

平成30年度第1回鹿児島県国民健康保険運営協議会議事録

- 1 日 時 平成30年11月22日（木）午後5時～午後7時15分
- 2 場 所 県庁行政庁舎6階 大会議室
- 3 出席者
委 員 被保険者代表：大迫茂子委員，隈元よね子委員，下野宣子委員
保険医等代表：池田琢哉委員，上野泰弘委員，西孝一委員
公 益 代 表：采女博文委員，小林千鶴委員，八田冷子委員
被用者保険等保険者代表：加藤伸一委員，本田親則委員
（出席委員11名（全員出席））
県 中山くらし保健福祉部長，上橋国民健康保険課長，
坂野国民健康保険課長補佐，久保国民健康保険課技術補佐，
齊脇国保指導係長，板東主幹兼国保財政係長 外
- 4 傍聴者 なし
- 5 議 事
 - (1) 会長及び職務代行者の選出について
 - (2) 鹿児島県国民健康保険運営協議会運営規程等の制定について
 - (3) 平成31年度国民健康保険事業費納付金等の算定方法（案）について
 - (4) 鹿児島県国民健康保険運営方針の評価・検証について
 - (5) その他
- 6 審議の概要
 - (1) 会長及び職務代行者の選出について
 - ・ 采女委員が会長に選出された。
 - ・ 八田委員が職務代行者に選出された。
 - (2) 鹿児島県国民健康保険運営協議会運営規程等の制定について
 - ・ 鹿児島県国民健康保険運営協議会運営規程及び鹿児島県国民健康保険運営協議会傍聴要領が原案のとおり承認され，制定された。
 - ・ 運営規程の制定に伴い，当該協議会の会議は，運営規程第4条の規定により，同条第2項各号に該当する場合を除き，公開することとされた。
 - ・ 運営規程第6条第2項の規定による議事録への署名委員として，会長が小林委員を指名した。
 - (3) 平成31年度国民健康保険事業費納付金等の算定方法（案）について
 - ・ 鹿児島県知事から諮問のあった「平成31年度国民健康保険事業費納付金等

の算定方法（案）」について、諮問のとおり定めることを適当と認める旨の答申を行うことが決定された。

（主な意見）

- 激変緩和の方法が、上がる方にはキャップがついて、下がる方は丸々下がるというような形になっており、下がる方はメリットがあるような感じがするが、激変緩和が6分の5、6分の4と減っていくと、上がっていく方向に影響が出てくるのかなと思う。
- 今回、県と市町村が共同保険者という形になるので、国保制度が持つ構造的な問題などいろんな課題に対して、今後、保健事業を充実していく必要性などを市町村にかなり要請していかないと、県平均の一人当たり保険税必要額は上がっていく。こうしたことについては、危機感を持ってきちんと伝えていってほしい。

（4）鹿児島県国民健康保険運営方針の評価・検証について

- ・ 事務局から概要について説明後、協議を行い、出された意見については、今後の参考とすることとされた。

（主な意見）

- 特定健診については、通常のパターンではなかなか実施率が伸びないので、市町村によっては早朝健診や夜間健診、休日健診を行うなど努力しているが、他の市町村の取組状況はどうなっているか。
- 特定健診・特定保健指導、糖尿病重症化予防に関しては、現在、どこの市町村も苦労しながら取り組んでいるので、効果が出ている市町村の取組事例を、毎年この協議会で紹介してほしい。
また、重複・頻回受診指導、重複・多剤服薬指導に関しては、取り組む市町村を増やすことを目標とするのであれば、以前から課題になっているところがどうしてできないのかを明らかにして、そこを県として支援していかないと変わらないのではないか。
- 糖尿病重症化予防に関して、設定されている指標とは別に、市町村の健診結果を、毎年この協議会で出してもらいたい。CKD対策が推進され、成果が上がってきている市町村もあるので、頑張っていることが分かるようなものを、中間的な段階でも出してほしい。
- 保険給付のチェックは、機械的なチェックというのが一番効率がいいのかなと思う。AIを活用した保険給付の実施予定についてどのように考えているか。保険給付の適正な実施について、色々な取組を考えてもらいたい。

(5) その他

- ・ 委員から、議事3との関連で意見が出された。

(意見)

- 激変緩和措置が6年間で解消されていくと、最終的に個人の保険料率にも影響が出てくる可能性があると思うが、本県の場合、各市町村単位の収支の状況を見ると、どうしても、人口が減少し、なおかつ、人口の少ないところが大きく影響を受けてしまうと思う。激変緩和について、セーフティネット的に、例えば二次医療圏ごとにキャップをしたり、激変緩和を行ったりといった方法はとれないのか。
- 1か月前に財政制度等審議会で、国保の赤字部分に税金を投入することに関して、財務省から意見が出されたが、これに伴って、今後の方向性が変わる可能性があるのか。

7 挨拶（中山部長）

皆様こんにちは。くらし保健福祉部長の中山でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

本日は平成30年度第1回鹿児島県国民健康保険運営協議会を開催いたしましたところ、委員の皆様には、大変御多用の中、御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

また、委員の委嘱についても快くお引き受けいただき、併せて感謝申し上げますとともに、かねてから本県の保健医療行政の推進に格段の御理解と御協力を賜っておりますことに対しましても厚く御礼を申し上げます。ありがとうございます。

さて、我が国では、国民皆保険制度のもと、世界最高レベルの平均寿命と健康医療水準を達成してきておりますけれども、急速な少子高齢化の進展や医療の高度化など様々な理由によりまして、医療費が増大傾向にあり、医療保険制度の持続可能性の確保と安定化が喫緊の課題となっております。

このような中で、国民健康保険制度は、本年4月から、都道府県が財政運営の責任主体となりまして、国保運営に中心的な役割を担うことにより、制度の安定化を図ることとされたところでございます。本日の協議会は、新たな国保制度がスタートをしいの初めての開催となります。

この後で、平成31年度の国民健康保険事業費納付金等の算定方法案について御審議いただきますとともに、昨年11月に作成いたしました県の国保運営方針の今後の評価・検証の方法についても御協議をいただく予定といたしております。

す。

委員の皆様におかれましては、是非、忌憚のない御意見を賜りまして、この協議会が実りあるものとなりますようお願いを申し上げます。簡単ではございますが、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。

8 議事録

(事務局)

本日の会の定足状況について御報告申し上げます。本日の会は、委員の皆様11名全員に御出席いただいております。鹿児島県国民健康保険条例第6条第2項に定める定足数を満たしていることを御報告いたします。

また、本日の傍聴者はございません。

(事務局)

ここで、当協議会につきまして、簡単に御説明を申し上げます。

御承知のとおり、平成27年5月に国民健康保険法が改正されまして、都道府県は、平成30年4月から、国保運営方針の作成など国保事業の運営に関する重要事項について審議するための国保運営協議会を置くこととされたところでございます。

しかしながら、平成30年4月の新制度スタートまでに、国保運営方針を作成する必要などがありましたことから、本県におきましては、改正法の施行前ではありましたが、平成28年12月に「国民健康保険運営協議会条例」を制定し、この条例に基づき、平成30年3月末までを期間とする協議会を設置したところでございます。

その後、本年4月からの改正法施行を受けまして、それまでの条例に基づく協議会を廃止し、改正法に基づきます協議会として設置をさせていただきまして、本日、御出席の皆様には、改めて委員に御就任いただいたところでございます。

(事務局)

それでは、これより議事に入りますが、会議の議長につきましては、条例第6条第3項の規定により、会長が務めることとなっておりますが、新たに設置した協議会におきましては、まだ、会長が選出されていない状況ですので、会長が選出されるまでの間、私の方で議事を進行させていただきます。

まず、初めに、議事1の「会長及び職務代行者の選出について」ですが、「会

長」及び会長に事故があるときに職務を代行する「職務代行者」につきましては、国保法施行令第5条の規定により、公益代表の委員のうちから、委員が選挙することとなっています。

まず、会長につきましては、立候補される方はございませんでしょうか。

【立候補なし】

(事務局)

立候補がないようですが、会長の決定方法につきまして、どなたか御意見がございましたら、御発言をお願いします。

(委員)

事務局から候補者の提案があればお願いします。

(事務局)

ただいま、委員から「事務局から候補者をお願いしたい」との御意見をいただきました。

事務局としましては、引き続き采女委員をお願いしたいと考えておりますが、皆様、いかがでしょうか。

【異議なし】

(事務局)

御異議ないようですので、采女委員に会長をお願いしたいと存じますが、采女委員よろしいでしょうか。

(委員)

