

平成30年度第1回青森県国民健康保険運営協議会議事録

(平成30年10月23日)

平成30年度第1回青森県国民健康保険運営協議会

日 時：平成30年10月23日（火）午後2時30分から午後3時45分

場 所：ラ・プラス青い森 2階「カメラア」

出席委員：坂本会長、吉池委員、竹内委員、鈴木委員、西濱委員、村上委員、長内委員、木村委員、須藤委員、小山内委員
(委員15名中10名出席)

(司会)

ただ今から、平成30年度第1回青森県国民健康保険運営協議会を開会します。

私、本日の進行を務めます、高齢福祉保険課課長代理の高坂と申します。よろしくお願ひします。

それでは、健康福祉部長の菊地から御挨拶を申し上げます。

(菊地部長)

皆様、こんにちは。

健康福祉部長の菊地でございます。

隣で食鳥関係の全国会議がございまして、そちらにも対応しておりました。少し遅れて申し訳ございませんでした。

本日は、お忙しい中、会議に御出席をいただき誠にありがとうございます。

日頃から、皆様には、本県の健康福祉行政の推進につきまして、御理解と御協力をいただいておりますことに厚く御礼を申し上げます。

国民健康保険制度は、本年4月から都道府県が市町村とともに保険者となり、県の役割としては、安定的な財政運営、効率的な事業運営と事業の運営全般について中心的な役割を担うということになりました。

新制度がスタートして半年が経ったわけですが、これまでのところ順調に事業の運営が行われているものと認識をしております。

今後とも、県、市町村の国保事業運営に関する方針であります、青森県国民健康保険運営方針に基づいて県と市町村が緊密に連携を図りながら、本県の国保事業の健全な運営に努めてまいりたいと考えております。

先月6日に公益社団法人国民健康保険中央会におきまして、都道府県国民健康保険運営協議会会長等をメンバーといたします「全国国民健康保険運営協議会会長等連絡協議会」が開催をされ、本県の坂本美洋会長が全国連絡協議会の会長に選任をされたところです。大変誇らしいことと存じております。

坂本会長におかれましては、国保事業の充実・発展にその力をいかに発揮をさせていただきますようお願いを申し上げます。

本日の協議会では、国民健康保険事業の実施状況、平成30年度保険者努力支援制度の評価結果について御説明をさせていただきます。

委員の皆様には、どうぞ忌憚のない御意見を限られた時間の中ではございますが、いただきますようお願いを申し上げまして、私からの挨拶とさせていただきます。

本日は、どうぞよろしくお願いいたします。

(司会)

本日の会議の成立要件につきまして御報告します。

本日は、委員15名中10名の御出席をいただいております、会議が成立しておりますことを御報告します。

なお、本日、塩崎かつ委員、坂田優委員、柘谷京子委員、工藤達也委員、高橋幸正委員におきましては、都合により御欠席となっております。

本日は、改選後の最初の協議会でございますので、議事に先立ちまして、委員のお名前を事務局から御紹介させていただきます。

大変恐縮でございますが、委員の方はお名前をお呼びしましたら、その場にお立ちくださるよう、よろしくお願いいたします。

坂本美洋会長です。

吉池信男会長職務代行者です。

竹内勝子委員です。

鈴木重一委員です。

西濱いく子委員です。

小山内正義委員です。

村上秀一委員です。

長内幸一委員です。

木村隆次委員です。

須藤昭彦委員です。

続きまして、本日出席しております事務局の主な職員を紹介します。

健康福祉部長の菊地です。

高齢福祉保険課国保広域化推進監の逆瀬川です。

高齢者支援・介護保険グループマネージャーの佐藤です。

国保・高齢者医療グループマネージャーの成田です。

国保広域化グループマネージャーの館田です。

ここで連絡事項でございます。

本日の協議会の議事録につきましては、後日、県のホームページで公開する予定でございます。

ますので、予め御了承願います。

それでは、ここからは、青森県附属機関に関する条例第6条第2項の規定により、坂本会長に議事の進行をよろしくお願いいたします。

(坂本会長)

それでは、議事に入ります前に本日の議事録署名者を指名させていただきます。

本日の議事録署名者には、長内幸一委員、小山内正義委員をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

それでは、次第に従いまして議事に入ります。

まず、国民健康保険事業の実施状況について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

私の方から御説明いたします。

資料1に基づいて御説明いたします。着座で失礼いたします。

5つの項目で御説明いたします。

1が市町村の国保財政の財政状況、29年度の状況。

2が医療費の状況、28年度の医療費の状況。

3が保険料の収納率の状況ということで、28と29年度。

4、5につきましては、30年度を取組として、30年度の保険料の設定の状況と事務の効率化等を御説明いたします。

まず、市町村の特別会計の財政状況でございますが、3ページからでございます。

3ページは、29年度の財政収支全体の状況でございます。

決算収支につきましては、収入と支出の収支差引額が45億8千万円の黒字となっております。黒字額は、前年度から30億3千万円増加しております。

決算収支の赤字額のみ合計は、4千万ということで、前年度から13億1千万円減少しております。

次に単年度収支の状況です。

単年度収支は、決算収支から繰越金等を入れなくて計算した単年度の収支状況ですけども、単年度の収支差引額が45億1千万の黒字となっております。黒字額は前年度から19億6千万増加しています。

