

令和元年度第1回鹿児島県国民健康保険運営協議会議事録

1 日 時

令和元年11月25日（月）午後5時から午後6時30分まで

2 場 所

県庁行政庁舎6階 大会議室

3 出席者

(1) 委員

委員11名のうち9名の委員の出席があった。また代表区分ごとに1名以上の出席があり、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た。

被保険者代表 : 大迫茂子委員, 下野宣子委員

保険医又は保険薬剤師代表 : 上野泰弘委員, 西孝一委員

公益代表 : 采女博文委員（会長）, 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9名）

(2) 事務局

中山くらし保健福祉部長, 井上国民健康保険課長, 板東課長補佐兼高齢者医療係長, 川崎技術補佐, 伊原主幹兼国保財政係長及び中村国保指導係長

4 傍聴者

4名

5 議 事

- (1) 令和2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
- (2) 鹿児島県国民健康保険運営方針の評価・検証に関する中間報告について

6 審議の概要

- (1) 会議は鹿児島県国民健康保険運営協議会運営規程第4条の規定により公開とされた。
- (2) 同規程第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) 令和2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「令和2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）

○ 保険者努力支援制度の見直しによる各市町村への影響や、金額の割り振りについて示してほしい。

(4) 鹿児島県国民健康保険運営方針の評価・検証に関する中間報告について

昨年度定めた評価指標（県分）に係る平成30年度の取組状況等に対して意見が出され、今後の取組の参考とすることとした。

（主な意見）

○ 特定健康診査の実施率向上に関して

- ・ 法律による対策も検討されるべきではないか。
- ・ 市町村のうち地区ごとのデータの把握や分析がうまくいっている例や、地域の人材をうまく活用しているような例を紹介してはどうか。

○ 保険税の収納率向上に関して

- ・ 各市町村の取組を一覧表にするなど整理して示してはどうか。

○ 多重受診・多重服薬対策に関して

- ・ 情報提供、職種間の連携及び相談の仕組み作りを検討していただきたい。

7 挨拶（会長）

お久しぶりです。5時開会という変則的な時間帯にお集まりいただき、ありがとうございます。皆さんが集まれる時間ということで、従来からこの時間になっております。円滑な進行に努めたいと思います。

公益を代表する委員の中で最年長ということで、会長の御指名を頂いているところでございます。

国保制度が発足して半世紀、もう60年近くになります。ちょうど高度成長期が始まった頃に制度が発足しています。その頃私は小学生時代で、当時の医療というのを思い出すと、高熱を発すると医者連れてきて、診療が終わったら家まで送る、というような仕組みでございました。医療水準といいましても、高熱を発している場合ですと、聴診器を当てて注射を打って、薬を出す、そういうものだったと思います。また、農村地帯も高度成長期が始まったばかりで、人口も多くて、国保を支える人口も厚かったと思います。昨今は医療も相当高度化しております。虫歯を治療する場合であっても、レントゲンを撮って病状を確かめて、やっと治療に入る、という具合です。またそういう医療制度の充実を受けて、いわゆる長寿社会になっております。

一方で、財政基盤は極端に弱くなっている点、事務局から説明いただいている

ところでございます。現在の国保の加入者の主体というのは、農業などをされる方ももちろんいらっしゃるのですが、会社や官公庁などを退職された方々、それから非正規職員で社保の要件を満たせない、そういった方々が国保を担っておられる状況でございます。

以前は市町村ごとに保険料もバラバラで、異動するたびに保険料が変わるので不信感を抱くというようなことになっていました。平成30年の大改革で、国保の運営主体が都道府県に移りました。我々はこの協議会のメンバーとして当初から参加しておりまして、それぞれ責任の重さを感じるところでございます。現在のところは、いろいろな課題はあるのですが、順調に改革が進んでいるように思えます。

今日は、令和に入って最初の会議になります。県の方から令和2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の説明があり、御審議いただくことになっております。また、国保運営方針の評価・検証に関する中間報告も行われることになっております。

委員の皆様方には、幅広い観点から御意見を頂きますようお願いし、挨拶とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

8 議事録

(事務局)

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ので、この後の議事進行は采女会長にお願いしたいと思っております。

それではよろしくお願いいたします。

(議長)

それでは、有意義な議論と、円滑な協議会運営が図られるよう委員の皆様方の御協力をお願いしたいと思います。

昨年の会議で運営規程が定められておりますので、この規程により進めたいと思っております。第4条の規定により本日の会議については公開とします。

なお、本日は4名の方から傍聴の申出がございました。それでは、傍聴者の方に資料を御配布いただけますでしょうか。

(傍聴者に資料配付)

(議長)

続きまして、議事録への署名についてですが、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いては会長が指名することとなっております。本日の会議の議事録の署名は小林委員にお願いしたいと思いますが、小林委員よろしいでしょうか。

(委員)

お引受けします。

(議長)

それではよろしくお願いいたします。

それでは、これより議事1の「令和2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」に入りたいと思います。

知事からの諮問につきまして、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

私からは、議事1の令和2年度国民健康保険事業費納付金等の算定方法の案について、資料1により御説明させていただきます。委員の皆様のお手元には、「令和2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」と題しました鹿児島県知事からの諮問書の写しをお配りしております。本日はこの諮問書に基づきまして答申を頂きたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、納付金の算定方法について説明をさせていただきますので、資料1の1ページをお開きください。令和2年度の本県の納付金、標準保険料率の算定方法につきまして一覧にしてありますが、基本的には昨年度と同様の方法となっております。また、この算定方法は国保運営方針に基づく算定方法となっております。

左側の表題部分の1、基礎的な算定方法のところの①、「県又は二次医療圏ごとで統一の保険料水準とするか」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いたしますと、医療費水準には地域格差がございます。現時点で保険料水準を統一すると、被保険者の負担の急変を招くおそれがございますので、統一に向けて引き続き検討はするものの、今回の算定方針では統一の保険料水準とはしないとしております。