お引き受けします。

(事務局)

それでは、采女委員よろしくお願いいたします。

続きまして、職務代行者につきましては、立候補される方はございませんか。

【立候補なし】

(事務局)

立候補がないようですので、先ほどと同様、事務局から候補者を提案するというので皆様よろしいでしょうか。

【異議なし】

(事務局)

それでは、事務局としましては、引き続き八田委員に職務代行者をお願いしたいと考えておりますが、皆様、いかがでしょうか。

【異議なし】

(事務局)

御異議ないようですので、八田委員に職務代行者をお願いしたいと存じますが、八田委員よろしいでしょうか。

(委員)

お引き受けします。

(事務局)

それでは、八田委員よろしくお願いたします。

早速ではございますが、条例第6条第3項の規定により、会長が議長となりますので、恐れ入りますが、采女会長は議長席にお移りください。また、小林委員と八田委員におかれましては、大変申し訳ありませんが、席をお詰めくださいますようお願いいたします。

【会長が議長席へ移動】

(事務局)

それでは、会長に、御挨拶とこの後の議事進行をよろしくお願いたします。

(議長)

会長に選出されました采女でございます。

公益委員の中で最年長だということで、他により御専門に近い方もいらっしゃいますが、引き受けることといたしました。課題が課題だけに、円滑な議事

進行ができるかどうか、あまり自信がないんですが、皆様方の積極的な御意見をいただきながら、皆様方の御意見を何とかとりまとめていければというふうに思います。委員の皆様方の御協力をどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、まず、議事2の「鹿児島県国民健康保険運営協議会運営規程等の制定について」ですが、まず事務局から説明をお願いします。

(事務局)

それでは説明させていただきます。右肩に資料1と記載のある資料の1ページをお開きください。

先ほど御説明申し上げましたとおり、今年度から国保運営協議会の設置根拠が条例から国民健康保険法に変わりましたことから、当協議会の運営に関して必要な事項を定め、新たな運営規程(案)をお示しするものでございます。

規定内容につきましては、運営規程の制定の根拠となる条項等が変更になった以外に、本年3月までの運営規程と内容の変更はございません。

主な内容といたしましては、まず第4条、会議の公開についてということですが、第1項で当協議会の会議は原則公開ということ、第2項で、ただし県情報公開条例に規定された不開示情報、例えば個人情報などですが、そういった不開示情報がある場合は、会長が協議会の会議に諮り、会議の全部又は一部を公開しないことができること、以上の内容となっております。

続いて、第5条ですが、会議の公開については、傍聴希望の方の傍聴を認めるという方法により行うという内容となっております。

また、第6条ですが、会議を開催したときは議事録を作成し、会長が指名する委員が署名をするという内容となっております。

続きまして、3ページをお開きください。当協議会の傍聴要領(案)をお示ししておりますが、従来のものと内容に変更はございません。

主な内容としましては、傍聴の際の手続きですとか、傍聴する方に守っていただくこととなっております。以上で説明を終わります。

(議長)

どうもありがとうございました。2点まとめて御説明をいただきましたけれども、御質問・御意見等がございますでしょうか。

【意見なし】

(議長)

運営規程，傍聴要領ともに事前に配布されたものでございますし，県の他の審議会の運営規程，傍聴要領とほぼ同じものだと思っております。

特に御意見がなければ，原案のとおり承認されたということによろしいでしょうか。

【異議なし】

(議長)

なお，本運営規程の制定に伴い，本日の会議及び次回以降の会議につきましては，第4条の規定により，同条第2項各号に該当する場合を除き，公開することといたしたいと思っております。

続きまして，運営規程第6条第2項の規定により，議事録に署名する委員につきまして，会長が指名することとなっておりますので，本日の会議の議事録の署名を小林委員にお願いしたいと思っておりますが，小林委員よろしいでしょうか。

(委員)

お引き受けいたします。

(議長)

それでは，小林委員，よろしくお願ひいたします。

これより，議事3の「平成31年度国民健康保険事業費納付金等の算定方法(案)について」に入りたいと思っております。

議事3につきましては，初めに知事からの諮問がございますので，事務局の方から諮問の内容を御説明いただきたいと思っております。

(事務局)

委員の皆様には，諮問書の写しをお手元に配付させていただいておりますので，本日はこの諮問書に基づきまして答申をいただきたいと考えております。どうぞよろしくお願ひいたします。

(議長)

それでは，議事3の内容につきまして，事務局から説明をお願いします。

(事務局)

それでは，納付金等の算定方法について，資料2-1，2-2及び2-2の

参考資料によりまして、御説明いたします。

まずはおさらいになります。改革の概要を少し御説明したいと思います。
資料2-1の1ページをお開きください。

国保制度改革の概要ということで、運営の在り方の見直しについてのイメージ図となっておりますが、一番上の○のところ、平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担う一方で、その下の○のところですが、市町村は、地域住民と身近な関係の中、資格管理や保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担うこととされたところであり、県と市町村は国保運営を行う上で共同保険者という位置付けになります。

2ページをお開きください。

改革後の国保財政の仕組みについて、そのイメージが示されていますが、左側の「平成29年度まで」においては、市町村が個別に運営しておりました。

これが、右側の「平成30年度から」を御覧いただきますと、市町村から上向きで県の収入の方に矢印があり納付金と書いてありますが、各市町村はそれぞれ保険料等を元手として県に納付金を納めていただいて、その納付金や公費等を使って県が支出を賄う、具体的には県が市町村に保険給付費等交付金を交付して、市町村はその交付金を診療報酬の支払いなどに充てるという仕組みになります。県内43市町村の43個の財布を県1本にまとめて、高額な支出などに備えることができる形にするということで財政運営を安定化させるための仕組みとなります。

4ページをお開きください。

保険料の賦課・徴収の仕組みについて、そのイメージが示されています。

左側から順番に、まず県の方で1年間の医療費がどのぐらい必要かの見込みを立てて、国、県からの公費等を見込みを除いた部分が保険料収納必要額＝納付金を算定するための基礎額となります。

それから、①で県が国のガイドラインを踏まえ一定のルールの下で、各市町村に納付金額を割り当てて、各市町村がその納付金を納めるために必要な保険料を各世帯に賦課する際の保険料率について県が市町村ごとに統一的に算定したものが、資料で②と表示されている標準保険料率と呼ばれております。

これは県が統一的に算定するというので、全市町村を比較できる率であるとともに、各市町村が実際の保険料率を決定する際に参考とする率ということになります。

県が統一した方法で標準保険料率を算定しますのは、これまで、市町村はそれぞれ個別に国保運営を行ってきていますので、算定方式の違いなどによって、

保険料率を単純に比較することができなかつたわけですが、標準保険料率を示すことによって、標準的な住民負担の見える化を図り、市町村間の比較をすることができるようにしようというものでございます。

そして、資料の③は市町村がそれぞれの方法で決定した保険料率ということになりますが、実際にはこの③で各世帯に賦課徴収がなされることとなります。

5ページをお開きください。

財政支援の拡充につきましては、平成27年度からの1,700億円と、平成30年度からの1,700億円を足して、毎年3,400億円の支援の拡充を行うことにより、国保の財政基盤の強化を図ることとされたところですが、5ページは、このうち、30年度からの毎年1,700億円の拡充分につきましては、平成31年度の拡充内容を記載したものでございます。

左側を見ていただいて、まず財政調整交付金の実質的増額が800億円程度、保険者努力支援制度が800億円程度、合わせて約1,700億円の公費を国が支援するというものです。このうち右側の上から2番目の暫定措置（都道府県分）は、保険料額の激変緩和に使う財源となります。

また、保険者努力支援制度のところの右側を見ていただいて、下段の市町村分は他の財源を200億円持ってきて500億円規模で実施され、都道府県分500億円と合わせまして、全体で1,000億円規模ということで保険者努力支援制度が実施されることになっております。

次に、6ページは平成31年度の保険者努力支援制度の指標となっております。

この制度は、指標ごとに評価基準が設定され評価基準を達成した場合に交付金が交付される仕組みとなっております。インセンティブとして市町村や県の出組強化を後押しする制度となっております。

続いて、納付金等の算定方法について、資料2-2によりまして御説明いたします。1ページを御覧ください。

平成31年度の本県の納付金、標準保険料率の算定方針(案)につきまして、一覽にしてありますが、基本的には、平成30年度の本算定と同様の手法で、国保運営方針にも記載している算定方針に基づいたものとなっております。