単年度収支の赤字額のみ合計は、約2千万ということで、前年度から約4億円減少してございます。

4ページが市町村ごとの状況でございます。

決算収支につきましては、29年度の赤字市町村は1市で、前年度2市でございましたので、1市減少してございます。赤字額は4千万ということで、前年度から1億4千万の減少でございます。

赤字市町村はむつ市でございますが、前年度から1億3千万の減少でございます。

むつ市におきましては、これにつきましては、繰上充用、翌年度の歳入を繰り上げて充てるものですが、それで対応してございます。

単年度収支の状況につきましては、赤字の市町村は3町村で、前年度から4市町村減少してございます。単年度収支が赤字の場合は、繰越金や基金により収支の均衡を保つことが基本となります。赤字の3町村につきましては、繰越金や基金により、決算収支はいずれも黒字で収支の均衡が保たれているということでございます。

5ページと6ページになりますが、各市町村の決算収支差と単年度収支差をグラフにしたものでございます。棒グラフが収支額で左側の目盛です。赤の折れ線が1人当たりの額でございます。右の目盛になります。

続きまして7ページでございます。

法定外一般会計繰入金の状況でございます。

市町村の会計は特別会計で経理しておりまして、一般会計からの繰入というものがございます。事務費とか保険料の軽減分、出産育児一時金の一部等につきましては、法令で一般会計からの繰入がされることになっておりますので、これは法定繰入金と呼びます。それ以外の、法定外の繰入金というものがございます。合計で29年度は8億7千万、前年度から1億5千万の減少でございます。

内訳は2つございまして、決算補填等を目的とした法定外の繰入と、決算補填等目的以外の繰入金でございます。決算補填等目的の繰入金の合計額は2億6千万で、前年度から2億7千万減少してございます。繰入を実施したのは6市町村で、前年度から5市町村減少してございます。

決算補填等目的以外の繰入金は、合計額が6億1千万で前年度から1億1千万増加してございます。繰入を実施したのが20市町村で、前年度から2市町村増加してございます。

8ページが内訳でございます。

(1)が決算補填等の目的ということで、決算補填等目的のものが、例えば、保険料収納不足に充てるものとか、保険者の政策によるものとして、保険料の負担緩和を図るためだとか、累積赤字補填のために充てるものとか、ということでございます。

決算補填等目的以外のものにつきましては、保健事業費に充てるための繰入等ございまして、御覧のような数字でございます。

9ページ、赤字削減・解消計画でございます。

決算補填等目的の法定外一般会計繰入、それから繰上充用金が新たに発生した場合の2つの部分につきましては、赤字と定義しまして、翌々年度までに赤字の解消が見込まれない市町村にあっては、赤字削減・解消計画を策定することとされております。

28年度決算において、11市町村に赤字が生じてございます。その全てが、決算補填等目的の一般会計繰入によるものです。

繰上充用金の新規増加分は、対象市町村はございませんでした。

11市町村のうち、7市町村につきましては、30年度までに赤字の解消が見込まれるとしておりました。残り4町村につきましては、赤字削減・解消計画を策定してございます。

この4町村につきましては、被保険者の保険料の負担水準に激変が生じないよう時間軸を置きつつ、原則として6年以内に赤字を解消することを目指しております。

むつ市におきましては、昨年度までに決算収支の赤字の解消計画を策定しているところです。新制度におきましても、引き続き、当該計画に基づきまして、決算収支の赤字を解消することとしております。

10ページが被保険者と世帯数の状況でございます。

29年度末の世帯数は20万世帯で前年度から9千世帯減少、被保険者数は32万8千人で前年度から2万人減少となっております。

後期高齢者医療制度への移行や被用者保険の適用の拡大が主な要因になってございます。

11ページ、まとめでございます。

市町村の国保財政は、公費の拡充の効果、財政収支の改善に向けた市町村の取組によりまして、全体としては改善傾向がうかがえます。

赤字削減・解消計画を策定している市町村にあつては、計画の着実な実施により、財政収支の改善に向けた取組が必要となっております。

国保制度につきましては、公費の拡充、今年度からの納付金制度の導入によりまして、制度の安定化が図られましたけれども、高齢化を伴いながら被保数が減少している、決算補填等目的の法定外の一般会計繰入や繰上充用が継続していることがございます。持続可能な制度として国保を維持していくため、県と市町村が一体となって下記のような取組を進めていく必要があると考えております。

アが、医療費適正化を含む健康づくりなどの保健事業を効果的、効率的に実施していくこと、収納率の向上等による保険料収入を確保していくこと、国の交付金の積極的な獲得による保険料の増加抑制を図っていくこと、それから、納付金の納入や保健事業の実施に見合う適正な保険料率の設定ということでございます。

次に医療費の状況ということで、13ページでございます。

28年度の1人当たり医療費、本県は33万8千円ということで、1.8%、前年度より増加しております。全国平均が35万2千円で、前年度から0.9%増ということでございます。