続きまして、表題部分の2、主に納付金の算定に必要な係数・方針についてです。

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どの程度納付金に反映するかを調整する係数であり、「医療費指数反映係数」といいます。今回の算定方針では $\alpha = 1$ としており、医療費水準を納付金額に全て反映

をさせております。

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す。今回の算定方針では β ＝本県の所得係数としております。また α 、 β の調整による激変緩和措置は行わない、ということにしております。

続きまして、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おり、令和元年度の限度額は、医療分が3万円引き上げられましたので、今回の算定方針では限度額は96万円となっております。

④の保険者努力支援制度は、県分は納付金総額から差し引くとしております。

⑤の納付金の配分は、世帯数を勘案して資産税総額は勘案しない3方式としております。

次に表題部分の3、「主に標準保険料率の算定に必要な係数・方針」についてです。①の「標準的な収納率」は、各市町村の直近3年の平均を使っております。②の「標準的な算定方法」は3方式としております。③の「所得割指数、資産割指数、均等割指数、平等割指数」では、所得割指数は1.0、資産割指数は0、それから、均等割指数が0.7、平等割指数は0.3としております。主なものとしましては以上となります。

次に、2ページを御覧ください。保険料の賦課、徴収の仕組みでございますが、県と市町村それと被保険者である住民の間におけるお金の流れを示しておりますので、後ほど御覧になっていただければと思います。

3ページをお開きください。国保保険料の賦課徴収の基本的な仕組みです。県が1年間の医療費として見込んだ医療給付費等から、国や県の公費等を除いた部分が保険料収納必要額となり、納付金算定の基礎額となります。

この保険料収納必要額をベースとしまして、県は国からのガイドラインを踏まえ、一定ルールの下で、各市町村が納める納付金を割り当てます。県は各市町村がその納付金を納めるために必要な保険料を、市町村ごとに統一的に算出しておりますが、それが②の標準保険料率となります。

市町村は県が算出した標準保険料率を参考にして、それぞれの方法で保険料率を算定・決定いたしますが、それが③となります。各世帯にはこの③が賦課徴収されるということになります。

4ページを御覧ください。平成30年度から毎年、1700億円の公費拡充が続いておりますが、令和2年度の拡充内容を記載してございます。平成31年度との変更点は見え消しをしておりますが、普通調整交付金が50億円の増額、暫定措置分が50億円の減額となっております。

5ページをお開きください。令和2年度の保険者努力支援制度の指標となります。この制度は指標ごとに評価基準が設定されており、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。市町村や県に対するインセンティブとなっており、取組強化を後押しする制度となっております。

6ページから7ページにかけましては、激変緩和措置のイメージ図となっております。6ページでは、激変緩和措置を6年間で段階的に縮小して、スムーズな激変緩和措置終了後への移行を目指すことを示しております。

7ページをお開きください。令和2年度納付金等の仮算定における1人当たり保険税必要額の激変緩和についてのイメージ図となっております。左側の0%のところは、平成28年度の1人当たり保険税額となっており、一定割合を超過したところで激変緩和をする、ということを示しております。

令和2年度の算定では、自然増率11.38%、単年度換算では2.73%が一定割合となっており、これを超過する市町村が激変緩和措置の対象となります。このイメージ図ではA市とB町が該当しております。一定割合まで引き下げるために必要な激変緩和所要額、①の部分ですが、このうち全額を措置するのではなく、今年度は6分の4のみ措置をいたします。

この措置額を段階的に縮小していきまして、令和5年度の激変緩和措置終了後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仕組みとなっております。例示しておりますC市は平成28年度より増えておりますが、一定割合を超過しておりませんので、激変緩和措置の対象外となっております。D村・E市は28年度よりも減少しておりますので、こちらも対象外となります。

8ページを御覧ください。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おります。1点目、仮算定の結果は現時点で国から示された仮係数、仮の数字を用いて算定しているということです。今後、確定係数をもちまして算定いたしますので、数値は変動いたします。2点目は、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市町村独自の負担軽減策である一般会計繰入等は反映しておりません。被保険者の方の実際の負担額とは異なる、ということについても併せて御留意ください。

9ページをお開きください。1の仮算定の趣旨ですが、今御説明したとおり、令和2年度の納付金等の算定に向けて、現時点で国から示された仮係数を用いた仮算定である、ということに記載しております。

次に2の仮算定の主な前提ですが、前年度からの変更点といたしまして、平成31年度は29億円だった公費拡充分が、令和2年度の納付金仮算定において31億円と増額となっております。

また、(4)の本県の所得係数ですが、医療分の0.67は変わっておりませんが、後期高齢者支援金等分は0.71、介護納付金分は0.70となっております。他の項目につきましては平成31年度と同様となっております。

続きまして10ページを御覧ください。激変緩和措置前の1人当たり保険税必要

額の概要となります。まず、アの、1人当たり比較（県平均）の令和2年度保険税必要額ですが、10万8,794円となっております。平成28年度決算ベースでは9万7,682円でしたので、差額は1万1,112円となっております。伸び率は11.38%、単年度換算では2.73%となっております。保険税必要額の増加理由は、四角囲いの中を御参照ください。次に、イの個別市町村の状況ですが、増加した市町村が38、減少した市町村が5となっております。

11ページをお開きください。激変緩和措置の概要を示してあります。平成28年度決算ベースから1人当たり保険税必要額の伸び率は、医療分、後期高齢者支援金等分、介護納付金分を合算して11.38%となっております。これを超える市町村につきましては、激変緩和措置として、国及び県の公費13億8,100万円を用いまして、伸び率を抑制することとしております。

12ページを御覧ください。激変緩和後の1人当たり保険税必要額の概要ですが、10万7,742円となっております。激変緩和前の10万8,794円と比較しますと、1人当たり1,052円の減額となっております。併せて伸び率も11.38%から10.30%と下がっております。下には参考としまして、平成31年度本算定との比較を記載してございますので後ほど御確認ください。