まず、左側の標題部分の「1 基礎的な算定方針」の①のところの統一の保険料水準についてですが、県内市町村の医療費水準、例えば本土と離島地域などを比較しますと、医療費水準には地域格差がありますので、現時点で保険料水準の統一を行うことは被保険者の負担の急変を招く恐れがあるということで、当面、統一は行わないこととしております。

続きまして、標題部分の「2 主に納付金の算定に必要な係数、方針」としましては、まず、①の α の設定ですが、この α というのは、各市町村の医療費

の水準を、納付金の割当ての際にどの程度反映するかを調整する係数のことで、本県においては $\alpha = 1$ を基本としています。

次に、②の β の設定ですが、この β というのは、納付金の割当てに際して、所得のシェアをどの程度反映させるかを調整する係数のことで、 β = 本県の所得係数を基本とする、つまり、全国平均を1とした場合の本県の所得水準に応じて設定するということになります。

続いて、③の賦課限度額につきましては、地方税法施行令に示されている限度額とするとしていますが、この限度額は、平成29年度の医療分、後期分、介護分の合計額の89万円から、30年度は93万円に引き上げられており、さらに、④の保険者努力支援制度の県分は納付金総額から差し引く、⑤の納付金の配分は世帯数は勘案し、資産税総額は勘案しない3方式を採ることとしています。

なお、保険者努力支援制度の県分と言いますのは、県による医療費適正化等の取組に応じて国から交付金等の交付が行われるものですが、県分として交付された交付金等については納付金算定の基礎額から差し引く、つまり納付金総額を引き下げる効果があるということになります。

次に、標題部分の「3 主に標準保険料率の算定に必要な係数、方針」としましては、①の標準的な収納率は各市町村の直近3ヶ年の平均値、②の標準的な算定方式は3方式、③の所得割指数は1.0、均等割指数は0.7、所得割(世帯割)指数は0.3となっております。

この算定方針(案)によりまして、平成31年度の納付金、標準保険料率等を算定していくこととなりますが、具体的な算定の流れにつきましては、A3版の資料2-2の参考資料も使用して説明したいと思しますので、合わせて御覧いただきたいと思ます。

これは、あるA市の医療分に着目した算定となっておりますが、本県の算定方針に沿って手順を記載してあります。

まず、1の収入のところですが、県全体の医療給付費等について、過去3年分の伸び率を使って見込みを立て、公費等を差し引いた額が保険料収納必要額 = 納付金算定基礎額となります。それを市町村ごとに納付金として割り当てていくわけですが、ここではA市に割り当てられる流れをお示ししてあります。

次に、2のところを見ていただいて、納付金算定基礎額を応益分と応能分に、1 : β の割合、ここでは本県の所得係数 β が0.65となっておりますので、まず1 : 0.65で300億円と200億円に分けまして、さらに納付金配分の算定方式が3方式で、均等割指数0.7、平等割指数0.3としていますので、応益分300億円のうち被保険者数による均等割部分を0.7で210億円、世帯数による平等割部分を0.3で90億円というふうに分けることとなります。

それから、A市の被保険者数、世帯数の県全体に占めるシェアでそれぞれ按分し、応能分はA市の所得額の県全体に占めるシェアで按分するというので、それぞれ98億円、45億円、94億円で合計237億円という割当てになります。

次に、3医療費水準の反映のところを見ていただいて、 $\alpha = 1$ ということで計算しますと、A市は医療費水準が全国平均より高い1.2となっておりますので、284億円となります。次に、県全体の総額と一致させる調整として、 γ 調整を行うと258億円ということになります。

「4 納付金額の算出」を見ていただいて、ここでA市の納付金算出のための個別事情を加減算していったら、A市の一般分の納付金額245億円が算出されます。

次に、右側の「5 標準保険料率の算定に必要な保険料総額の算出」を見ていただいて、ここでA市の納付金額245億円にA市が別途保険料で賄う保健事業の経費等を加減算して標準保険料率の算定に必要な保険料総額211億円を算出します。それから、A市の標準的な収納率90%で割り戻した234億円を保険料で徴収するということになります。

次に、「6 標準保険料率の算出」のところを見ていただいて、①は県において各市町村の保険料率を統ルールの下に出した数字となります。②は各市町村の実際の算定基準に基づく標準的な保険料率ですので、A市の実際の算定方式に基づいて、3方式で、応益：応能を1：1で分けて算出しています。実際の算定基準が4方式の市町村については、ここは4方式で算出することになります。③の県全体の保険料率につきましては、全都道府県を比べられるよう、国が定めた統一方式で県1本で算出した保険料率となります。①と③は数字を公表するようにとされています。

最後に、「7」で退職者分を算出し、足し込んだ金額が、最終的なA市の医療分の納付金額となります。

このほか、国保税としましては、後期高齢者支援金等分と介護納付金分がありますが、この2つは算定手順「3」の医療費水準の反映をしないで算定して、最後に3つを合算した金額がA市全体の納付金額ということになります。

それでは、ここからは激変緩和措置について説明させていただきます。

激変緩和措置は、納付金制度の導入に伴いまして、市町村によっては被保険者の保険税の負担が増える可能性がありますことから、急激な負担増を回避するため、一定期間、設けられることとなっているものでございます。

ここで、資料2-2の1ページに戻っていただいて、「3 主に標準保険料率の算定に必要な係数、方針」の④県繰入金（1号分）を活用した激変緩和措置の調整する範囲のところになりますけれども、激変緩和措置の調整する範囲

につきましては、平成28年度からの自然増率といたしまして、自然増率をどこでとるかにつきましては、A3版の資料を見ていただいて、「5 標準保険料率の算定に必要な保険料総額（e'）の算出」のeのところの、標準保険料率の算定に必要な保険料総額の県合計の平成28年度から31年度にかけての伸び率としております。

また、県国保運営方針において、激変緩和措置の期間を、平成30年度から平成35年度までの6年間を基本としていることを踏まえまして、各市町村に対して、激変緩和所要額の6分の5に相当する額を充当することとしております。

資料2-2の2ページをご覧ください。

今回の激変緩和措置のイメージ図となっております。

イメージ図の0%のところは平成28年度の一人当たり保険税額ということで、その少し上に、点線のラインがあり、左端に3.08%とありますが、この点線のラインが、激変緩和措置の上限ラインとなる一定割合となります。

この図では、AからEまでの5つの市町村のうち、A市とB町が一定割合の3.08%を超えていた場合のイメージとなっております。

一定割合を超えているA市とB町に対しましては、激変緩和措置によりまして、①の一定割合の3.08%のところまで、一人当たり保険税必要額を引き下げますが、今年度の手法としまして、この①のところまで下げるために必要な激変緩和所要額の6分の1分は充当せずに、②のところまでの充当を行うということで、激変緩和期間終了後に保険税負担が急激に上昇しないよう、ソフトランディングを図ることとしています。

なお、C村は28年度より増えてはいますが、点線の一定割合を超えていませんので、激変緩和措置はなし、D村、E市は28年度より減少していますので、そのままとなります。

4ページをお開きください。

今回の仮算定結果の数字の意味合いについて、注意事項を記載してあります。

まず、1ポツ目、現時点で国から示された仮係数、仮の数字を用いて平成31年度の納付金等の仮算定を行ったものであり、今後、確定係数を用いて算定を行うことに伴い、数値が変動すること。まだ、最終の数字ではないということです。

それから2ポツ目、この資料に記載してある保険税必要額は、低所得者に対する国保税の軽減措置や、一般会計繰入等による市町村独自の負担軽減を反映していないため、被保険者の実際の負担額とは異なるということ、以上2点について、御留意いただきたいと思っております。

次に、5ページをお開きください。1の「仮算定の趣旨」のところですが、

平成31年度の納付金等の算定に向けて、現時点で国から示されている仮係数を用いて仮算定を行ったものでございます。このため今後の確定係数を反映する算定では数値が変わるということになります。

次に、2の「仮算定の主な前提」のところですが、

- (1) 平成31年度の公費拡充1,700億円のうち、今回は約1,600億円を全国ベースで反映しているということ。
- (3) 平成28年度決算ベースの一人当たり保険税額と比較をして、激変緩和措置を行っているということ。
- (5) 激変緩和の一定割合は、標準保険料率の算定に必要な保険料総額について、県の総額の自然増率である3.08%とし、各市町村に対して、激変緩和所要額の6分の5に相当する額について、国からの激変緩和の財源などを活用して充当するということ。