本県は、1人当たり医療費は全国平均を下回っておりますが、伸び率については、平成25年度以降、全国平均を上回っている状況でございます。

県内の市町村の1人当たり医療費の格差は、1.45倍から1.37倍に縮小してございます。

14ページが平成24年度からの1人当たり医療費とその伸び率のグラフでございます。

27年度は高額薬剤の影響で、全国的に伸びております。

15ページが1人当たり医療費の都道府県別のグラフでございます。本県は、全国平均よ

り下回って、赤いグラフでございます。

16ページが本県の市町村別の1人当たり医療費でございます。

最高額が40万、一番少ない額が約30万ということで、1.37倍の格差でございます。

めくっていただきますと、まとめということで、1人当たり医療費の伸び率は全国平均を上回っております。引き続き、医療費適正化の取組を進める必要があると考えております。

医療費適正化につきましては、県の医療費適正化計画、30年度からの第3期計画に沿った取組をすることが基本となります。

県民の健康の保持の増進に関する目標、そして医療の効率的な提供の推進に関する目標、これらの目標の達成に向けて必要な取組を進めていく必要がございます。

医療データや健診データを活用して、効果的な保健事業を実施していく必要がございます。事例として挙げてございますのが、糖尿病性腎症重症化予防に関する県の取組でございます。糖尿病が重症化しますと、腎症を発症して、人工透析に至る場合がございますので、予防を進めていくということで、平成29年度は連携協定の締結、プログラムの策定、平成30年度からは、糖尿病患者抽出・受診勧奨等促進事業ということで、患者の抽出ツールの開発とか、市町村向けの研修等、環境整備と人材育成を進めているところでございます。

さらに、今後、県の地域医療構想が、平成37年度を目標年次として進められていくわけですけれども、病床の機能分化や連携の推進や在宅医療と介護の連携促進が図られることになっております。地域の医療提供体制の動向にも注視していく必要があると考えてございます。

続きまして、保険料の収納率の状況でございます。

19ページです。

収納率は上昇傾向にございますが、全国平均を下回るという状況でございます。

全国との差は、平成27年度以降、縮小傾向にございます。直近では、平成28年度では、前年度比伸び率は全国1位の伸び率でございました。しかし、それであっても全国41位という数字にとどまります。

市町村別に見ますと、最も高いところと低いところは12.82ポイントの差がございます。その格差につきましては、前年度から5.8ポイント程度縮小してございます。

平成29年度までは、国保広域化等支援方針に基づいて取組を進めてまいりました。これに定める目標値に全国の保険者規模別の平均収納率を設定してございますが、その水準を、目標値を上回ったのが21市町村でございました。19市町村が目標値を下回っているという状況でございます。

本県の特色として、全国的に口座振替の割合が高い市町村は収納率が高い傾向が見られますが、本県の口座振替の割合が全国最下位という状況でございます。

20ページは、全国との対比のグラフ。

21ページが都道府県別の収納率の状況。

22ページが、29年度になりますが、本県の市町村別の状況でございます。

23 ページが納付方法別の世帯割合ということで、先ほど、説明しました口座振替の加入率につきましては、全国が約4割ですが、本県は2割を切っているという状況です。

24 ページが、口座振替世帯割合と収納率の状況の関係です。一番左側にあります丸い点が本県です。真ん中の点が全国平均ということで、割合と収納率は弱い相関があるということでございます。

25 ページがまとめでございます。

依然として、収納率は全国下位に位置してございます。

30年度からの国保運営方針におきましても、広域化等支援方針の目標値と同様に全国の平均収納率を目標値としてございます。県が設定する収納率目標を達成できるよう、必要な対策を実施していく必要がございます。

財政の健全な運営の確保と被保険者間の公平性を保つため、納付相談等の収納体制の強化、口座振替などの納付環境の整備、短期被保険者証等の適正な交付、滞納処分の適正な実施等に努めていく必要がございます。

口座振替の割合が全国で最下位でありますので、運営方針におきましては、口座振替納付の原則化導入についての検討を市町村に求めているところでございます。30年度は、1市が導入ということになりました。更に増やしていく必要があると考えております。

市町村においては、収納対策プランに基づく収納対策の実施とともに、被保険者が自発的な納付行動に至るよう、工夫を凝らした収納対策を検討するよう助言していくこととしております。

取組例として挙げております、こういうふうな地道でタイミングを捉えた取組が市町村に求められているということでございます。

次に30年度の保険料の設定の状況でございます。

27 ページでございます。

改定の状況ということですが、市町村に調査をしましたところ、引上げとしているところが5市町村でございます。引下げが4市町村、据置きが31市町村という状況でございます。引上げ改定と回答されている市町村は、医療費あるいは所得が高い市町村、あるいは法定外繰入金を削減・解消した市町村等が含まれております。

引下げと回答されているところは、1人当たり納付金が低めの市町村や基金を活用して保険料率を引き下げた市町村がでございます。

1人当たりの保険料額の間を見ますと、増加した市町村は10市町村、減少した市町村は30市町村でございます。

県全体の平均額は、平成30年度の9万2千円ということで、昨年度より2,400円程度下がってございます。30年度の1人当たり保険料額につきましては、納付金に対する激変緩和措置を含む公費拡充などによりまして減少してございます。

28 ページ、保険料と納付金の関係の図でございます。

まず一番上が、県全体の医療給付費を県が推計いたしました。

それから、定率国庫負担金とか、前期高齢者交付金を除く部分が県全体の納付金ということで、各市町村に納入をお願いすることになります。特定の市の納付金の算定につきましては、医療費水準や所得水準に応じて算定されることとなります。