13ページをお開きください。各市町村ごとの1人当たり保険税必要額を激変緩和前と激変緩和後で比較してあります。市町村の並びは⑤にあります「激変緩和前の単年度換算伸び率」が大きい順番となっております。

14ページを御覧ください。先ほどの13ページをグラフ化したものになります。薄い色の棒が激変緩和前、濃い色の棒が激変緩和後となっております。

15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ですが、この仮算定結果は令和2年度の当初予算編成でありますとか、税率改定等の検討材料としての活用を想定しております。次に（2）でございますが、年末に国から確定係数の通知があり、これを踏まえて本算定を行うこととしております。

次に16ページを御覧ください。先ほど令和2年度は国からの公費拡充分は約31億円であり、前年度から2億円増えた、と御説明いたしました、その内訳となっておりますので、こちらの方も後ほど御覧いただければと思います。

17ページをお開きください。国保事業費納付金・標準保険料率の算定手順イメージを掲載してございます。ここではA市の医療分に着目した算定を、本県の算定方式に沿った手順で例示してございます。左側の1、納付金算定基礎額の算定（県全体）、ここからスタートすることになります。県全体の医療給付費等は過去3年分の伸び率により推計を行っております。それから公費等を差し引いた額が、納付金算定基礎額となります。これを各市町村に割り振りますが、この資料ではA市への割当ての流れを示しております。

次に応益・応能の納付金按分についてです。1で算出した納付金算定基礎額を

応益分と応能分で按分をすることになりますが、按分割合は本県の所得係数である β を用います。ここでは例示として0.65としておりますが、1対 β でありますので1:0.65となり、およそ3対2となるため、例示では500億円を300億円と200億円に按分しております。また、算定方式は3方式を採用しておりますので、応能シェア分はすべて所得シェア分となっております。応益シェア分は、被保険者数シェアを0.7、世帯数シェアを0.3として按分しております。この結果に、市の被保険者数シェア、世帯数シェア、所得シェアを用いて算出し、A市の按分額を出しています。

3は、医療費水準を反映しております。先ほど医療費指数反映係数である α は1とすると御説明いたしました。A市の年齢調整後、医療費指数は1.2と平均よりも高いため、 $\alpha = 1$ の場合では、医療費が高いことを理由として増額されることとなります。

4では、納付金額を算出しております。納付金基礎額に対してA市の個別事情を加減算して、市の納付金額を算出しております。加減される個別事情には、市の高額医療費負担金などがございます。

5では、標準保険料率の算定に必要な保険料総額の算出をしております。4で算定した納付金額を市町村は県に納付いたしますが、この金額を確保するためにA市が集めなければならない保険料総額が幾らであるかを算出しております。ここでの加減算は、保険者努力支援制度などの収入は減額、保健事業や直診勘定への繰出などの歳出は増額となります。

6の標準保険料率の算出では、5で算出したA市が必要とする保険料総額から市町村標準保険料率、各市町村の算定基準に基づく標準的な保険料率などの、標準保険料率を算出しております。この算出結果と納付金額を令和2年1月に県から市町村へ通知することとしております。

以上が令和2年度国民健康保険事業費納付金等の算定方法案となります。重ねて申し上げますが、この資料に記載してあります保険税必要額は、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。また、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、最終的な数字は変わるということをお含み置きください。

以上で令和2年度納付金等の算定方法案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)

令和2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説明いただきました。委員の皆様から御質問・御意見等がありましたら、どうぞよろしくお願

いたします。

(議長)

昨年度と根本的に変わった部分をもう一度確認させてください。

(事務局)

資料の1ページを改めて御覧ください。ほとんど同左ということで変わらない形になっておりますが、下から2列目3の④、一番右側の欄ですが、令和2年度仮算定の前提として下の方に総額の「6分の4のみ激変緩和」との記載があると思います。昨年はこれは「6分の5」でした。段階的にソフトランディングを図っていく過程で変わったところがございます。

(委員)

17ページの5番の「標準保険料率の算定に必要な保険料総額の算出」のところ、一番気になっていきますのが保険者努力支援制度による影響とは、やはり市町村によってかなり差が出ているものなのではないでしょうか。まだここははっきり分からないのですか。

(事務局)

保険者努力支援制度のお話でございますが、今のところまだ仮算定ということで、国の方から仮の係数が来ている、というようなところでございます。若干は差が出るかというところで、おっしゃるとおりでございますが、説明にもございますとおり、年末、12月の終わりぐらいまでに確定係数という形で示されると思いますので、そこでは明らかになるということでございます。

(委員)

市町村の方では、初めてペナルティ的なことが導入されるので、影響が出るのかというのが気になる場所だったものですから。ありがとうございます。

(事務局)

今ペナルティの話もございましたが、確かにございまして、ただ全国との比較の形にもなるものですから、今のところどのような形ではっきり出てくるかまだ分かっておりません。が、今お話があったとおり保険者努力支援制度にペナルティもありますので、何とか点数が取れて達成できるように、ということで市町村ともいろいろと協議しているところでございます。

(議長)

今御質問があった箇所、保険者努力支援制度ですけど、県として何か課題があるような項目がございますか。

(事務局)

議題2の、運営方針に基づく進捗状況のところと重なるところがございます。

(議長)

議題2の方で御説明をお願いいたします。

(議長)

10ページのところで、「1人当たり保険税必要額の概要」のところなのですが、個別市町村の状況で、保険税が増加した市町村が38市町村、それから減少した市町村が5町村となっておりますが、激変緩和措置がとられた後はどこのページを見たらよいですか。

(事務局)

こちらにつきましては12ページの方に出してあります。同じような数字、個別市町村の状況となります。同じく38市町村と、5市町村となっています。

超えている部分を激変緩和しますので、もともと低いところは影響を受けないということになります。

(議長)

了解しました。

(委員)

教えていただきたいのが、保険者努力支援制度の金額が出ていますが、これは各市町村にどのような形で割り振られるのか、というのが分かる資料というのはありますでしょうか。