これらを前提としております。

それでは6ページを御覧ください。仮算定結果の御説明をしたいと思っております。

先ほど御説明しました算定方針案に沿って行いました仮算定の結果につきまして、県全体の激変緩和前の状況をお示ししています。

まず、アの1ポツ目ですが、平成31年度の保険税必要額は、県平均で年間一人当たり110千円余りで、平成28年度の決算ベースの年間約98千円と比べ、差額が約12千円、単年度換算で3.96%の増となっております。

その下、四角の枠の中ですが、県平均の一人当たり保険税必要額が増加する理由としては、医療費の増加や被保険者の減少等により、県平均の一人当たり保険給付費の増加などが見込まれるため、被保険者数は減少傾向にあるものの、団塊の世代が平成29年度から70歳以上に移行していることを背景に、年齢構成が高くなっていることなどが考えられます。

次に、イを見ていただいて、個別の市町村で見ますと、36市町村が増加、7町村が減少しています。

制度改革に伴い増減が発生する理由としましては、一番下の四角の枠の中のポツの2行目の中ほどになりますが、納付金が医療費水準や所得水準に基づき各市町村に割り当てられるということと、国の普通調整交付金などの公費等をこれまで市町村単位で受け入れていたわけですが、都道府県単位になり、都道府県で一旦受け入れて市町村に配分する形になりますことから、各市町村への入り方が変わるということが挙げられます。

7ページをお開きください。

激変緩和措置の概要をお示ししてあります。太線で囲んだ激変緩和後のところを見ていただいて、先ほどA3版で医療分の算定イメージを御説明しました

が、国保税を構成する後期高齢者支援金等分や介護納付金分もそれぞれ算定を行った上で、標準保険料率の算定に必要な保険料総額について、県の総額のそれぞれの増加率を記載してあります。医療分は単年度換算で2.74%、後期高齢者支援金等分は4.30%、介護納付金分は2.63%となっております。激変緩和はこの3つを合算した上で行うこととなっておりますので、合計で3.08%という、この数字が単年度換算の自然増の割合ということで、一定割合として設定し、下限割合は設定しないということで算定をしております。

その結果、激変緩和のために15億18百万円必要で、激変緩和のための財源としては国からの激変緩和財源である暫定措置の本県分3億46百万円全額、県繰入金10億56百万円などが必要となったところです。

8ページを御覧ください。

激変緩和後についてお示ししています。先ほどの激変緩和前の金額が110千円余りでしたが、激変緩和措置を行って106千円余りまで引き下げるということで、平成28年度と比較して約8千円、単年度換算で2.69%の増となっております。

次に、9ページの市町村ごとの実際の数字を見ていただきますと、表の真ん中辺りの⑤のところ、激変緩和前の単年度換算の伸び率を市町村ごとに高い方から並べたもので、この列を激変緩和した後が、右側の⑨のところ、激変緩和後の単年度換算伸び率となります。

今回の激変緩和では、激変緩和前の伸び率を一定割合のところまで下げするために必要な激変緩和所要額の6分の5に相当する額を充当することから、激変緩和後の伸び率は、市町村によって異なる数値になっています。

10ページの棒グラフを見ていただきますと、薄い色の棒が激変緩和前、濃い色の棒が激変緩和後を表していて、一定割合の3.08%のラインを超えている市町村に対して、3.08%まで引き下げるために必要な激変緩和所要額の6分の5を充当しまして、3.08%を超えていない市町村はそのままということになっております。

11ページをお開きください。仮算定結果を踏まえた今後の取組についてですが、

- (1) この仮算定結果については、平成31年度の当初予算編成や税率改定等の検討材料として活用することになります。県及び市町村では、現在、来年度予算の編成作業を始めておりますので、まずはこの数字を活用することとなります。
- (2) ただ、今後、年末に国から確定係数の通知があり、その数値を使って本算定を行うこととなりますので、最終的な数字はまた変わることが想定されて

います。

12ページは国からの1,700億円の財政支援について、本県への配分額を記載していますので、また御覧いただきたいと思います。

それから、再度申し上げますが、この資料に記載してある保険税必要額は、低所得者に対する国保税の軽減措置や、一般会計繰入等による市町村独自の負担軽減を反映しておりませんので、被保険者の実際の負担額とは異なるということで、御留意いただきたいと思います。平成31年度の納付金等の算定方法案についての説明は以上で終わります。よろしくお願いいたします。

(議長)

どうもありがとうございました。

それでは、平成31年度国民健康保険事業費納付金等の算定方法(案)について、御意見・御質問等がありましたら、お願いいたします。

(委員)

激変緩和をすることで、保険料率の上げ下げが緩やかにソフトランディングするということは分かるんですが、激変緩和のやり方が上がる方にはキャップがついて、下がる方は丸々下がるというような形になっています。この激変緩和については、各都道府県でそれぞれやり方があるのかもしれませんが、他の県がどうなっているかということと、下がる方はメリットがあるような感じがするんですが、激変緩和が6分の5、6分の4と減っていきますと、上がっていく方向に影響が出てくるのかなという気がしまして、去年より下がったところに対しても、この6年間でだんだん影響が出てくるのかなという気がしまして、そのあたりはどうなっているでしょうか。

(事務局)

九州各県の状況で言いますと、熊本県が下限割合を設定しております。

下限割合の設定につきましては、本県といたしましては、昨年度、市町村と協議を行いまして、一人当たり保険税必要額が下がる市町村に対して下限割合は設定しないこととし、本年度も協議を行い、同様の取扱いとしたところです。

下限割合の設定につきましては、保険料率の統一に向けた検討を引き続き行っているところですが、そういった検討の中で、下限設定の設定についても併せて検討していくことで、市町村とは協議を行っているところです。

(委員)

ということは、激変緩和の下限割合について、今後、多少見直しを行うという可能性もあると考えてもよいでしょうか。

(事務局)

来年度以降の検討課題になってくるのではないかと考えてはおります。

(委員)

資料2-2の6ページのところで、県平均の一人当たりの保険税必要額が増加する主な理由として、被保険者数が減少し、保険税を納める方々が減ってくるということで、これからどんどん被保険者数が減少し、保険税を納める方々が減ってくるということになると、これから上がっていく傾向というのは否めないところがあります。これから、5年先、10年先というところまで推計して、激変緩和措置というのはされているのでしょうか。一見、激変緩和で負担の軽減を図るということは良いことではあるんですが、これから人口減といったことが大変心配される中で、5年後、10年後まで見据えて、この激変緩和をしていかないといけないのではないかと思うんですが、そういうところまで考えての今の激変緩和措置であると理解してよろしいでしょうか。

(事務局)

資料2-2の6ページの一番下のところにあるように、これまでは市町村がそれぞれ国保の運営を行っていましたので、公費等も直接市町村に交付されていましたが、制度改革に伴いまして、県で公費等を受け入れまして、市町村の医療費水準や所得水準を基に納付金を配分することになりました。

今回の激変緩和措置は、このように制度が大きく変わったことによりまして激変を緩和するために設けられているもので、新たな制度の導入に伴うものですので、国のガイドラインを踏まえ、市町村とも協議して、6年間実施するというようにしております。

高齢者の増加や被保険者数の減少等に伴う負担増に対しましては、例えば医療費適正化等の取組の充実を図ったり、国への予算拡充の要望などを行っていないといけないと考えております。

(委員)

分かりました。今までの構造的な問題だったりとか、国保制度が持ついろんな課題に対して、今回、県と市町村が共同保険者という形になりますので、激変緩和措置はあくまでも暫定的な措置ですから、これから、例えば保健事業を

充実していく必要性といったことをかなりお願いしていかないと、ソフトランディングと言いながら、全体は上がっていきます。リーフレットでは最後の砦と書かれていまして、そのあたりは危機感を持って、きちんと伝えていってもらいたいと思います。

(委員)

県内に43市町村があつて、現在、43市町村それぞれ保険料率が違いますが、平成31年度の各市町村の被保険者一人当たりの保険料の表はないんですか。

(事務局)

資料2-2の9ページの⑥のところ、ここが激変緩和を行った後のそれぞれの市町村における被保険者一人当たり保険税必要額ということになります。

現時点で、国から示されました仮係数に基づきまして、仮算定という形で算定を行ったものでございまして、低所得者に対する国保税の軽減措置、基金や一般会計繰入等によります市町村独自の負担軽減を反映しておりませんので、被保険者の実際の負担額とは異なるということです。

今後、国から、より精度の高い確定係数が示され、この確定係数に基づきまして本算定を行いまして、市町村は、本算定の結果を参考に実際に賦課する保険料率を決定するということになります。

(委員)

各市町村における保険者努力支援制度の取組状況が、今後、この保険料に加味されていくんですか。

(事務局)

