 賃金水準といったものと、一緒の類か。要は、1人当たりの医療費をたくさん使っているか、どうかということか。

事務局 そうです。たくさん医療費がかかっているところからはたくさん納付金をもらうというのが、今のやり方です。それを将来的には、どこの市町にいても医療費水準は反映させずに、納付金は被保険者数で設定するということです。

委員 ということは、各市町の医療費水準云々は関係なしに、納付税の関係なしに全て統一するという意味ですか。そういう意味の話ですか。

事務局 最終的に目指すところは、そういうことです。

委員 医療費水準を同額にするということは、結局はどういうことを目指しているのでしょうか。そのあとに出てくる特定健診とか、そういうものを増やして行って、各個人が医療費を抑えていくということを目指しているということですか。

事務局 目指すところは、低くなるように健診の受診率を上げるとか、医療費通知とか、ジェネリック医薬品の推進とかも進めながら、県全体として医療費水準を下げて、今、格差が1.3ですけど、その格差を小さくしていくというのが目的です。けれども、市

町や地域ごとによって、病院の数ですとか違いがありますので、簡単ではないのですが、その水準がどこまで下がったときに統一なのか、格差が縮まったときに統一なのかというところも、今後ワーキングの中で協議されていくということです。

補足をさせていただきます。保険料水準の統一というところで、最終的に目指すところが、県下全体で、県内どこに行っても同じ所得水準、同じ世帯構成であれば、同じ保険料になるということです。そこを目指すということになっています。それが、現在は、医療費水準を反映させています。市町ごとに医療費水準が違いますので、そういう意味で、市町ごとの標準保険料率が、違ってきているということになります。目指すところは、標準保険料率を統一させて、どこへ行っても、同じ世帯構成、同じ所得であれば、同じ保険料、保険税になるということを目指しているということです。それが1度になかなかいかないものですから、県では、段階的に一つの条件をかませて、ある一定段階にすれば、取りあえずその段階で保険料水準を一緒にしたということにしようということを行っているところです。

委員 インセンティブ交付金について、お伺いしたいと思います。予防とか健康づくりが県内1位となっていますが、どういうところが評価されているのかということと、医療費適正化等の取組状況という、この2点について、分かりやすく説明していただけますか。

事務局 保険者努力支援制度の件ですけれども、大きく2つの指標がございます。1つが保険者共通の指標、もう1つが国保固有の指標です。保険者共通の指標の中には、6つの指標がございます。1つが、特定健康診査の受診率・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率で、各市町、自治体の実績に応じまして点数が配分されます。もう1つが、特定健診・特定保健指導に加えて、他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況ということで、がんの検診

受診率、歯科検診受診率、3つ目としまして、糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況で、実績等を基にしまして、点数の配分がございまして、4つ目の指標としまして、広く一般住民に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況で、個人へのインセンティブの提供の実施、個人への分かりやすい情報提供の実施で、この実施状況を評価するものでございまして、5つ目が、加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況、薬等の重複とか多剤投与がある方への取組、6つ目の指標につきましては、後発薬品、ジェネリックの使用促進に関する取組の実施状況で、ジェネリックの促進の取組・使用割合、こういったものを評価するものでございまして、それから2点目の国保の固有の指標は、1つが、収納率向上に関する取組の実施状況、要するに、保険税の収納率を上げていくための取組について評価するもの、それから、医療費の分析等に関する取組の実施状況、データヘルス計画とか、医療費分析を行っていることを評価するもの。それから、3つ目としまして、給付の適正化に関する取組の実施状況で、医療費通知の取組の実施状況、実際に医療を受けられた方に医療費通知をお知らせしていることにつきまして、評価するものでございまして、4つ目が、地域包括ケア推進、一体的実施の取組の状況、国保の視点から地域包括ケアの推進、一体的実施の取組、地域の取組を評価するもので、5つ目は、第三者求償の取組の実施状況ということで、事故等で被害を受けられた方が国保で治療を受けられたとき、国保が支払いするのですけれども、それを加害者に対して、しっかりと求償させていただくというものでございまして、6つ目は、適正かつ健全な事業運営の実施状況で、被保険者の居所が不明なときに調査をしっかりとっているか、所得未申告者の調査、国民年金被保険者情報を活用した適用の適正化、レセプト点検の充実強化、保険税の収納対策状況、収納率の確保、外国人の被保険者への周知、それから、法定外繰入れの解消、その他とし