(事務局)

保険者努力支援制度の割当額については、今の段階では仮算定というところで仮の係数は来ているのですが、今回の資料の中には各市町村ごとの数字は準備をしていないところでございます。

(議長)

今日は無理だと思いますので、次回の会議の時に今委員から御質問があった趣旨に沿うような資料を、もし用意できるようでありましたら、お願いしたらいかがでしょうか。各委員の皆様、それでよろしいでしょうか。

(異議なし)

(議長)

では、できる範囲内で、ということで、御了承いただければと思います。

(事務局)

了解いたしました。次回の開催の際に配布させていただきます。

(議長)

それでは、他に御質問等がございませんでしょうか。議題2の方で細かな報告等を受けることができると思います。

それでは、「令和2年度国民健康保険事業費納付金等の算定方法」につきまして、当協議会として採決を行いたいと思います。よろしければ挙手をお願いいたします。

(全員挙手)

(議長)

それでは、当協議会としてはこの議事につきましては案のとおりでよいという旨の答申を行うことといたします。議事につきましては当協議会としての採決が終わりましたので、事務局は答申案を配付してください。

(答申案配布)

(議長)

事務局が配布したとおりとして、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)

続きまして議題2の「国民健康保険運営方針の評価・検証に関する中間報告について」でございます。まず、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

それでは資料2の、「国民健康保険運営方針の評価・検証に関する中間報告」について御説明いたします。1ページをお開きください。中間評価の目的についてです。運営方針におきましては、県が担う財政運営や、市町村の取組を改善するための取組状況をPDCAサイクルのもとで定期的に分析し、評価を行い検証する必要がある、とされているところです。

昨年度定めました評価指標の検証につきまして、毎年度、取組状況や達成状況を中間報告として当国保運営協議会に報告することとしており、これは、今後の取組の方向性を定めるための基礎数値となるものです。4番目にあります記載のとおり今回は運営方針の対象期間の初年度である平成30年度に係る報告となりますが、現時点で全てのデータが出そろっておりませんので、分かっているデータを基に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、目標達成の進捗状況を報告させていただくこととなります。なお、この中間報告については、今後平成30年度の取組についてどのような課題があるか検証を行い、今後の取組の方向性について、県・市町村において認識の共有化を図ることとしております。本日は皆様方から御質問や御意見を賜り、検証作業に生かしてまいりたいと思っております。

2ページをお開きください。平成30年度実績における評価指標の達成状況ですが、令和2年度までに達成することとしていた評価指標において、30年度にその目標を達成した項目について挙げております。なお、資料の全体版は6ページから8ページまでに記載しておりますので併せて御覧ください。

2ページの、「Ⅲ」、「国保保健事業等の取組推進」の、「医療機関等と連携した市町村数」についてですが、これは、特定健診・特定保健指導の実施率向上、重症化予防の取組強化について、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、管理栄養士等の関係者や、県糖尿病対策推進会議、保険者協議会等の関係団体と連携体制を図ることについて検討して、連携体制の構築を図った、ということで目標達成いたしました。

また、同じ項目の、「後発医薬品の使用割合」ですが、薬剤師会や医師会の御協力もあり、平成30年度の市町村国保の県平均の使用割合が81.7%となり、目標の80%以上を達成いたしました。

「Ⅳ」の「保険給付の適正な実施」の「レセプト点検の充実強化」の「レセプ

ト点検被保険者1人当たり財政効果額」についてですが、市町村国保の県平均の財政効果額が、平成29年度につきましては全国平均を上回ったことから、目標を達成いたしました。それから、「療養費の支給の適正化」の、「損保会社からの傷病届の代行率」ですが、これは第三者行為求償事務に係る取組を強化する観点から、国の通知により、保険者において数値目標を定めて取組を行うよう求められているものですが、平成29年度の実績が66.1%であり、目標を上回りました。

続きまして、「収納対策の強化」の「資格証明書交付の体制構築及び財産調査の体制構築」について、県内全ての市町村において体制構築ができましたので、目標達成項目に挙げました。

続きまして、「令和2年度までの目標達成に向けて引き続き取組が必要なもの」についてです。まず、「国保保健事業等の取組推進」の「生活習慣病の発症・重症化予防」の「特定健診実施率」についてですが、平成30年度の実績がまだ出ていないことから、現時点では平成29年度の実績となりますが、目標を、令和2年度までに46.5%としているところ、平成29年度の実績が41.3%となっており、今後も引き続き目標達成に向けての取組が必要な状況となっております。

特定保健指導実施率につきましても、令和2年度までに50.5%の実施率と目標を設定しているところでございますが、平成29年度は45.3%となっており、特定健診実施率と同様引き続き取組が必要な状況です。

続きまして、「保険料の適正な徴収」の「収納率向上」の「収納率」の現年度分についてです。短期目標を、保険者努力支援制度の評価指標を踏まえ、全国18位と設定しておりますが、平成29年度の実績が全国33位となっており、また、平成28年度の順位と変化が見られず、目標達成までにはなかなか厳しい状況となっております。引き続き取組が必要な状況です。

同じく「収納率」、現年度分の目標達成市町村数ですが、これにつきましては、運営方針において、各市町村ごとに収納率の目標を設定しているところでございますが、平成30年度の収納率現年度分につきましては目標達成したところは10市町村でした。平成29年度は4市町村でありましたことから、徐々に目標を達成している市町村が増えている状況であります。

3ページを御覧ください。先ほど説明いたしました、令和2年度までの目標達成に向けて引き続き取組が必要なものにつきまして、運営方針の中で示されております取組内容に係る平成30年度における取組と今後の取組方針等についてまとめました。まず、収納率の目標達成に向けての取組についてですが、県の平成30年度の実績としましては、収納対策強化を図るため、研修会の実施や、市町村保険者に対する実地調査において技術的助言を行ったところです。また、収納率が伸び悩んでいる市町村保険者につきましては、国保税収納対策アドバイザーを派遣し、滞納整理について助言を行っていただきました。