保険者努力支援制度に基づいて、取組の状況に応じて市町村ごとに交付金が交付されることになっておりますが、この保険者努力支援制度に基づく交付金を加味した上で計算したものが、ここでお示ししているものでございます。

(議長)

資料2-2の9ページのところですが、⑥の一人当たりの保険税必要額について、一番下の三島村が125千円、一番高い東串良町が135千円となっておりますが、どうしてこのような結果になるんですか。

(事務局)

資料2-2の参考資料を見ていただきますと、2のところですが、県全体の納付金算定基礎額を、各市町村の被保険者数や世帯数、所得額のシェアに応じて配分いたしますので、所得のシェアの大きい市町村は、納付金額が増加いたします。また、3のところですが、医療費指数を丸々反映させることとなりますので、医療費水準の高い市町村は納付金額が増加いたしまして、この納付金額が大きくなりますと、一人当たりの保険税必要額も大きくなります。

(議長)

平成31年度の算定方法案については、各市町村との事前打合せは済んで、市町村の了解はとれているという理解でよろしいですか。

(事務局)

11月15日に市町村の担当課長をメンバーとする連絡会議を開催いたしましたし、その際に仮算定の結果についても説明を行い、了解をいただいているところでございます。

(委員)

資料2-2の9ページの④のところで、一人当たり保険税必要額の3年間の伸び率が40%近い大崎町とかありますが、通常では考えられないくらいの伸び率だと思んですが、これは人口が少ないところで、高額医療費の方が何人かいらっしやると、こういった傾向というのが出てくるんでしょうか。

(事務局)

一人当たり保険税必要額の算定方法は、基本的には資料2-2の参考資料で説明したような算定方法となりますが、65歳から74歳までの前期高齢者の方々の加入率に応じて交付される前期高齢者交付金制度がありまして、大崎町の場合、平成29年度の前期高齢者交付金の過大交付分について、平成31年度にその返納分を納付金に上乗せして納付する必要があると、伸び率が高くなっております。

(委員)

各市町村に対して、5年後、10年後に医療費がこのくらいになるといった見込みを示さないんですか。9ページに単年度の伸び率と書いてありますが、これは医療費がこんな感じで伸びていくということを示しているんですか。

今後の人口減少と高齢化率、医療費の増加などを勘案しないで、過去の実績

のみを参考に算定したとしますと、全然合わないということになりますよね。

(事務局)

この数字は、激変緩和を行った結果、平成28年度と比較しまして、一人当たりの保険税必要額がこのような伸び率になるといったことを示したもので、委員がおっしゃられるような中長期の一人当たりの医療費の伸び率につきましては、人口減少や高齢化の進展、医療費の伸び等のほかに、医療費適正化の取組の効果などを踏まえて算定することになりまして、今後の検討課題ということになるかと思えます。

(委員)

前期高齢者納付金の仕組みが分からないと、たぶん分からないと思えます。2年前比でいきますので、例えば、現在、平成30年度ですので、平成28年度に65歳から74歳の方で医療費がかかれば、結局、増えるわけですから。この仕組み自体が少し複雑ですが、単年度分の16倍と2年前比の16倍の合算が、前期高齢者納付金で2年後に来るわけですから。ですから、この仕組みを説明しないと分からないと思えます。伸び率だけ見ても、意味は分からないと思えます。

(事務局)

御指摘をいただきました前期高齢者交付金の関係ですが、資料2-2の参考資料の1のところ、納付金算定基礎額となっていますが、その前段階のところ、前期高齢者交付金の分は差し引いて納付金算定基礎額を求めていますので、この資料には記載はされておりませんが、反映はされているということになります。また、個々の市町村についても反映させて、計算はしているところでございます。

(委員)

単純に言うと、65歳から74歳の健康な前期高齢者がいれば、医療給付費の支払いも少ないし、受け取る前期高齢者交付金も少なくて済むということです。

健康な前期高齢者を増やすために、保健事業を実施して、特定健診の受診を進めようということです。

(委員)

この伸び率について単純に医療費の伸び率のようにイメージしておりまして、交付金の影響など算定の中身が分かっていると、この伸び率を理解する

ことは難しいと改めて思いました。

どうしても大崎町など、なぜこんなに伸びているのかなと思ってしまいます。医療費自体がどのくらい伸びているのかという数字が別途あって、この数字が示されれば、分かりやすいと思います。

(事務局)

委員から御質問をいただいた医療費自体がどのくらい伸びているかということですが、今回の推計に当たりまして、医療費のうち、本人負担を除いた保険給付費の推計を行いましたところ、平成28年度から平成31年度にかけまして、保険給付費が1人当たりで年間2.69%伸びるだろうという結果になっております。それを踏まえまして、今回の一人当たり保険税必要額の最終的な伸び率が2.69%ということですので、概ね医療費の伸び率と同じくらいで保険税率も伸びるだろうという結果になっております。

(議長)

今回の平成31年度の国保事業費納付金等の算定方針というのは、骨格部分は1ページということによろしいですか。前年度、我々が事務局から説明を受けて了承した内容を踏襲しているものという理解によろしいですか。

(事務局)

概ね昨年度と同じような考え方となっておりますが、しいてあげれば激変緩和の自然増率の考え方と、激変緩和所要額の6分の5のみを充当しソフトランディングを図るという点が昨年度との変更点でございます。

(議長)

分かりました。

それでは、他に御意見等がないようでしたら、議事3につきまして、当協議会としての採決を行いたいと思います。

知事からの諮問に答えて、「平成31年度国民健康保険事業費納付金等の算定方法（案）」につきまして、案のとおりで答申してよろしいでしょうか。

【異議なし】

(議長)

全員、御賛成ということで採決をしたということにいたします。

それでは、当協議会としては、議事3につきましては、(案)のとおりでよいとする旨の答申を行うことにしたいと思えます。

知事への答申文について、事務局が配付したとおりとして、皆さんよろしいでしょうか。

【異議なし】

(議長)

それでは、答申文につきましては、このとおりといたします。御審議ありがとうございました。

(議長)

続きまして、議事4の「鹿児島県国民健康保険運営方針の評価・検証について」に入りたいと思えます。まず、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

国保運営方針に定められている取組の進捗管理方法等について、資料3によりまして御説明いたします。

1ページをお開きください。

「1 目的」の1段落目のところですが、先ほども説明したとおり、平成30年度から、県は財政運営の責任主体としての役割を担う一方、市町村は、地域住民と身近な関係の中、資格管理や保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等の地域におけるきめ細かい事業を引き続き行うこととされまして、2段落目のところになりますが、県と県内各市町村が一体となって、これらの保険者事務を共通認識の下で実施するとともに、各市町村が事業の広域化や効率化を推進できるよう、国保運営方針を作成することとされ、本県におきましては、本運営協議会でも御審議いただき、昨年11月に県国保運営方針を作成したところでございます。

次に、「4 対象期間」ですが、県国保運営方針の期間は、平成30年度から平成32年度までの3年間としております。

次に、「5 PDCAサイクルの実施」のところの1ポツ目ですが、「運営方針に基づき国民健康保険事業を実施するに当たっては、県が担う財政運営や、市町村が担う事業の広域的・効率的な運営に向けた取組を継続的に改善するため、その取組状況をPDCAサイクルの下で定期的に把握・分析し、評価を行うことで検証する必要がある。」としており、一つおいて、3ポツ目ですが、「県

は、安定的な財政運営の確保のため、運営方針に基づき市町村が実施する事業・取組の実施状況等について、実地調査等を活用しながら確認し技術的助言を行うとともに、実施事業等の継続的な改善に向け定期的に評価・検証を行い、必要に応じて運営方針の見直しを行う。」としているところでございます。

このように、県では、国保運営方針に基づく取組状況を、PDCAサイクルにより、定期的に把握・分析していくこととしておりますが、国保運営方針には、具体的な評価・検証方法を明記していないため、評価・検証の方法や時期等を整理しておく必要があり、本日は、これまでの市町村との協議を踏まえて整理を行いました案について、御協議いただくものでございます。

それでは、同じページのその下、「評価・検証の考え方」を御覧ください。

初めに、①のところですが、目標を、「安定的な財政運営」、「医療費適正化(国保保健事業等の取組推進)(保険給付の適正な実施)」、「保険料(税)の適正な徴収」、「事務の効率化・広域化」として、これらの分野ごとに評価を行うこととしております。