ましては、職員研修の実施、運営協議会の体制強化、こういったものをそれぞれ各市町の実績、実施状況に応じて、点数を配分しまして、それを国全体の予算の中で配分したものが、保険者努力支援交付金として、市のほうに交付されるというものでございます。

委員 少しゆっくり教えていただきたいのですが、けれども、参考資料1ページの統一に向けた課題の医療費の適正化のところ、医療費分に関わる納付金総額とありますが、この納付金というのはどこからどこへ行く納付金でしょうかということと、過去の医療費と被保険者数の実績を基に保険給付費を推計し、所得水準を全て反映して市町に割当てるということなので、これは市に入ってくる納付金ということですか。

事務局 ここで言う医療分に係る納付金総額というのは、県全体の保険給付費のことを指して、こちらを県が過去の医療費とか、各市町の被保険者数を基に、県全体の保険給付費を推計して、それを、現状は、各市町の被保険者数や世帯数、医療費水準、所得水準を基に分賦する、それが納付金ということになります。

委員 医療費水準というのは、かかった費用の金額ということですか。皆さんが病院へかかった医療費の総計という意味ですか。

事務局 保険給付7割負担する分ということですね。

少し補足します。各市町から県に事業費納付金を支払います。その事業費納付金の金額を県が定めてきます。その各市町の事業費納付金を出すときに、ここで言う医療分に係る納付金総額をまず県が総額として出します。それを各市町に振り分ける際に、所得の水準であるとか、先ほど来の医療費の水準であるとか、そういったものを加味して、各市町に振り分けてくるという形になります。現在、医療費水準を反映しているわけですがけれども、医療費水準の格差が1.3倍ぐらい多いところと少ないところがありますので、反映することによって、ある意味、現実には照らし合わせて、どちらかというと公平な配分方法に

なっていると思うのですけれども、これを今後は統一していくということになると、医療費水準を反映しないということになってきますので、ここで言うような最大最小の格差が実際不公平感として出てくるということでございます。

委員 4回と3回の関係で、教えていただきたいのですが、4回になれば、1回あたりの上がり幅が少なくなって、3回になれば、当然上がるということで、最終的には1人当たり2万円をどこに持っていくかという話になると思うのですが、資料1の4ページ目のところに、3年ごと3回の改正のシミュレーションも並行して検討とありますが、介護保険料等の改正と一緒に年になってはいけないという話の中で、こういった話が出ていると思うのですが、結果的には、どこかで、年度が違うにしても同じことだと思わないか、その辺どういうシミュレーションをしていくのかということをお教えしてもらいたい。

事務局 介護保険の改正も3年に1回ですので、4年をスタートで3年に1回ということになると、介護保険とは重複しないのかなということが1つございます。2年にすると、6年に1度は後期、介護、国保と、3つ一緒に上がるということになるものですから、そういう点も考慮すると、3年ごとというのも1つのパターンとして、お示しさせていただきます。検討してもらえればという考え方です。

もう少し補足します。今、委員から言われたことは確かにおっしゃるとおりで、時期がずれるというだけの話で、結果的に幅、上がるということについては、何も変わらないわけで、いつ上がるかという話だけです。ただ、被保険者、介護保険料を払う人と、国保の保険料を払う人というのは、特に介護保険の1号被保険者65歳以上の人が、国保の被保険者としても人数的に多いものですから、負担感を考えて、たとえば、介護保険料が月額1,000円上がり、年間で1万2,000円上がりましたという年と、国保の保険料が年間で1万円上がりましたという年が同じ年にくるとやっば