今後の取組としましては、市町村保険者に対し、引き続き収納対策強化を図るため、研修会の実施や、実地調査等におきまして技術的助言を行うほか、国保税収納対策アドバイザーの積極的活用を呼びかけてまいりたいと考えております。

特定健診・特定保健指導に係る取組強化についてですが、受診率向上に向けての県の平成30年度取組としましては、国保ヘルスアップ支援事業の一環としまして、モデル地域において、受診率の低い40歳から50歳代の働き盛り世代に着目した特定健診実施率向上対策を実施し、その結果について市町村説明会や医療費適正化部会等の機会に、全市町村へ情報提供を行いました。

また、特定保健指導従事者の資質向上を図るため、保険者協議会と共催で、特定健康診査・特定保健指導推進研修を開催いたしました。

今後の取組といたしましては、特定健康診査実施率向上に向けて、引き続き40歳から50歳代の働き盛り世代に着目した特定健診実施率向上対策を実施しますとともに、医療機関からの情報提供や、事業所健診の結果取得の取組を推進するため、医師会や商工会等の関係団体等へ協力依頼を行うこととしております。

それから、昨年度の運営協議会におきまして、幾つか御意見を頂きましたことにつきまして、御報告いたします。

資料の5ページをお開きください。資料の中ほどにありますアウトプット評価の1から3に関し、効果が出ている市町村の取組事例を毎年協議会で紹介していただきたいとの御意見を頂いております。このことにつきまして御報告いたします。資料の2の最後の方にも添付してございます。

まず、特定健康診査実施率向上の好事例について、いちき串木野市の事例を御紹介いたします。いちき串木野市は、平成29年度の特定健診実施率が60.6%と、国の目標値60%を達成しているところですが、市内16地区にあるまちづくり協議会を活用し、個別勧奨を行うなどの特定健診受診勧奨を実施しております。また、特定健診実施率が60%を超えるまちづくり協議会に対しましては、交付金を交付するインセンティブ事業を実施しており、地域の自主活動組織を活用した取組が実施率向上につながっている状況です。

続きまして、特定保健指導実施率向上の好事例についてですが、霧島市の事例を御紹介いたします。霧島市は、平成26年度に27.1%だった特定保健指導実施率が平成29年度には68.1%と大幅に向上し、国の目標値60%を達成しております。効果のあった取組としましては、集団から個別指導のみへと実施方法の見直しを行ったことや、特定保健指導従事者の確保、事務担当の事務分担などの実施体制の見直しを行ったことなどが特定保健指導の実施率向上につながったようです。

それから、糖尿病重症化予防の評価指標につきまして、糖尿病重症化予防プログラムに沿った取組市町村に関するところで、昨年度協議会において、健診結果の改善等のデータを示した方がよいのでは、と委員から御意見を頂いたところで

が、今年度から、国保ヘルスアップ支援事業における医療費分析事業において、健診結果の改善等を含めた糖尿病重症化予防の評価・検証を行うこととしているところでございます。

以上が、昨年度の運営協議会において御意見を頂いたことに関する御報告でした。最後に、今後のスケジュールについてですが、資料の1ページにお戻りください。運営方針の対象期間が令和2年度までとなっており、今後運営方針の改定に向けた作業を行うこととしております。今回の平成30年度実績に係る中間報告や、来年度行うこととしております令和元年度実績に係る中間報告を踏まえ、運営方針の改定を行う予定としております。なお、今年度の作業としましては、運営方針の項目ごとの改定内容等について市町村に意見照会をさせていただき、論点を整理する予定としております。

以上で、国民健康保険運営方針の評価検証に関する中間報告について説明を終わります。

(事務局)

一つだけ補足させていただきますが、先ほど保険者努力支援制度の方で点数が取れてないのはどれか、というお話がありましたが、正に今御説明したようなところでございまして、例えば特定健診の実施率ですとか、収納率が低い、というあたりが点数を取りきれないところになります。

あと、県全体として見ますと、医療費がちょっと高いというのが点数が低くなっているところでございます。

(議長)

どうもありがとうございました。それでは、事務局の中間報告について御意見や御質問等ありましたらお願いいたします。

(議長)

私から質問いたします。収納率の話ですが、今、鹿児島県の収納率は全国で33位になっていますがパーセンテージはどこか出ていましたか。

(事務局)

収納率のパーセントですが、7ページを御覧ください。滞納繰越分が19.86%となっております。

(事務局)

収納率全体でいきますと、28年度で申し上げますと、現年度分92.75%、滞納

が 19.26%で、全体では73.62%ぐらいという形になります。ちなみに、同年度の全国の平均が78.67%ぐらいという状況でございます。

(委員)

質問が2点あるんです。まず、主要な達成状況をみると、診療者ができるような部分に関してはほとんどクリアしてる感じがしてますが、説明された中で医療費が高い、というところはいろんな手立てがあろうかと思うんです。

この「目標の達成に向けて更なる取組が必要」というところ、住民の方たちに対してもいろいろな努力をしないといけないと感じているのですが、ただ、3ページの説明の中で、40歳代から50歳の働き盛りの方々が参加していなくて、対策を実施する、と書いてあるんですが、やはり法律で縛っていただかないと動いていただけないという感じがしています。

歯科に関しては、職場健診などをお願いしても、実施されるところが一時的にはあっても、なかなか継続されない、ということがあります。やはり法律でちょっとした縛りがあると健診実施率も上がっていくのではないかと思うので、ペナルティーで縛るよりは、少し法律で縛れるものはないのかな、というのが、今お聞きしたいところの1点目ですので、よろしくお願いします。

(事務局)

労働者の方々にに対してだけではなくて、特定健診の受診率全体を、ということであれば、今のところ法律で縛るといふところまではいっていません。例えば労働関係法では職場健診が大体必須になっているので、そういったところのデータを頂いたりするなどの方法はあるのですが、法律で縛るといふところまではなかなか難しいかと思っております。