ここまでが県の業務、役割になります。それ以後は、市町村の役割になりますが、市町村では、納付金を納めるためと、それから保健事業費等に充てるため、収納必要額を算定します。保健事業費は、保険者努力支援制度の交付金の対象になっており、市町村に交付されますので、それを差し引いた額が収納必要額になります。

更に市町村では、一般会計からの法定外の繰入とか、基金からの繰入をして、更に収納必要額を算定して、そして、収納率は100%とはまいませんので、予定収納率で割り戻して、保険料賦課総額を算定してございます。

こういう流れで算定しますので、国からの交付金を獲得して、保険料の伸びを抑えていくこと、予定収納率を高く維持できるように、収納率を高め、賦課総額を多くしないようにしていくという取組が大事になります。

29ページが29年度と30年度の1人当たり保険料額を、30年度の1人当たりの保険料額の順に並べたものでございます。

黄色い棒グラフが29年度、青い棒グラフが30年度でございます。

30ページにつきましては、全体の状況でございますけども、保険料の算定方式でございますが、医療分につきましては、3方式と4方式がございます。3方式は、所得割と均等割と平等割ということですが、それが29年度と30年度を比較しますと、3方式に移行する市町村が多くなってございます。市町村ベースでもそうですし、被保険者ベースでもそうです。4方式、つまり、3方式に資産割を加えているところが、3方式に移行してきている。これは、県が納付金とともに市町村に示しております、市町村標準保険料率の算定方式が3方式ということで、それに倣う形で市町村が移行するという動きを見せてございます。

31ページでございますが、応能・応益割合でございます。

応能といいますのは、所得割等でございます。応益は均等割と平等割でございます。

政令で、29年度までは応能・応益割合は1対1を標準としておりますので、50対50を標準として、市町村によって割合が定められておりました。

新しい納付金の算定の仕組みでは、1対1の部分に所得水準を反映させて、本県の所得水準対1ということで、本県は0.8ですので、応益割合が多くなる算定になります。

そういうことを反映しまして、市町村の方でも応益割合を増加させていく、拡大していくという市町村が出て来ています。55%以上と、50%から55%の市町村がいずれも増加してございます。

32ページがまとめてございます。

新しい制度では、納付金を基に保険料率を市町村が設定することとなります。30年度は、激変緩和措置によりまして、納付金の伸びが一定程度の割合に抑えられましたので、1人当たりの保険料額は抑制されています。

国の交付金については、市町村の取組状況に応じて配分されまして、保険料の引下げ財源となりますので、県は市町村とともに交付金の獲得に努めていく必要がございます。

将来的に本県は、保険料水準の統一を目指すこととしております。

現在のところ賦課限度額は、全市町村政令基準に統一されてございます。

3方式に変更する市町村も増加してございます。しかし、いろんな課題があります。統一までの環境整備や工程につきましては、引き続き市町村と協議していくこととしてございます。

統一に向けた課題として挙げておりますのは、やはり医療費水準の格差がある、保険料の算定方式も格差がある、医療費適正化を含む保健事業の取組状況の違いもございます。それから、収納率の格差、地方単独の医療費助成制度の取組状況、赤字の問題ということもございます。

これらの課題について市町村間の格差を縮めていく取組を進めながら、医療費の水準の統一に向けて検討を進めていくということでございます。

最後、事務の効率化等でございます。35ページでございます。

運営方針に基づきまして取組を進めております。

まず、70歳以上の方に高齢受給者証を交付しておりますが、これを被保証と一体として交付するという取組をしております。これは、30年度で30市町村が一体化、31年度は10市町村が一体化して、31年度までに40市町村全てが一体化する予定でございます。

亡くなった場合の葬祭費、この給付額も30年度から5万円に統一しております。

県によるレセプト点検も行います。レセプトは、個人単位で月単位で市町村単位での算定ですけど、県内で市町村間の異動があった時に、その方のレセプトを県が更に点検をして、給付の適正化を図っていくということでございます。

それから、診療報酬の不正請求に係る返還事務について、特に広域的な事案、専門性が高い事案について、県が市町村から委託を受けて実施するという取組を30年度から実施します。

それから、国の特別調整交付金の中で結核・精神に係る医療費が多額である場合の申請につきましても、これまでなかなか技術的に難しく申請できない市町村があったわけですけど、連合会の共同事業として実施して申請をすることを30年度から進めます。

それから、連合会と市町村税滞納整理機構による事務の共同実施の拡大も進めていきます。

以上の他に市町村の国保事務の事務処理要領の標準的な要領の整備とか、共同事業化の推進を更に進めていくということでございます。

最後のページは、共同実施の状況で、赤字の部分が新たに追加されたものでございます。

滞納処分につきましても、36市町村から37市町村、1市町村増加、市町村税滞納整理機構への委託を実施しています。

以上が実施状況になります。

(坂本会長)

ただ今、逆瀬川推進監から説明をいただきましたが、この説明に対しまして、委員の皆様から御質問等をお受けしたいと思えます。

何かございませんでしょうか。

よろしいですか。

それでは、御質問がないようでありますので、ただ今の説明を了承いたしまして、平成30年度保険者努力支援制度の評価結果について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