ここで、資料2ページを御覧ください。このページは、評価・検証のための指標(案)をお示ししたのですが、上段左端の「アウトカム評価」と書かれたところの右側に、順番に「国保保健事業等の取組推進」、「保険給付の適正な実施」、「保険料(税)の適正な徴収」、「事務の効率化・広域化」とあり、これらを包括する形で「医療費適正化」、「安定的な財政運営」といたしまして、これらの分野ごとに評価指標を設けているところでございます。

それでは、1ページに戻っていただいて、②のところですが、評価指標には、「成果(目標達成)」、「実施(施策達成)」、「過程・構造・体制」の状況に関する事項を盛り込むこととしております。

再度、2ページを御覧いただきますと、一番左側に、下の方から「プロセス・ストラクチャー評価」、「アウトプット評価」、「アウトカム評価」とありますが、これは、下の方から説明しますと、ストラクチャー(構造)評価は、どのような体制を構築し、プロセス(過程)評価は、どのようなプロセス(過程)を経て、アウトプット(事業実施量)評価は、どれだけの事業をやり、アウトカム(結果)評価は、その結果、どのような効果があったか、といった点から評価を行うもので、それぞれの段階で評価指標を設けているものでございます。

それでは、改めて1ページに戻っていただいて、③のところですが、他県と比較して取組強化が必要となる部分や課題抽出につながる評価、保険者努力支援制度の達成基準等との整合性も考慮した評価指標を盛り込むこととしております。御承知のとおり、保険者努力支援制度は、国において、各指標ごとに達成基準等を設定しまして、基準等を達成した場合に交付金が交付される制度で

ございます。今回の評価指標の設定におきましては、基本的に、国保運営方針において取り組むこととしている事項につきまして、取組状況の進捗を管理する観点から、評価指標を設定しておりますが、保険者努力支援制度の達成基準等との整合性を考慮いたしまして、設定させていただいているものもございます。特に、保険者努力支援制度を考慮した数値目標に関しましては、保険者努力支援制度において、交付金をもらうための基準となる数値が示されていますので、これらを参考にして設定することによりまして、保険者努力支援制度に基づく交付金の獲得の面からも、進捗の管理を行うこととしております。

次に、④のところですが、PDCAサイクルを意識して、評価結果を次の計画や取組に生かせるよう、事項別に短期、中期・長期の目標を定め、経年的に評価することとしております。

それでは、ここからは、それぞれの評価指標について、説明させていただきます。2ページを御覧ください。

まず、左側、「国保保健事業等の取組推進」のところの一番下、「プロセス・ストラクチャー評価」の、

①個人へのインセンティブの提供市町村数は、市町村において、国保の被保険者の健康づくりの取組や成果に対しポイント等を付与し、そのポイント数に応じて報奨を設けるなど、地域の商店街などと連携して、加入者による取組を促進する事業を実施しているかどうかを評価指標とするもの、

②部内横断的な議論の場に国保部局が参画した市町村数は、地域包括ケアの構築に向けた保健・医療・福祉・介護・住まいなど部局横断的な議論の場への国保部局の参画（庁内での連携）の状況を評価指標とするもの、

③医療機関等と連携した市町村数は、特定健診・特定保健指導の実施率向上や重症化予防の取組強化について医療機関等との連携を図っているかどうかを評価するもの、

④薬剤師と連携体制を構築した市町村数は、薬剤師の方々には、被保険者からの薬の飲み方等の相談への対応や、飲み残し等の防止に係る支援のほか、重複服薬者等への訪問指導、相談会の実施などの取組が期待されており、市町村の連携体制の構築状況を評価するもの、

次に、「アウトプット評価」のところの、

①特定健診実施率と②特定保健指導実施率は、それぞれ、県内市町村の平均の実施率を評価指標とするもの、

③糖尿病重症化予防プログラムに沿った取組市町村数は、糖尿病の重症化予防については、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者、治療中断者を治療に結びつけるとともに、糖尿病で治療中の患者で、重症化するリ

スクの高い方に対し保健指導を行い、重症化を予防するため、県、県医師会、県糖尿病対策推進会議の3者で「糖尿病重症化予防プログラム」を策定しており、このプログラムに取り組んでいる市町村数を評価指標とするもの、

④重複・頻回受診指導を実施した市町村数は、重複・頻回受診者に対する指導を実施している市町村数を評価指標とするもの、

⑤重複・多剤服薬指導を実施した市町村数は、重複・多剤服薬者に対する指導を実施している市町村数を評価指標とするもの、

次に、「アウトカム評価」のところですが、以上のような取組（評価指標の達成）を通じて、

①メタボ該当者・予備群の減少率は、目標として掲げた平成20年度実績からの減少率を達成していこうというもの、

②糖尿病性腎症による新規透析導入者数（被保険者10万人対）は、目標として掲げた導入者数を達成していこうというもの、

③後発医薬品の使用割合は、これを評価指標として、目標として掲げた割合を達成していこうというものです。

次に、「保険給付の適正な実施」のところの一番下、「プロセス・ストラクチャー評価」の、

①介護給付適正化システムの突合情報を活用したレセプト点検は、市町村において、介護給付適正化システムから提供される医療保険と介護保険の突合情報を活用し、効率的な点検の実施を徹底するとともに、医療給付と介護給付との給付調整を適切に行っているかを評価するもの、

②指定障害者支援施設の入所者に係るレセプト点検は、市町村において、「指定障害者支援施設入所者（国保該当者）一覧表」を作成の上、指定障害者支援施設の入所者に係るレセプト点検を適切に実施しているかを評価するもの、

③柔道整復療養費に係る患者調査の実施状況は、柔道整復療養費に係る患者調査については、例えば、3部位以上の負傷の施術、3か月を超える長期継続の施術、施術回数が1月当たり10～15回以上が継続する場合に、文書照会や聞き取り等を行い、施術の状況等を確認し、支給の適正化に努めるもので、市町村の実施状況を評価指標とするもの、

④第三者行為に係る保健所以外の機関からの情報提供の体制構築は、市町村において、保健所からの食中毒や他人所有の犬の咬傷に関する被害者情報のほかに、消防機関などと連携し、救急搬送記録の提供を受けるなどして、第三者行為の発見に努めているかを評価指標とするもの、

⑤傷病届の様式や療養費等の各種様式のHPへの掲載は、各市町村のホーム

ページに第三者行為求償事務のページを設け、傷病届の提出義務について記載するとともに、傷病届や各種様式を掲載しダウンロードできるようにしているかを評価するもの、

⑥損保会社からの傷病届の代行率、⑦損保会社からの傷病届の提出日数は、第三者行為求償事務に係る取組を強化する観点から、国がそれぞれ示した目標値を達成できているかを評価するもの、

次に、その上「アウトプット評価」のところの、

①「レセプト点検被保険者1人当たり財政効果額」は、市町村のレセプト点検により、例えば、他市町村への転出後の受診であることや請求点数誤りなどが判明し、市町村の負担軽減につながった金額のことであり、県内市町村の1人当たり平均効果額を評価指標とするもの、

次に、その右側の列の「保険料(税)の適正な徴収」のところの一番下、「プロセス・ストラクチャー評価」の、

①短期証交付の体制構築、②資格証明書交付の体制構築は、保険者努力支援制度において、「短期証を交付する際に、納付相談等の機会を設ける方針を定めているか」、「資格証明書については、保険料を納付できない特別な事情の有無を十分確認した上で交付するよう方針を定めているか」といった評価指標があり、これを基に設定したもの、

③財産調査の体制構築、④搜索の体制構築、⑤差押えの体制構築についても、同様に、保険者努力支援制度において、「1年以上の長期滞納者については、必ず財産調査を行う方針を定めているか」、「滞納者が再三の督促等にもかかわらず納付に応じない場合は、実情を踏まえた上で差押等の滞納処分を行う方針としているか」といった評価指標があり、これらを基に設定したもの、

⑥インターネット公売実施の体制構築については、インターネットを通じて広く全国へ情報を提供することにより、多数の入札者が参加して、より高い金額での落札が期待でき、収納率向上につながると思われることから、評価指標としているもの、

次に、「アウトプット評価」のところの、

①収納率(現年度分)目標達成市町村数、②収納率(滞納繰越分)目標達成市町村数は、県国保運営方針において、それぞれ目標値を定めているので、その目標値の達成を評価指標としたもの、

③口座振替加入率は、本県の口座振替による収納率は自主納付による収納率より高くなっていますが、口座振替加入率は全国平均を下回っており、収納率向上を図るため口座振替加入率を評価指標としたもの、