(委員)

ちょっと表現がきつかったかもしれない。少しそのような部分で対策しないと、なかなか住民の方も動かせないのかなと思います。

もう1点の質問は、保険者インセンティブの関係で、30年度までは、うまくいってないところは高齢者支援金を増額する、そうでないところには減額する、そういったペナルティーがあったかと思えます。聞くところによると、七、八百億ぐらいが保険者努力支援制度に充てられていると聞いているんですけど、歯科医師国保、医師国保などの組回国保全体では3億円しか充てられてない。鹿児島県歯科医師国保は全国1位になり、わずかに支援は頂いたんですが、あまりにも差がありすぎるのかな、っていう気がしているんです。これは、一國保のことを言っているわけではなくて、やはり平等とか公平っていうところでやっていただか

ないと、こういう制度が最終的にはどうなるのかな、というのを懸念するところがありますので、配分はどのような位置付けでなされるのかというのを御質問させていただきました。以上です。

(事務局)

今委員からもお話がありました。県自体もですが、市町村も割と全国平均でいくと上の方の順位ではあります。ただ1人当たりの配分額というのは順位によっても増やしていただけるんですけど、最終的にはそれに被保険者の数が掛かってしまうものですから、金額としてはどうしても少ないということがございます。そういう状況ではございますが、繰り返しになりますが、保険料の軽減などに使える財源になりますので、少しでも点数が取れるように、ということで、関係の団体の皆様からも御協力を頂きながら、努力させていただいているというところでございます。

(委員)

市町村の成功例の中で、受診勧奨というお話があったと思います。歯科医師国保の方でも保健師さんを雇って、レセプトとか、それから健診状況を見て勧奨をする、という個別の対応をしたりしているのですが、市町村においてもそういう勧奨というのは内容を把握して勧奨をされているということでしょうか。レセプト、それから健康診断の結果なども含めて内容を把握した上で、ということでしょうか。

(事務局)

そうです。未受診者に関しては、やはり情報を集めた段階で動かないと無駄な作業になってしまうので、レセプト情報であったりとか、過去の健診の状況などを踏まえて、未受診者対策という形で家庭訪問などに動いていただいています。でもやはり、日中はなかなかいらっしやらないので、訪問しても会えないという方も多いと伺っています。

受診率アップに関して言いますと、意外にそういう未受診者の方々というのは医療機関にちゃんと受診されていたりします。既に生活習慣病だったり、他の疾患で受診をされてる方も多く、という実態が分かってきましたので、今は、医療機関からの情報を頂いたりとか、それ以外にも住民の方から直接健診等のデータを頂いたり、というような取組で少しでも受診率をアップさせようという動きもしています。特に、医療機関にかかっている方々に関しては、御本人の同意も必要なものですから、同意していただいた上で医療機関から情報を頂くというのが一番大きいかなと思っています。

(委員)

今のことに関連して、先ほど霧島市の成功事例を報告いただいたんですけども、やはりこれだけ上がったんだな、と思ったのが、今、保健事業の保健師の活動の中で地区担当制というのが明文化されまして、霧島市の場合はいわゆるデータヘルス計画の地区と介護保険事業計画の地区が10地区に分かれているのですが、その地区ごとのデータがかなり蓄積されています。だから例えば、ここの地区の未受診の人は誰々、というデータが把握できているような、そんな状況になっていて、日中いらっしゃらないようなところも、あの人はこの時間だったらいるよ、など生きた活用につながっていて、あの手この手で未受診者対策をされており、「情報の見える化」がうまくいっていることの成果じゃないかと思ったんですね。

先ほど県でも分析していただける、ということなんですけど、市町村においてKDBシステムとかをうまく使いこなしていらっしゃる場所、そういうところも少し紹介していただいたりするとどうかと思います。

南種子町についてこの前成功事例が報告されたところですが、国保に保健師さんを置いて、かなり特定健診の受診率が向上しているとか、いろいろな報告が出ているんですけども、そういう保健活動自体をうまく機能させていくためにも、今いろいろな形でデータが出せるんだということで、どの地区で分析していくかというあたりも非常に大事なポイントになるんじゃないかと思っています。先ほど霧島市がかなりいい形で実施されているみたいなので、そういうところも把握していただければいいのかなと思います。

(委員)

私は市の国保運営協議会のメンバーなのですが、やはり、働き盛りの受診率が悪いということで、早朝健診とか休日健診を取り入れたことで実施率が上がった、ということを知りました。

市町村の取組について一覧表を作って、受診率が上がったところを分析して、受診率が悪いところに、こうしたら受診率が上がりました、というのを示していく必要があるんじゃないかなと思います。

それと収納率の向上の件なのですが、鹿屋市は、悪質な人、払えるんだけど払わない人について、車を差し押さえて現金化した、というのを知ったのですが、そこまでやってるのかなという感じですね。こういうのもまた参考に調べてみられたらいいのかなと思います。

(委員)

特定健診の話が出たのですが、南九州市でも、夜の健診とか休日の健診、そういうものに着目しているんですね。働き盛りの人たちについての協議会も開いて、どうしたら健診受診率を上げられるのか協議をしているんですが、やはり働き盛りの人は暇がない。日曜健診とかいろいろやってらっしゃるんですけど、なかなか時間的に合わないというのが悩みの種なのかなと感じてるところです。

(委員)

今、いろいろな提案が皆さんからあったと思うんですが、国保の適正な運営ということを考えると、医療費があまりたくさんにならないように、ということが一つあると思うんです。そのために病気を早期発見、ということで、健診を早く受診させよう、ということだと思います。

無駄遣いを無くそうということも必要だと思うんですが、その無駄遣いを無くそうという中で、私たちが医師会と取り組んだ研修会があったんですが、その中で、多重受診というのがあります。また、薬をたくさんもらう、ということが傾向としてある方々がいらっしゃる。そのあたりのところで「情報の見える化」という話もあったと思うんです。個人情報の問題はもちろんあるとは思いますが、もう少し情報提供していただいて、我々で早めにそういう問題を解決することができないかなというのは常々思っているところです。