り負担感が一気に上がってしまう、出てきてしまうということを少し配慮して、年度をずらしたほうがいかなということを経務局としては考えさせていただいた、それで3年ごとに3回というシミュレーションもしてみたいということでございます。

委員 先ほどの参考資料の最後、到達可能な段階の保険料水準の工程ですが、賦課方式の割合を統一して、 α ＝ゼロ、いろんな要素を入れないということだよ。それから、給付金の統一、要は、県内どこ行っても一緒だということのイメージですか。この話と1人2万円、2万1,000円を、回収するという意味とどうラップするわけですか。

事務局 県は、令和9年度までに保険料水準の統一を目指すと言っていて、私どもの税率改正も県の運営方針を意識して作っていきたいということをお提案させていただきましたけれど、県の改正も令和9年度には、完全というところまではいかないのかなとこちらも考えていますので、うちとしては9年度という目標はありつつも、行けるところまでというところでも仕方がないのかなと、県の統一ももう少し先に行くのかなというところですよ。

委員 期間ではなくて、金額ですが、2万1,000円の赤字が3年ないし3回、2年ないし4回で、吸収すると言っている話と、最終的に保険料の水準が県内統一というときと、その整合性は。そこまでやらなくても、足りる場面もあるのではないですか。

事務局 現段階の1人当たり2万1,000円というのも、今後、完全統一になると、納付金も、磐田の場合は今より上がってしまう可能性もありますので、現時点で目指すところは、今の基準の中で、1人当たり2万1,000円ということですが、将来的にはそれがもう少し増えてしまう可能性もあります。

委員 まだ足りないのか。

事務局 α をゼロにすると、磐田市の場合はさっき言いましたけれど、現状でいうと7,100万ぐらい負担が増えてしまいますので、足らなくなる恐れはあるということです。

今、御指摘をいただいたところですが、確

かに、実際同じ標準保険料率になったら上がるというところは、そうなれば上がるというのが現実だと思っています。ただ、今までの議論の中では、1人当たりで2万1,000円足りないのですよというところを、ある程度固定して考えていかないと、実際の税率改正のシミュレーションが出来ないものですから、こういう議論を今まで積み上げてきたということになります。片方で、県の保険料水準の統一の議論と並行して動いているものですから、そこが議論的に難しいところで、令和4年度に最初の改正をしますが、並行して県の協議がどういう形で進んでくるかということも大きく影響されますので、令和4年度で改正した、その後、また見直しをし、例えば2年ごと3年ごとであれば、その2年ごと3年ごとのスパンの中で、この運協の中でも協議をしていただいて、県の協議の状況と照らし合わせて、税率改正の幅がもう少し増やしたほうがいいのか、もう少し下げたほうがいいのかという、そういう議論をしていただくということになります。今年度、それから令和3年度の協議については、ある程度2万1,000円を解消するという、その辺を固めた上での協議ということなので、お願いしたいというふうに思っています。よろしくお願いします。

委員 確認ですが、現行税率でやると、磐田市は2万1,000円不足しているよと。それを見直そうということですが、県で統一すると、まだ3万3,400円足りないという認識でよろしいでしょうか。

事務局 今日説明させていただいたモデルケース、所得360万、固定資産税8万円の4人世帯ですと、そういうことです。磐田の標準保険料率よりも、県統一の保険料率にしたほうが3万3,400円上がってしまうということです。