そして、一番上の「アウトカム評価」のところの、

①収納率(現年度分)、②収納率(滞納繰越分)は、保険者努力支援制度における達成基準等を踏まえて設定したものでございます。

最後に、一番右側の列ですが、「アウトプット評価」のところの、

①算定方式の統一(3方式の市町村数)は、保険料(税)の算定方式は、均等割・平等割・所得割の3方式か、これらに資産割を加えた4方式となっておりますが、国保運営方針においては、平成30年度以降、3方式への移行を開始し、必要に応じて保険料(税)に占める資産割の割合を段階的に縮小していくなど経過措置を設けつつ、平成35年度を目標に全市町村が3方式に統一することとしておりますので、これを評価指標としており、

②葬祭費の支給額の統一は、県内の市町村間で葬祭費の支給額に最大3倍の差がありましたが、国保運営方針において、葬祭費の支給額を県内で統一することとし、金額は1人2万円とするとしており、これを評価指標としています。

以上で、評価指標についての説明を終わります。

続いて、3ページを御覧ください。国保運営方針の評価・検証に関連いたしまして、市町村における各分野の取組を進めるため、今年度における、これまでの県の取組状況を整理したものですので、後もって御覧ください。

それでは、6ページを御覧ください。

評価・検証の時期等についてですが、中段の基準年度につきましては、現在の国保運営方針の最終年度である平成32年度の数値により、データが確定するまでタイムラグがありますので、平成34年度に評価・検証を行うこととしています。

次に、その下のところですが、平成31年度から33年度においても、毎年度、国保運営協議会において中間報告を行うとともに、その結果に対する取組方針等についても報告を行うこととしています。

以上で、国保運営方針の検証・評価についての説明を終わります。よろしくお願いいたします。

(議長)

どうもありがとうございました。それでは、各委員の方々から御質問・御意見がありましたら、よろしくお願いいたします。

(委員)

資料の2ページの特定健診と特定保健指導の実施率について、平成28年度の実績が示されていまして、平成35年度までに60%を目指すという目標なんです

が、60%と言いますとかなりハードルが高いと思うんですけれども、平成29年度の実績が出ていると思いますが、進捗はどうなっていますか。

(事務局)

平成29年度の資料が手元にありませんので、正確なことは言えませんが、平成28年度までは、若干ずつではございますが、実施率は伸びてきているところ です。

目標値の設定につきましては、国の第3期特定健康診査等実施計画や県の第3期医療費適正化計画で60%という目標値を定めていますので、この目標の達成に向けまして、今年度から県におきまして、働き盛りの方々の特定健診の実施率が低いことから、この世代にターゲットを絞った事業に着手しているところ でございます。こういった取組を通じまして、特定健診、特定保健指導の実施率の向上に取り組んでまいりたいと考えております。

(委員)

私は、鹿屋市の国民健康保険運営協議会に出席させていただいているんですが、通常のパターンではなかなか実施率が伸びないので、早朝健診とか、夜間健診、あるいは休日健診を行っているということで、努力されていたんですが、他の市町村ではどのような感じで実施しているんですか。

(事務局)

他の市町村においても、早朝のスピード健診や夜間健診を実施したり、集落の区長さんが声かけを行ったり、役場の職員の皆さんが分担して受診の呼びかけを行ったりと、いろんな取組を行っているところです。

(委員)

2点ほどありますが、1点目は、資料の2ページの国保保健事業等の取組推進のところで、アウトプット評価の①～③に関しては、現在、どこの市町村も苦勞しながら取り組んでいますので、是非、効果が出ている市町村の取組事例を、毎年この協議会で紹介していただいて、全体的にどんな状況かを教えていただきたいということ。

2点目は、④の重複・頻回受診指導、⑤の重複・多剤服薬指導に関しましては、国保において、以前からかなり課題があるということで、市町村が取り組まれています。例えば、人員体制や技術的な部分での問題があって、県が共同保険者になったということでは、規模の小さな市町村ではなかなか体制がと

れないということがありますので、広域的にグループ化するなどして、特に離島について、徳之島町などでは、介護保険の問題では一緒にいろんな取組を行っていますが、国保においてもこうした取組が可能なのかどうか、取り組む市町村数を増やすことを目標とするのであれば、以前から課題になっていたところがどうしてできないのかを明らかにして、できる方法を考えて、そこを県として支援していかないと変わらないんじゃないかなと思います。

(事務局)

1点目のこの協議会での市町村のモデル事例の紹介につきましては、市町村に対しましては、実施率の高い市町村の取組を紹介させていただいておりますが、今回、御意見をいただきましたので、検討させていただきたいと思います。

2点目の重複・多剤服薬指導につきましては、今年度からヘルスアップ支援事業におきまして、薬剤師会の協力を得まして、地域ごとに研修会を実施させていただきまして、その中で薬剤師会の薬剤師の方々も巻き込みながら、地域ごとに何ができるかを検討することとしております。

ただ、そうは言っても、実施箇所が少ないので、今後、どうなるかといったところは、部会等で検討しながら進めていきたいと考えております。

(委員)

本日は、薬剤師会の委員の方も御出席されておられますので、確認させていただきます。在宅医療の関係ではかなり薬剤師会は動いておられますが、薬剤師との連携体制を構築した市町村が4市町村ということで、国保との連携についてはこれからということになるのでしょうか。

(委員)

重複・多剤服薬指導につきましては、昨年ですか、子どもに向精神薬を飲ませて亡くなった事件がありましたが、こういった時に、そうした情報が私どものところに事前に入ってくると、もっと早く動けるのかなということは常々思っているところですが、これまでは、市町村国保にこういった方がいらっしゃるんじゃないですかといった問合せを行っても、きちんとした回答が返ってこないところでは。

県がひとまとめにして情報を保有して、そういった情報を提供してもらえれば、我々も動けることがたくさんあると思います。医療費の問題以上に、人命に関わるところに関係してきますので、私どもも前向きに動いていきたいと思っています。

(委員)

歯科の方でも歯ッピースペシャル検診をさせていただいておりますが、医療費抑制や重症化予防につながり、受診率も若干は伸びてきております。

歯科に関しては検診が少ないので、御高齢の方について複数年度継続していただければ、必ずや医療費抑制や重症化予防ということになっていくと思います。会議等でこれまでも申し上げていますが、実現していないところでして、どのような状況になっていますか。

(事務局)

歯科口腔検診は、市町村が概ね40歳、市町村によっては5歳刻み、10歳刻みで実施しておりまして、その実施率というのも保険者努力支援制度の評価指標になっています。ですから、県としましてもしっかりと実施率を上げるということで、歯科検診については進めておりますし、併せて、糖尿病の重症化予防に関しては、歯科との連携の必要性も言われておりまして、国保ヘルスアップ支援事業の糖尿病重症化予防対策事業を医師会にお願いしておりますが、その研修の中で、医科歯科連携の部分、歯科の重要性というところも盛り込むということで、県糖尿病対策推進会議でもお願いしてきたところですので、今後、連携をとりながら、市町村に情報提供するなど進めていきたいと考えております。

(委員)

私どもの団体で、特定健診の実施率アップのために啓発活動を行っているんですが、保健センターの依頼もあって、結核検診や乳がん検診、子宮がん検診などのチラシを配ったりしているんですが、保健センターから、働き盛りの方の受診が少ないということで、是非、その啓発をしたいということで、先日、県からも職員が来て話し合いがありました。やはり、日曜日とか夜間とかということで、早速夜間に健診を行っているようで、その結果は聞いていませんが、どれだけ実施率が伸びるのかなと思うんですが、私どもが回って話を聞いているところでも、40代、50代の方々はあまり関心がないんですね。勤めている方は会社で健診があると思うんですが、商売をされている方など国保の加入者の方々については強制的に受診させるというのがないので、問題なのかなと思っています。健診に来られるのは高齢者ばかりで、車椅子で来られる方、杖をつけて来られる方も来られる。先日も、受診率を上げるためには、こういう人達ももちろんだが、働き盛りの方々をターゲットにした方がいいですよとい

た話をしたんですが、なかなか関心を持ってもらえない状況です。

(事務局)

健診につきましては、長寿健診と特定健診を一緒に行いますので、色々な年齢の方が来ていらっしゃると思うんですが、委員のおっしゃられるとおり、働き盛り世代への対応が必要だということで、今年度、県においてモデル的に1地区選ばせていただいて取組を実施しております。やはり、商工会ですとか、働き盛りの方々が働いている産業分野と連携していかないと難しいということで、そちらへの働きかけや、対象となる方々が関心を持つような広報の仕方について検討しているところです。すぐに成果が出るとは思いませんが、取組を積み上げながら県内に広めていきたいと考えております。

(委員)