それには、その地域の保健師さんとか、いろんな他職種の皆さんとの連携ということをもう少しした方がいいのかと思うし、私たち医療従事者の側をどうしても敷居が高いという感じで皆さんおっしゃる。私たちにも責任があると思うんですが、何かあったときに、簡単に相談に来ていただけるような仕組みを作る、ということが大切だと思います。また、話が飛ぶんですけども、高齢者の栄養の問題、フレイルの問題もあると思うんですが、やはり管理栄養士さんも必要だと思っていて、その辺りをもう少し合理的にうまくつなぐ方法はないのかなと思っています。私はその答えを持ち合わせてないんですけども、そのあたりを検討していただければいいかな、と思っているところです。以上でございます。

(議長)

どうもありがとうございました。

(委員)

資料の中に「インセンティブ」という言葉が出てくるんですけども、インセンティブ事業として実施している項目というのは、6ページから8ページに書いてあるのがインセンティブ事業ということなのか、それとも、その中の幾つかがインセンティブ事業としてピックアップされているのか、教えていただきたいで

す。

「インセンティブ事業」という言葉が出てくるのは「平成30年度第1回運営協議会での御意見について」というところの「取組内容」というところに「インセンティブ事業を実施している」と書かれているんですけども。

(事務局)

今御質問いただきました、資料2の最後に添付させていただいております資料の中で、御指摘のとおり「インセンティブ事業」という言葉がありますけれども、こちらについては、商工会等と連携をいたしまして、その商店街で使えるようなポイントを付与するというもので、特定健診の受診率を上げようという、そういう文脈の言葉になります。

被用者保険ではインセンティブ制度という形で、国保で言うところの保険者努力支援制度と同じように、取組に応じて点数で評価して、国の予算の範囲内で点数に応じた予算が配分される、という制度が別にあります。

こちらの資料にあるインセンティブ事業というのは、先ほど申し上げましたとおり、商工会等と連携して、ポイントを付与して、特定健診等を受けていただく、そういう事業でございます。

(委員)

このインセンティブ事業ということになりますと、先ほどおっしゃっている、いろいろ資金を交付されたり、という形になりますけど、一般的に指標、そういったものがないと。競い合わせることになるので、これがどこか出てきたかな、ということなんですけど。

(事務局)

今回の資料では出てございませんが、先ほどの御指摘のありました5ページ以降8ページまでいろいろな項目を設定してございますが、こちらの中の幾つかは保険者努力支援制度の評価指標を踏まえて目標を設定したところでございます。昨年度の資料には幾つか御説明申し上げていたかと思えます。今回はちょっとお付けしておりませんが、それを踏まえた指標ということになってございます。

(委員)

ありがとうございます。私ども協会けんぽの方もインセンティブ制度を各都道府県でやっているんですが、それとは別に、この6ページの中ほどにあります、「個人へのインセンティブの提供」というところがそれでしょうか。

(事務局)

こちらが先ほど資料2の最後のページに付けさせていただいたものと同じものです。特定健診を受けたらポイントを付与して動機付けをするという事業ということで、ここのところは使われてございます。

(委員)

先ほど、いろいろ成功しているところの内情も一覽にしたりして出したらどうか、と提案があったんですけれども、その中で、先ほどいちき串木野市がかなり受診率が向上したという話の背景で、コミュニティ協議会単位での取組が功を奏したというのを研修で聞いています。そのときに、健康づくりにおけるいわゆる地域のマンパワーとして、保健推進員とか運動普及推進員とか、いろんな推進員さんを市町村が養成されているんですけれども、そういう方たちと、もちろん保健師が頑張っていて、受診率向上を血眼になってやっているような状況なんですけど、先ほどペナルティーというか、法的な整備をしないといけないんじゃないか、という話が出たんですけれども、やはり地域の方たちが、特定健診・保健指導の受診率を上げていくとこういうふうに努力支援制度で評価されるよ、という仕組みを理解されて、口コミでそのようなことが普及しないと、なかなか法で縛っても自主的な行動につながらないんじゃないかと思います。やはり、これまで組織活動的なことを市町村で頑張っていて推進しているところがうまくいっているような印象があるので、受診率がアップした中でそういう既存のいろいろな組織活動をどの程度やっておられるか、という項目も併せて見せていただくといいのではないかと思います。

地域に根付かせるため早朝健診やがん検診を実施しても、なかなか効果が出ない、というようなことを見ると、受診行動につながるような、日頃からの口コミみたいなものが一方で働かないと、ポピュレーションアプローチがなかなか難しいので、地域のそういう人材をうまく活用しているような事例をどんどん紹介していただけたら、ちょっとでもうまくいくんじゃないかなと思っておりますので、そのへんもまたよろしくお願いいたします。

(委員)

法の縛りという言葉が一人歩きするといけないから、ちょっと話をしたいと思いますけど、元々、インセンティブの方に目を向けて、地域を興すということで、ふるさと納税のように鹿児島の特産品をインセンティブであげたり、というのをずっと考えていたんですが、ただ、そうした良いことばかり言っても、なかなか受診行動には移らないので、法と言ったのは、例えば、健診を受けていない方が受診をされた場合には初診料が少し上がりますよ、というような縛りなどで

す。

近い将来マイナンバーカードが保険証代わりになりデータが一元管理されますので、そのデータを見ると多く受診したりするとすぐ分かるようになります。重複して受診した場合には、本当にセカンドオピニオンで行かれるのと、医院が解決できなくて次の医院を紹介して行かれる場合とは違いをつけるとか、そういう意味での法の縛りというのを御提案したんです。

舌足らずで誤解を招きかねなかったんですが、やはり県民が健康で医療費もかからないのが一番我々の目指すところだと思いますので、前向きな方法で是非よろしくお願ひしたいと思います。以上です。