資料2でございます。

評価結果について、私の方から御説明いたします。

1ページが市町村ごとの得点でございます。保険者努力支援制度は、市町村と都道府県双方が評価対象になってございまして、これは市町村分の評価得点の都道府県別のデータでございます。

本県、左から2番目ですけど、全国で22位という状況でございます。

都道府県分は、2ページでございます。本県は16位という順位でございました。

中身について、3ページでございます。

都道府県分の評価基準、指標として3つございます。3ページが指標1ということで、市町村指標の都道府県単位の評価、市町村の評価の状況を都道府県で更にまた評価されています。これが21位ということです。

4ページが都道府県の医療費水準、1人当たり医療費が全国平均と比較して低い都道府県を評価するというので、本県は低い方ですので評価対象になってございます。

5ページは指標2が更に細分化されておりまして、医療費水準の2ということで、前年度からの改善状況も評価されております。本県は、伸び率が全国平均より高いということで評価対象ではございません。

6ページが指標3で、都道府県の取組状況の評価でございます。本県は、満点に近いような状況でございます。

7ページは1人当たりの交付額で見たグラフでございます。市町村分の評価でございます。16位ということです。

8ページは、都道府県分の1人当たりの交付額で見ますと19位ということでございます。

これを2つ合わせたものが9ページでございます。17位という状況でございます。

更に県内の市町村別に見ていきますと、11ページ以降になります。

11ページが得点でございます。高い順に得点で並べてみますとこういう状況でございます。ある圏域は、全国平均より下回っておりますが、全国平均より上回っている市町村も

ございます。市町村ごとに得点差がございます。

更に市町村得点分のトータルで見ますと、1人当たりの交付額が12ページでございます。県分につきましても、30年度分につきましては、市町村分の評価に基づきまして、再配分した形になっておりますので、市町村別の評価とプラス県評価は同じ状況になってございます。

更に項目ごとの市町村の取組状況ということですが、13ページ以降でございます。

特に評価点数が高い項目をピックアップしてございます。評価点数が高いのは、医療費適正化、あるいは保険者の業務として重要なものであったり、取組の困難度が高いものについて点数が高く設定されているということです。

例えば、13ページは、特定健診・特定保健指導の実施率、メタボ該当者等の減少率でございます。大きな差がございます。県内の平均でいいますと、全国平均を上回っておりますが、全国平均を下回る市町村も多くなっております。

14ページは、糖尿病等の重症化予防の取組でございます。

これは、全国平均より県内平均が下回っております。得点できていない市町村もまだございます。少しずつ増えてきておりますが、まだこれからというところもございます。

15ページ、個人インセンティブ・分かりやすい情報提供ですが、市町村では、被保険者の疾病予防とか健康づくりの取組や成果に対してポイントを付与しまして、ポイント数に応じて商品券等の報奨を設けて取組を推奨しているものでございます。その内容を評価されているのが、この指標です。

県内は、全国の平均よりも高くなってございます。

高い市町村と低い市町村も格差がございます。

16ページは、後発医薬品促進の取組と使用割合でございます。

市町村間で見ますと、まだ大きな差がございます。

17ページは、収納率の向上に関する取組の得点率です。

全国平均よりも高い市町村もございますが、得点できない市町村もございます。

18ページは、適正かつ健全な事業運営の実施状況ということで、御覧のような状況でございます。やはり、市町村間の格差がございます。

更に状況を見える化した資料が19ページ以降でございます。

19ページと20ページ、見開きでございますが、これは都道府県分の分析資料でございます。得点と得点率、それから全国と対比して、更に1人当たり交付額で全国の順位を出しております。更にデータチャートでそれぞれの評価指標ごとの状況を見える化したものでございます。

先ほどは、20ページの共通指標の指標1、3、4、6、それから固有指標の1と6について、市町村ごとのグラフを作成したところでございます。

同じように市町村ごとの分析資料もございます。それが、21ページと22ページなのですが、市町村ごとに見開きで市町村に提示してございます。これは、ひな形で仮の数値を入

れたモデルになっておりますけれども、得点率を見える化したものでございます。

分析資料の基になるデータといいますのは、23ページで一覧にしております。これが市町村ごとのそれぞれの指標別の得点率となっております。これを先ほどの様式で見える化して、市町村に提示して、弱いところ、強いところ、分かるようにしてございます。

24ページにまとめてございます。

市町村分で見ますと、獲得点数でみれば全国平均を下回っているところがございます。

1人当たり交付額では全国平均を上回っておりますが、引き続き獲得に向けて取り組む必要がございます。市町村別に見ますと、18市町村は全国平均を上回る点数を獲得しておりますが、地域によっては低いところも見られます。1人当たり交付額で見ますと、高いところと低いところで2,680円の差があります。これが、先ほど御説明しましたとおり、被保険者の負担する保険料に跳ね返ってくるということでもあります。したがって、保険料の引下げ財源となりますので、この交付金を積極的に獲得することが保険者にとっては重要となっております。低調な市町村の取組を促していく必要がございます。

評価指標ごとに見ますと、全国平均より低い状況にあるもの、市町村間に格差があるものもございます。市町村の状況を把握して、適切な助言を行ったりとか、説明会を開いてポイントを説明したりなどして、取組を促しておりますけれども、更に効果的な取組の情報を共有して、県全体の底上げを図っていくということを考えてございます。