2 令和2年度医療費分析結果について

委員 今御説明いただいた資料2の10ページ目、下のグラフについて気づいたことがございまして、この中で、下のデータ化範囲のところを見ても、対象年度が同じ年

度ですね。要は、医療費の年度と健診の受診年度が同じということによろしいですか。

事務局 そこに書かれているとおり、同じです。

委員 通常だと特定健診の結果が出て、なかなかすぐ医療費に反映されることは少ないと思います。このグラフは、上のデータもそうですが、健診受診者は医療費が低くて、健診を受けてない人は医療費が高いということを恐らく言いたいと思いますが、同年度の比較では、やっぱり特定健診を受診してすぐに医療費が下がるというのは、生活習慣病ですので難しいと思います。むしろ受診して、特定健診を受けることによって、受診勧奨なり、医療機関に行く機会が恐らくできる方が多いと思うので、医療費が上がるということは一時的にあると思います。治療を受けるとか投薬を受けるとかありますので、同じ年度だとなかなか比較は難しいのかなと。もし効果を見るのであれば、例えば、もう5年前とか10年前の受診率とか、さらに、以前からもこの会で言われているように、特定健診を受けるだけでは何の意味もないので、例えばそこで特定保健指導なり、医療機関受診なりで介入を行った場合、その介入を行った後で、その人がどういった医療費になったかというのが分析できれば、もう少し特定健診がどういった効果があるのかというのが見えてくるのではないかと思います。

事務局 ありがとうございます。次年度以降、貴健康保険組合のやり方も教えていただきたいと思います。よろしくお願いします。

委員 11ページの生活習慣病の医療費が全体の23%、これは全国平均や県平均と比べるとどんな立ち位置にありますか。多いのか少ないのか。

事務局 詳しい数字まで把握しておりませんが、記憶だと、県平均よりは低かったと思います。

委員 とはいえ28億なので多いですね。

委員 医療者ですが、先ほどおっしゃった、特定健診をやったり、いろんな勧奨をしたりしたことによって、医療費がどれぐらい削減されたかというデータを示すことは非常

に難しいと思います。ただジェネリック医薬品を勧めています。ジェネリック医薬品にかかる費用等と比べると何か出来そうな気がするのですが、ジェネリックが増えて、医療費がこれだけ下がっているということは、すごく難しいと思いますが、どのような具合に減って、減るってどうやって比べていいのか分かりませんが、医療費に係る薬品の金額とか、そういうことで何か出せるのではないかと思います。どうなのでしょう。

事務局 ジェネリック医薬品についてはそこが見えてくるところではありますので、資料3で詳しく説明をさせていただきます。

委員 21ページと24ページのところに、それぞれ通知を139人に発送しましたとか、チラシを1,063人に配りましたということですが、それ以上の何か、例えば直接会って指導したとかということまではしてないのでしょうか。

事務局 ここに示されているものについては、次年度以降になりますが、令和元年度に同じように生活習慣病の治療中断者にこういった発送物を送っています。その後、その方たちがどういう行動をとったかについて分析をしております。受診をしなかった、行動をしなかった被保険者については、個別アプローチを行っております。

補足させていただきます。ここに示されているものの、その他の医療費に反映をしていくという取組の1つとしては、血糖値のコントロールがあまり具合良くない方々を対象として、糖尿病が重症化しないように重症化予防の取組をしています。それは、検診結果からデータを抽出しまして、対象者を抽出して、個別で家庭訪問させていただく、健康相談に来ていただくなどの対応をしていて、年間の実績を今持っていないものですから、数字としては出せませんが、そのような取組を保健事業として行っています。

委員 生活習慣病の予防のためには、やはり皆さん健診を受けていただいて、自分自身の健康状態を確認していただくというのが第一歩だと思います。資料の9ページに、中

学校区ごとの受診率がありますが、かなり差があると思うので、受診率が高いところと低いところの理由を教えてください。また、未受診者の対策について教えてください。

事務局 まず、こちらの学区別の受診率の差ですが、学区によってこれだけの差がある理由というところまでは、確認出来ていませんので、そういった地域による差というのも今後課題として確認をしていきたいと考えております。未受診者に対する対策としましては、例年ですと、受診しない方にはがきを送付させていただいております。しかし、今年度に関しては、新型コロナウイルスの影響もございまして、健診の体制も例年とは異なりましたので、がきの送付は行っていませんが、健診の体制が落ちついて、平常どおり動き出しましたら、今後も未受診者対策としてはがき等の送付を行っていきたくと考えております。また、先ほどの重症化予防の取組に関して、補足をさせていただきます。重症化予防について、健康増進課で訪問指導をさせていただいております。対象者としては先ほどもありましたが、ヘモグロビン A1c の値の悪い方、尿たんぱくの出る方、GFR の値の低い方等を基準として対象者を抽出しており、実績としましては、大体毎年 300 人前後の方の家庭を訪問して、お話をさせていただくというを実施しております。