資料2ページのアウトカム評価のところに、糖尿病性腎症による新規透析導入者数というのがありまして、中期・短期のところで、この糖尿病重症化予防プログラムに沿った取組市町村数というのがあるのですが、市町村の取組状況で、データの的に、健診の受診結果(内容)を毎年この協議会の場に出していただくと、CKD対策が推進され、成果が上がってきている市町村もありますので、頑張っていることが分かるようなものを中間的な段階でも出してほしいと思っていますので、検討していただくようお願いします。

(事務局)

ただいまの御意見につきましては、保険者努力支援制度においても、受診者の健診結果を確認いたしまして、健診の実施前後で評価しているかといった評価項目が設けられております。そういった取組を行っている市町村の中で特に頑張っているような市町村について、県の会議等で紹介していきたいと思ます。

(委員)

⑤の重複・多剤服薬指導に関連して、60日分とか90日分とか処方される方がおられますが、薬の飲み残しが結構ありますので、残薬チェックを評価項目の中に加えたらどうですか。

(事務局)

重複・多剤服薬指導の具体的な実施方法を検討する中で、残薬チェックにつ

きましてもどのように行うかを検討しているところでございまして、保健指導の中でどのように声かけを行いチェックしていけばよいか、研修に取り入れたいと考えておりましたので、参考にさせていただきたいと思います。ありがとうございます。

(議長)

残薬チェックについては取り組まれるんですか。取り組まれないんですか。

(事務局)

残薬チェックにつきましては、重複・多剤服薬指導の指導項目の中に含まれていますので、残薬チェックの具体的なやり方について研修の中に取り入れていきたいと考えております。

(議長)

残薬チェックについては、⑤重複・多剤服薬指導の中に含まれているという理解ですね。分かりました。

(委員)

2ページの保険給付の適正な実施のところが、アウトカム評価がないので、何か設けた方がよいのかなと思ったんですが。また、保険給付のチェックは、機械的なチェックというのが一番効率がいいのかなと思いますので、AIを活用した保険給付の実施予定についてどのように考えておられますか。

(事務局)

1番目の御質問の保険給付の適正な実施についてアウトカム評価がないということにつきましては、現時点では、プロセス・ストラクチャー評価に記載の一部の取組を通じまして、アウトプット評価のレセプト点検被保険者1人当たりの財政効果額を評価していきたいと考えております。

また、AIにつきましては、今回の評価指標は県国保運営方針に基づきます各取組の進捗について、どのように評価していくかを整理したものでございますので、国保運営方針の中にAIの活用につきまして盛り込んだ場合は、それをどう評価していくかということになるかと思っております。今後、検討させていただきたいと思っております。

なお、レセプトの一次審査機関である国保連合会において、コンピュータを活用したレセプト点検を行い、点検作業の効率化を図っているところです。

(委員)

私の個人的な意見ですが、長い目で見ますと、限られた財源ということで、高額な医薬品の使用を制限したり、手術は認めないといったことも必要になるのではないかと、厳しいことを考えているんですが、保険給付の適正な実施の部分が弱いのかなと思いましたので、限られた財源を有効活用できるよう、色々な取組を考えていただければと思います。

既にできることがあげられておりますので、もっと上のことを考えていただければと思います。

(事務局)

例えば、③の柔道整復療養費に係る患者調査ですが、柔道整復療養費についてもかなり規模が大きくなってきている中で、患者調査についてはまだ取り組んでいる市町村が13市町村に留まっていますので、まずはこういったところの底上げをしまして、委員がおっしゃられるような事項について、次の国保運営方針に盛り込んでいくかどうかを検討していきたいと考えております。

(議長)

レセプト点検については、限界にきているということはありませんか。まだまだやれるということなんでしょうか。

また、短期証交付や資格証明書交付の体制構築とありますが、交付をしていないということではないですよ。交付を抑制するということですか。

(事務局)

レセプト点検につきましては、県平均の1人当たりの財政効果額は、全国平均を上回っておりますが、市町村によって取り組んでいるところと、取組の薄いところがありますので、全体的な底上げを図っていくということでは、まだまだ取組の効果があると考えており、市町村がレセプト点検を行うに当たって、専門的な知識が必要になってきますので、研修会や地区別の勉強会を開催しているところです。

また、短期証や資格証明書につきましては、例えば、短期証を交付する場合に、納付相談の機会を設けて、納付の促進につなげたり、福祉施策の紹介などを行うといったことを規定した方針を定めているかといった点を評価するものです。

(議長)

算定方式の統一について、3方式の市町村が12市町村しかないのに、平成35年度には43市町村全て3方式に統一するとなっていますが、各市町村の事前合意はできていますか。

(事務局)

各市町村の了解を得た上で、国保運営方針において、平成35年度を目標として、全市町村が3方式に統一することとしております。

なお、4方式から3方式への移行によって資産割がなくなるわけですが、事前に行いました市町村へのアンケート調査の結果でも、将来的には資産割を廃止したいとの回答が多かったところでございます。

(議長)

資料1ページに「PDCAサイクルを意識して」とありますので、PDCAサイクルは採用していないということですね。

PDCAサイクルのPの部分は2ページですか、3ページから5ページの部分ですか。Dの部分は3ページから5ページの内容のところになりますか。

(事務局)

3ページから5ページについては、現在、実施している取組などについて、参考までに整理したものでございます。

(議長)

6ページですが、チェックについては、最終的には3年後に行うということなんでしょうが、毎年、この協議会で報告がなされるという理解でよろしいですか。

(事務局)

中間報告時点において、どの程度の新しいデータが出ているかはっきりしません。現時点においては、毎年度、進捗状況について報告させていただきたいと考えております。

(議長)

他に御意見・御質問等がありましたら、お願いします。

【意見なし】

(議長)

他になければ、議事4につきましては各委員から様々な意見が出ましたので、文案自体を変更する必要はないと思いますが、出された意見を参考にさせていただいて、今後も進めていただきたいと思います。

最後に、議事5の「その他」ですが、何かありましたらお願いいたします。

(委員)

先ほどの話に戻りますが、激変緩和の部分で、これが6年間で解消されていくと、個人の保険料率にも最終的には影響が出てくる可能性があるのかなと思うのですが、鹿児島県の場合、各市町村単位の収支の状況を見ますと、どうしても人口が減っていく、なおかつ、人口の少ないところが大きく影響を受けてしまうというふうに思ったんですが、激変緩和という部分で、セーフティネット的に、例えば二次医療圏ごとにキャップをしたりとか、激変緩和を行ったりといった方法はとれないのかということと、もう1点は、1か月程前に財政制度等審議会で、国保の赤字部分に税金を投入することに関して財務省から意見が出ましたけれども、これに伴いまして、今後の方向性が変わる可能性があるのか、この2点を教えていただければと思います。

(事務局)

例えば、高額な医療費が発生した時のリスク分散といったことではないかと思いますが、資料2-2の1ページの1の②のところの「高額医療費の発生するリスクを県又は二次医療圏ごとで共同で負担するか」については、現時点では調整は行わないこととしていますが、今後、保険料(税)水準の統一に向けた検討を行う中で、こういった点についても検討していく必要があるのかなと考えております。

また、2点目につきましては、財政制度等審議会での財務省の意見を受けての検討というのは行っておりませんが、国保運営方針においては、市町村の国保特別会計において、原則として必要な支出を保険料(税)や国庫支出金などで賄うことにより、収支が均衡していることが重要であり、決算補填等目的のための一般会計からの法定外繰入等については、計画的・段階的に解消することとしております。

(議長)

最後に、事務局から何かありますか。

(事務局)

今回の開催につきましては、改めまして日程調整をさせていただきまして、開催の御案内をさせていただきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

(議長)

それでは、以上をもちまして、平成30年度第1回鹿児島県国民健康保険運営協議会の議事を終了いたします。

委員の皆様方の熱心な御審議と、円滑な議事進行への御協力に対して、感謝を申し上げます。どうもありがとうございました。

(事務局)

采女会長、どうもありがとうございました。

また、委員の皆様方には、お忙しい中、熱心に御審議をいただきまして、誠にありがとうございました。

本日の答申を踏まえまして、今後、納付金等の算定を行ってまいりたいと思っております。

また、鹿児島県国民健康保険運営方針の評価・検証につきましても、皆様方の御意見を参考に進めさせていただきたいと思っております。

本日はどうもありがとうございました。

(閉会 午後7時15分)

鹿児島県国民健康保険運営協議会運営規程第6条第1項の規定に基づき、この議事録を作成し、同条第2項の規定に基づき、議事録署名者が署名する。

平成30年 月 日

議事録署名者