県も評価対象になりますので、都道府県分の評価指標の設定に応じて取組を更に強めていく必要がございます。

そして、県も特別交付金ということで市町村に交付金を配分してございます。評価指標につきましても、努力支援制度の評価指標を見ながら、更にそれだけではなくて、いろんな評価指標も加えて評価して、市町村に取組を進めていただくためのインセンティブとしております。この制度も併せて活用して、一層の保険者機能の強化を図っていくこととしてございます。

25ページ以降は、評価指標等の資料でございます。御覧いただければと思います。

以上で説明を終わります。

(坂本会長)

ただ今、説明いただきましたが、何か御質問等ございますでしょうか。

はい、吉池委員。

(吉池委員)

今、御説明いただいた資料2の14ページです。

糖尿病等の重症化予防については、結果的に点数の差が開いてしまって、今、こういう状況になっておりますが、体制ができていないところも約半数の市町村があり、また、ざっと見ると、何か地域的な差もあるように感じられるのですが、その辺の現状と今後の見通しに

ついて、まず、お教えいただければと思います。

2点目は、こういうことも含めて、その前の説明の赤字の保険者について、この赤字解消計画を立てている時には、幾つか赤字解消のための攻略というのがあるかと思うんですが、特に重症化予防等、あるいは保健事業の実施というところについて、赤字の市町村について実効性があり、今後、進み得る計画が今、立ちつつあるのかといった点。そして、更に県がどういうふうに支援されていくのかということについて伺いたいと思います。

以上です。

(坂本会長)

2点の質問ですね。お願いします。

(事務局)

御指摘のように、まだ取組が進められていないところがございます。

市町村にどうしてその取組が難しいのかを聞きますと、やはり市町村の取組、保健師さんの配置の状況とか、という意見もあったり、あと、かかりつけ医との連携について、十分に連携を取るのが難しいといったお話をするとところもございます。

県としては、今、お話ししましたような重点事業で糖尿病性腎症の重症化予防の取組をしております、患者を抽出するツールを開発して、できる限り効率的に対象者を把握できる、抽出できるようなツールをまず開発して提供することにしました。

更に保健師さんがいろんなスキルを身につけて、保健指導とかをしていけるように、研修会も実施して知識を身につけていくという取組を30年度から始めております。

多くの市町村で研修会等に参加していただきましたので、やっていないところも、やられるようになるのではないかと期待しております。

県医師会の方からは、かかりつけ医の連携につきまして、関心を持っていただきまして助言をいただいておりますので、県の方は、市町村との間に入りまして調整を取っていきたいと思っております。

それから、計画の関係ですが、保健事業の方は、データヘルス計画ということで、データに基づいた保健事業ということになってございます。データヘルス計画、各市町村で策定しておりますが、糖尿病性腎症につきましては、しっかりと位置づけて取り組むということにしております。

市町村では、健診データとかレセプトデータを見ながら糖尿病性腎症の重症化予防の取組を進めていくというところでございます。

更に評価とか、専門的な助言をしていただくために联合会の方で、保健事業の評価支援委員会ということで支援をいただいておりますので、多くの市町村が支援を受けておりますので、今、取り組んでいるところよりも更にレベルアップしていくよう助言をいただいておりますので、一歩でも前に進めていただければと思っております。

(坂本会長)

どうぞ、吉池委員。

(吉池委員)

ありがとうございます。

御回答いただいたことについて、また2つの点について指摘させていただきます。

青森県では、県の医師会に御協力いただいて進んでいることは聞こえているところですが、先般、国保中央会の研修会がありまして、他の県の状況をいろいろとお聞きすると、県医師会の先生方は、大変よく御理解いただいているが、各地域の郡市医師会になると、なかなか個別的には進みにくい例が他県ではあるというふうに感じています。

そういうこともあり、先ほど、地域によって糖尿病の重症化の取組の体制が進んでいるところと、進んでいないところが見受けられるように感じたというのは、そういう意図があって発言させていただきました。

それともう1つ、後者のことについては、最初の資料1の御説明の時に、平成29年度と比べて30年度の、例えば、個別保健事業の評価・支援の保険者数が確か12から9に減っているというところで、やはり、より積極的に国保の財政が良くなるような保健事業への取組というのは、保険者によって、かなり意欲というか、取組状況に差があるように感じています。

今回、このような形で明確に各保険者が、点数的な話ではありますが、まさに努力しているかどうかということが明らかになったので、これを十分伝えていただいて、特に赤字を解決しなければいけないところは、様々な事務的な処理、また収納率の向上ということも大事なのですが、やはり本質的に病気を予防する、重症化を予防するということにしっかりと目を向けていただくように、県として働きかけていただければということコメントとして付け加えさせていただきます。

以上です。

(坂本会長)

他に御質問等ございますでしょうか。

木村委員。

(木村委員)

薬剤師会の立場で。この資料2の30ページの共通の5と6のところですけど、いわゆる薬の重複の関係、それからジェネリックの関係で、ここにあるように28年、29年、30年度、いわゆる加点のポイントがぐんぐん上がってきています。

それで、今、吉池先生から質問もありましたが、はっきり、どこの市町村が取れているか、

取れていないか分かっていますよね。

それで、私、別の事業で市町村をまわって感じるんですが、評価項目、評価の仕方もはっきり出ているんだけど、それをどういうふうにトライアルしていくかということが伝わっているのか、疑問に思うんです。