補足をさせていただきます。受診率の地区別の違いですけれども、担当が説明しましたように明確にこれということは、なかなか把握しきれないところです。ただ、見ていただきますと豊岡中学校区が 1 番高いです。これはずっとそうですけれども、地域内でお互い誘い合うとか、検診受けてない人を誘い合うとかという地域の人と人とのつながりが大きいかかなと思っています。また、一中学校区で低いのは、地域としては中心街ですけれども、昼間、そこで働いていて、夜は違うところに帰るとか、国保の働く方々の構造が違うという、その辺りが理由かと受け止めています。

委員 そもそも中学校区で区別するという必要性があるのですか。例えば、男女比とか、

年齢構成とかそういうことを全部加味しているのですか。

事務局 特定健診の受診率に関しては、中学校区別で出ています。今日データを持ってきていませんが、市内全域を見たときの年齢別というのは把握していて、働き盛り年代の受診率が低いということは把握出来ています。

委員 中学校区別はどうですか。

事務局 中学校区の年齢別までは、出してないです。中学校区によって出す意味は、今地区担当の保健師を中学校区別で配置をしています。そのような中では、各中学校区で地域に根差した健康づくりというのを目指しているものですから、中学校区別地区担当がここは高いけれどここは低いとなってくると、もっとどうかかわりをしていったほうがいいのではないかというような次の健康づくり施策に反映させるために、ここでは中学校区別で出させていただいています。

委員 受診率が50%以下ですから、もう少し増えてほしいなと思います。人間ドックをやっておられる方を入れたらどれぐらいになるのですか。

事務局 こちらに掲載されている特定健診の受診率ですが、国保の方で人間ドックを受けている方も含まれた受診率となっております。

3 その他（令和2年度後発医薬品（ジェネリック医薬品）差額通知について）

委員 1点お聞きしたいのですが、令和2年度の効果額、まだこれ以上になるというお話だったのですが、大体1年当たりこの事業に当たって、どれぐらいの予算というか、費用がかかって、これだけの費用の削減がされているということになるのでしょうか。およそでも大丈夫ですし、また後日でも結構です。

事務局 皆様のほうに送付させていただく郵便料と国民健康保険連合会からデータをいただきまして、それをもとに、対象者の方に通知させていただいているのですけれども、次回、改めて御報告をさせていただきたいと思えます。

委員 さすがに8割も来ましたので、ぼちぼち

	<p>あまり期待されるのは困るなという気持ちもあります。今お話があったように、費用対効果もぼちぼち考えないと、ただやっけていてもということもあります。確かにジェネリックは今後も出てくることは確かです。新薬もだんだん使用状況が良くなって安全性が確保されてくれば、随時ジェネリックにいくと思いますので、引き続いて薬剤師会や医師会の先生達と一緒にやっていますが、激変とかそういうものはもうぼちぼちなくなってくると、御理解をさせていただきたいと思います。それからもう一つ、元こういう仕事をしていたのですが、あるところが、ジェネリックメーカーですけれども、とんでもない製造方法をしておりまして、僕も査察官をずっと長くやっていたのですが、考えられない内容なのです。ヒューマンエラーを防ぐことは、いろんな方法がありますが、故意にやっているものは本当に考えられませんので、これによってまたジェネリックがこんなものかと言われるのは、大変、個人的な話ですが、残念です。他の方は一生懸命やっておりますし、県もそういったものを査察して、チェックしておりますので、この辺の御了解もしていただきたいと思います。ちなみに静岡県は、令和元年度ですけれども、医薬品の生産高日本一です。医療機器も日本一です。断トツです。本当に静岡県は医薬産業1兆3,000億の隠れた産業でありますので、また応援をしていただきたいと思います。</p> <p style="text-align: right;">以上</p>
備 考	