(議長)

他にございますでしょうか。

(委員)

7ページの「保険給付の適正な実施」のところで、「レセプト点検」とか「療養費の支給適正化」のところなど、すぐにできそうな項目も多いかと思うんですが、令和2年度には目標達成の見込みであると認識しておられますか。

(事務局)

レセプト点検につきましては、毎年度点検の実施状況を調査いたしまして、その結果について今回は平成29年度分をお示ししておりますが、毎年少し変動する状況でして、まだ様子を見ていく必要があるのかなと思っている状況です。

(委員)

平成29年度の42市町村が、平成32年度の目標では43市町村になっているので、あと1つだな、という感じがしたのと、下の「指定障害者支援施設の入所者に係るレセプト点検」などもすぐにできそうな感じがしますし、「療養費の支給適正化」というところなども様式をホームページに掲載していないところがあるんだな、みたいな感じを受けたんですが、そのあたりは令和2年度は大丈夫ということでしょうか。

(事務局)

「レセプト点検」の「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」の市町村数が今42ということで、令和2年度は全市町村が達成ということが、見込みが立っている状況です。

その他につきましても、今後とも、市町村に、例えば傷病届の様式や療養費等

の各種様式をホームページにアップする、というのも、積極的に呼びかけていきたいと思います。

(議長)

言い足りなかったり、言い残したりされた委員の方はいらっしゃいませんか。

(委員)

協会けんぽの方から参考までにお話させていただきたいのが、私どもは都道府県ごとに激変緩和ということをやっているんですけど、来年度が最終年度になっています。この激変緩和制度で、高いところと低いところの格差をなるべく縮める、という対策をしているんですけども、やはり格差が広がっていく方向で、6分の1ずつ無くなっているところの格差が、また広がってしまう。

私どもも、もしかすると来年度激変緩和が終わった後にもう1回、激変緩和あるいはそれに似たような仕組みを作っていないと都道府県の格差が広がってしまっているのではと思っていて、鹿児島県のそれぞれの市町村でも激変緩和を段々と6年かけて無くしていくということなので、そういった問題が出てくるのかなという気がしています。今のうち、今後の納付金の算定についてある程度方向性を見いだしていった方がいいのかなという感じがしました。以上です。

(委員)

私たちのいつもの言葉ですけど、年金は下がるし、病気はするし、医療費は上がる、とても暮らしにくい世の中だよね、っていう話がどこに行っても出ます。ちょっと病気をしたら大変なことになって、年金を全部そこに注ぎ込まないといけない、っていう意見がこの前たくさん出たんです。

いろいろな事業について皆さんに御協力をいただければ、ちょっとは分かってもらえると思います。私たちもあれこれチラシを配ったり、いろんなところで広報活動したりしているんですけども、そういう地元の人と連携するのは効果的かと思います。

(事務局)

皆さんの御意見をいろいろ頂いて、後は特にないようでございますので、一言、今まで頂いた御意見に対しまして、私どもの考え方を述べさせていただければと思います。

順番が前後しますが、まず、保険料が上がると負担、というお話がございます。確かにそれはございますが、制度としましてはいろいろと公費等を入れている中で、皆さんで、負担できる方がその負担能力に応じて負担していただく、という

制度でございますので、御理解いただければと思います。その中で、特に医療費が上がるというのが問題になり、保険料に反映してくるわけでございますので、医療費の適正化といった取組を進めさせていただいているというところでございます。

お話の中で、例えば、健診などの取組を全体表で示してみたらどうかとか、また、収納率を上げるためにどういうことをされてるとか、そのような各市町村の取組を一覧表にするなり整理して示した方が各市町村がやりやすいのではないかという御意見を頂いております。私どもも、いろいろな会議・研修会等を行っておりますので、その中で、他のところの取組がよく分かるような形、というのを検討させていただきたいと思っております。

激変緩和のお話でしたが、最初の議題1の方で申し上げた激変緩和措置の話は、この制度が30年度から変わった当初、大きな変化に対応するものということで、全市町村の皆さんと協議の上で、6年間、6分の1ずつやっていきたいと思いますという形で実施しているところでございます。当面医療費の適正化等について努力していきましょうという形です。将来的に激変緩和が終わる頃、改めて考えなければならない時は来るかもしれませんが、今のところは各市町村との話合いのもとで、こういうやり方をさせていただいている、ということで御理解いただきたいと思いますと思っております。

その他、委員から、地域の方とか、いろいろな団体の方と連携をとって対策を行うべきだ、というようなお話を頂いております。我々もそれは考えておりますので、地域の方、他の保険者の方、医師会、薬剤師会、歯科医師会の皆様など皆さんにいろいろと御協力をお願いする場合というのも多々ございます。

また、医療費を下げる中では、重症化を防ぐための取組と併せて、例えば多重診療とか、多重投薬とか、そういうものを防ぐ取組が必要じゃないか、というようなお話も頂いておりますが、個人情報の問題等々もありますので、どういう形だったら連携が図れるか、そういったことも考えてまいりたいと思っております。

本日いろいろと御意見を頂きましたので、頂きました御意見を参考にさせていただきながら、国保の適正な運営を進めてまいりたいと考えております。今後ともどうかよろしく願いいたします。

(議長)

皆様から頂いた御意見については井上課長の方でおおむね答えられましたので、引き続き、委員からの意見を参考にしながら、今後も県政を進めていただくようお願いいたします。

では最後に、その他各委員から何かありましたらお願いいたします。

それでは他に意見もないようですので、事務局から何かありますでしょうか。

(事務局)

事務局からは特にございません。

(議長)

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

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感謝申し上げます。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、これまで熱心に御審議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ますとともに、本日の皆様方の御意見を参考に、国民健康保険の運営を行ってまいりたいと思っております。

それでは、以上をもちまして、本日の鹿児島県国民健康保険運営協議会を閉会いたします。どうもありがとうございました。

(閉会 午後6時30分)