例えば、重複投薬のところ。薬剤師を、確か青森市は非常勤ですけど、薬剤師が入って見えています。ジェネリックの場合は、手厚く、様々なことがあるんですけど、それは、医師会の先生方に御協力いただいて、こういうふうにジェネリックの推進ということをやっていますね。

それから、生活保護の方はジェネリックを使うよう変更になりました。

そういうことの1つ1つ、市町村の担当者が具体的に、どの専門職をどういうふうに使って活用するかということまでアドバイスしているのですか。交付金が取れるから、これやってね、というふうにしか聞こえないんですよね。その辺、いかがなものでしょうか。

(事務局)

重複投薬に関する部分につきましては、多受診の指導ということで、保健指導を行っておりました。

その中で、対象者の中に多剤投与とか、重複投薬とか、という方が、出てきますので、保健師さんが訪問指導する形でかかりつけの薬剤師、薬局と相談しながらやっていくというスタイルが標準的なやり方として取り組まれていると考えております。

後発医薬品のことにつきましては、多くの市町村で被保証に希望シールを貼り付けるやり方、パンフレットで普及啓発を図るやり方で多くの市町村が取り組んでいるという状況でございます。

ここについて、更に薬剤師さんのお力を借りながら更にやっていく、更にKDBのシステムが拡充されて多剤投与の方とかも抽出できるようなシステムになってきており、それで対象者を精密にといいますか、正確に抽出できるようになる環境が整っておりますので、それで対象者を把握して、どうやってアプローチしていったらいいのかといった時に、直接処方された先生に相談というわけにはいきませんので、間に薬剤師の方に入っていただいてアドバイスを受けながらやっていくということができればいいと思っております、市町村には活用できる資源が地域にあるんだよということを伝えていきたいと思っております。

(木村委員)

今ので進めていただきたいです。医療薬務課の事業で、昨年度と今年度で6医療圏域のジェネリックの一般市民向けの勉強会がやっと終わったところです。やはりジェネリックそのものへの理解というか、まだまだ薄い気がするんです。一人ひとりの住民というか、患者さん。若い患者さんは、風邪ひいた時とかしか受診していないようですが、生活習慣病の薬とかもらっている人たちでも、まだ、先生方もそうですけど、患者さんの立場でも、疑心暗

鬼的なことがあるというのは、すごく感じましたので、もっともっと丁寧に各地域で説明会をやらなきゃ駄目なのかなということを感じています。

村上先生が会長をやられているジェネリックの促進協議会の方の研修会であったこと、地域の状況も含めて意見を出させていただきました。

以上です。

(坂本会長)

他に御質問、ございませんでしょうか。

それでは、ないようですので、ただ今の説明を了承いたしたいと思います。

それでは、他に何かありますか、その他に。

村上先生。

(村上委員)

県医師会の村上でございます。

郡市医師会を含めて、これは青森県に全面的に御協力差し上げていかないと駄目なところなんだろうと思います。この先もお考えいただきたい、そう思っています。

青森県を保険者にして、各市町村の今までのバラバラをまとめて、ここまで来ましたので、非常にこの流れはいいかと思いますが、例えば、資料1の医療費のところ、15、16ページを見ていただきますと、青森県の医療費は、1人当たり全国平均より低いという、これ、前にも申し上げましたかも分かりませんが、青森県は、国保の医療費は低いかも分かりませんが、私、介護保険の審査もお手伝いしていますが、青森県の介護保険は1人当たり全国平均より高いんです。両方合わせますと、決して青森県の医療・介護の費用は低いということではなく、ほぼ全国に並ぶような状況なんです。

それで、今、申し上げたいのは、青森県を保険者にする、非常に良いことだし、青森県でまとめていかないと駄目だし、国と一緒に財政をきちんと守っていかないと、国民の命は守れない。そこは分かるんですが、介護保険の方も、今、その途中なんです。21日の日曜日に医療課長の森光先生と老人保健課長の眞鍋先生がお見えになって、介護保険は、今、市町村が保険者で、財政的に厳しいところなどありますが、その辺の介護保険の流れを、いずれは、各県に介護保険の保険者にもなってもらおうという流れがない訳ではありません。

ですから、この後のことを考えながら市町村の国保だけでなく、介護保険も含めた市町村の情報・教育、そういうことも一緒に考えながら、やっていただきたいと思います。

そして、我々は、この医療、看護、介護、薬剤などとそれぞれ密接に連携をとりながら、一緒に県民のために何とかガードしていきたい、そう思っておりますのでよろしく願いします。

(坂本会長)

村上先生からの貴重な御意見、ありがとうございました。

吉池委員。

(吉池委員)

今、介護ということで、青森県への期待ということのお話がありましたけど、制度上、後期高齢については、ここでの議論にはのってこないわけですが、実際には、被保険者が国保から後期高齢へ渡されて、それがどうなっているのか。そして、後期高齢のところでの保健事業も、やはり、市町村の介護保険事業と絡みながらということですが、制度的に違うものなので、分断されるとよく全体像が見えない。医療費適正化の話になると、多少は全体像が見えるのですが。県が保険者になられても、後期高齢との間のつなぎというのが、今後、何か見えやすくなるのか、それともやっぱり制度が違うからこのままなのかという、その辺の見通しというか教えていただければ。いかがでしょうか。

(事務局)

国の方でも、後期の介護予防と疾病予防を一体的に市町村が担える仕組みづくりという検討を進めております。後期の方は、平成27年度の改正の時から、介護との関係を意識しながら保健事業の取組ということをやってきました。フレイル対策を重視した保健指導の形で進めてきております。

国保の方は、前期高齢の方が4割近くになっており、割合がどんどん高くなってきていますので、疾病予防、それから健康づくりも後期との接続を意識した保健事業というものをやっていたいかなくはないと思っております。

県の交付金の評価指標も、後期との接続を意識した保健事業をやれば、点数が取れるような評価指標にして、市町村にインセンティブをつけて、後期も意識してやっていただくようにしております。

市町村は、国保の保健事業、それから後期の保健事業をやっておりますし、これから介護予防事業と一体でやるということになると、やはり市町村の中で、国保と介護と後期と健康づくりが連携して、効率的にやらなくてはならないと思っております。それについて県としても上手く効率的に支援していくことをこれからしっかり考えていかなくてはならないと思っております。

(坂本会長)

いいですか。

(吉池委員)

国保でいろいろ積極的にやられたこと、ある意味で成果というのは後期高齢に表れるので、せっかく頑張った、努力したことが後期高齢の方の市町村の医療費等になっているとい

うことが、こういう場でも少し示していただくと、かなり良いかなという感想を持ちました。
以上です。

(坂本会長)
木村委員。

(木村委員)

後期高齢者とのつながりのところで、さっき私が質問したところは、実は、後期高齢者医療制度の法律の中で重複服薬とかを保険者側がやるようにきちんと書かれていて、後追いで、国保のこういう形になっているという認識があります。国保中央会のデータベースを開発している時に委員をやっていて、長野県と宮崎県から、地域の薬剤師を活用するにはどうしたらいいのかという質問がありました。薬剤師会に依頼してほしいと回答しました。

村上先生がおっしゃったことと吉池先生のお話しについて、今やっていることを情報提供させていただきます。

今、老健局と保険局、両方で保健事業を、いわゆる介護予防、県がバックアップしてくれている通いの場ですね。高齢者が集う場を4年前から介護保険の中の介護予防総合事業というのがありまして、これは、村上先生のところでモデル事業をやって、今も継続してやられているんですけど、「あったかふれあいサロン」というんですが、そのサロンに保健事業をくっつけるということ、今、国が有識者会議でやっていて、11月20日だったと思うんですが、有識者会議報告書がまとまります。

その後、どういうふうにするかという、その通いの場に地域の保険者、国保とか後期高齢者が、保健師を派遣するとか、ある時は薬局から薬剤師を派遣するとか、ある時は管理栄養士を派遣するとか、そういうことの保健事業を組み立てなさいというふうの有識者会議でまとめる予定だと聞いております。

それをやるには、法律改正が必要だそうで、市町村が行う介護保険の事業の中に、いわゆる、今日説明があった国保の保健事業が介入していく形になるので、法律改正が必要になるんだそうです。ですので、年明けの通常国会で可決され、来年4月から、その通いの場に、今言った市町村の保健事業が介入していくという情報を得ています。イメージとしては、そういうことで進めるそうですので、吉池先生のお話しには、それが回答になっているのかと思いますので、情報提供させていただきます。

(坂本会長)

ありがとうございました。

他にございますか。

よろしいですか。

それでは、ないようでありますので、本日の議事はこれで終了いたします。

最後に事務局からお願いいたします。

(司会)

それでは、次回会議の開催予定等につきまして、事務局から御説明します。

(事務局)

私、舘田の方から事務的な連絡になりますけども、本日の議事録の作成にあたりましては、これから御発言いただきました内容等、御確認をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

次回の会議ですけども、年明けて2月頃を、今、予定をしております。その2月の会議では、31年度の納付金の算定結果ですとか、あと、その時期にもよりますけども、31年度に向けての様々な情報を報告させていただければということで考えております。

早めに日程調整の上、開催の御案内をさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

(司会)

それでは、閉会にあたりまして、部長の菊地から一言申し上げます。

(菊地部長)

会議で当方の方から資料に基づいて説明をさせていただきましたが、それを受けまして大変貴重な御意見、また情報提供をいただきました。ありがとうございます。

お話を伺いながらも、こういった国保制度の安定的な運営ということをしっかり確保していく上でも、医療、それから介護、ヘルスの、こういった部分をしっかり横串を通していく分野横断的な対応ということ、より効果的な形で進めていくことを求められているなどということを改めて実感をいたしました。

健康福祉部の中での課の横断的な対応、そしてそれと併せて、ある意味、それ以上に市町村での分野横断的な対応をしっかり求めていくと。そういう対応ということを我々も今後、今以上に力を尽くしていかないと、ということの皆様御意見をいただいて、強く感じたところです。

引き続き皆様の御指導、そして御協力をいただければと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

そのことを申し上げまして、最後の御挨拶とさせていただきます。

本日は、どうもありがとうございました。

(司会)

以上をもちまして、本日の協議会を閉会いたします。

委員の皆様、大変ありがとうございました。